

Tesis doctoral

Departament de Medicina

**Estudio de validación de la
escala EVEM para evaluar la Entrevista
Motivacional en consultas de
atención primaria de salud**

Manuel Campiñez Navarro

Josep Maria Bosch Fontcuberta
D. Luis Ángel Pérula de Torres

Directores

El **Dr. D. Josep Maria Bosch Fontcuberta**, Profesor Asociado de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Barcelona,
como Director de la presente Tesis,

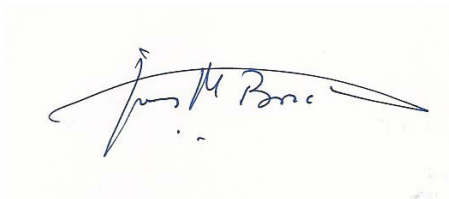
y

el **Dr. D. Luis Ángel Pérula de Torres**, Profesor Asociado de la Facultad de Medicina/Enfermería de la Universidad de Córdoba y Técnico de Salud Pública de la Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Córdoba,
como Director de la misma,

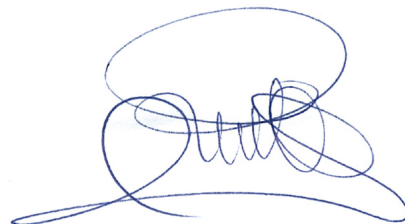
CERTIFICAN:

Que la memoria de tesis que lleva por título "**Estudio de validación de la escala EVEM para evaluar la Entrevista Motivacional en consultas de Atención Primaria de Salud**" ha sido realizada bajo nuestra dirección por el Licenciado D. Manuel Campiñez Navarro, considerando que reúne los requisitos de calidad y rigor científico exigibles para optar al grado de DOCTOR.

Para que conste, expedimos esta certificación en
Barcelona, a 8 de Enero de 2015



Fdo.: Josep Maria Bosch Fontcuberta,
Profesor Asociado de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Barcelona



Fdo.: Luis Ángel Pérula de Torres,
Profesor Asociado de la Facultad de Medicina/Enfermería de la Universidad de Córdoba, y Técnico de Salud Pública de la Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Córdoba

A Mercè, que ilumina mis días...

A mis padres, que siempre confiaron en mí

Agradecimientos

El presente trabajo de investigación no es fruto del esfuerzo de una sola persona. La inspiración, el apoyo y la dedicación de todos y todas los han hecho posible.

A mi amigo Josep Maria Bosch, tutor, mentor, de quien siempre he aprendido y aprendo tanto...

A mi amigo Luis Pérula, tutor... qué tranquilo está uno sabiéndote ahí...

A mi amiga y compañera Remedios Martín, que nos reconforta cada día con su vitalismo...

A mis amigos Boni y Suso, incansables colaboradores, que enriquecieron el EVEM.

A los profesionales que participaron en el estudio Dislip-EM, que generosamente nos regalaron su esfuerzo. A sus pacientes, sin quienes este trabajo no tendría sentido.

A Julia Bóveda, Nieves Barragán, José Antonio Prados y Margarita Criado, esforzados compañeros de viaje en el estudio Dislip-EM.

A Francesc Borrell, pionero por excelencia y fuente de inspiración continua.

A los Doctores Miquel Vilardell i Tarrés y Vicent Fonollosa Pla, a la Doctora Mireia Valero Marcet, por concederme el honor de evaluar este trabajo en el tribunal.

A Pep Massons y Mariona Cabré, mis primeros maestros.

A William Miller, que nos enseñó con maestría el método y estuvo siempre dispuesto a criticarlo. A Steve Rollnick, que estuvo siempre dispuesto a criticarlo y nos lo enseñó con maestría.

A Claire Lane, madre del BECCI, siempre dispuesta a combinar de forma ejemplar ciencia y diversión...

A los miembros de MINT, que mantienen en perpetua erupción el volcán de la Entrevista Motivacional.

A Javier Turrado y Patricia Juárez, por su ayuda en la traducción del BECCI.

A Mila Urrutia, que nos ayudó a entender en profundidad la Compasión.

A todos los amigos y amigas del PBI, fuente de inspiración, que nos enseñan siempre a ser mejores profesionales.

A Enric Garrell, que me enseñó el oficio desde la trinchera.

A Cesca Zapater, que me metió en esto.

A Roger Ruiz, que empezó esta aventura.

A Enrique Gavilán, que me regaló el método de trabajo.

A Gabriela Renée Rivas Doutreleau, Carmen Domingo Peña, Jaime Jesús Castro Moreno y Esperanza María Romero Rodríguez, que colaboraron en el estudio de generalizabilidad.

A Jordi Cebrià[†], *in memoriam*.

Índice

	Página
1. Introducción	13
1.1 La Entrevista Motivacional. Origen y antecedentes	14
1.1.1 Principios. Evolución de los principios a lo largo de dos décadas	19
1.1.2 Definiciones	23
1.1.3 Estrategias	23
1.1.4 Procesos	26
1.1.5 Espíritu	32
1.1.6 Diálogo de cambio	33
1.1.7 Direccionalidad y Equilibrio (Equipoise)	36
1.1.8 Discordia	37
1.1.9 Algunas consideraciones sobre paralelismos y divergencias entre el Modelo Transteórico y la Entrevista Motivacional	39
1.2 El papel de la Entrevista Motivacional en la Atención Primaria de Salud	42
1.2.1 Aplicaciones de la Entrevista Motivacional en Atención Primaria	42
1.2.2 Abordaje de los factores de riesgo cardiovascular	45
1.3 El estudio Dislip-EM y la necesidad de evaluar las intervenciones con Entrevista Motivacional en Atención Primaria en España	55
1.4 La construcción y validación de cuestionarios	58
1.4.1. Justificación del estudio y delimitación conceptual del constructo a evaluar	59
1.4.2 Construcción y evaluación cualitativa de la escala	60
1.4.3 Refinamiento de la escala	61
1.4.4. Estudio de la dimensionalidad del instrumento	62
1.4.5 Estimación de la fiabilidad	63
1.4.6 Validez externa del instrumento	66
1.4.7 Otros atributos de la escala	69
1.5 Instrumentos de valoración de la Entrevista Motivacional	71
1.5.1 Motivational Interviewing Skills Code (MISC). El código de habilidades en Entrevista Motivacional	72
1.5.2 El código de Integridad del Tratamiento de la Entrevista Motivacional (Motivational Interviewing Treatment Integrity Code: MITI)	75
1.5.3 Índice del Consejo sobre el Cambio de Conducta (Behavior Change Counseling Index: BECCI)	78
1.5.4 Otras escalas	80

	Página
2. Justificación	82
3. Objetivos	87
4. Material y Métodos	89
4.1 Diseño	90
4.2 Ámbito del estudio	90
4.3 Fases y desarrollo del estudio	90
4.4 Población de estudio, criterios de selección, técnicas de muestreo empleadas y tamaño muestral	91
4.5 Procedimientos empleados	96
4.6 Análisis estadístico	103
5. Resultados.....	113
5.1 Fase de construcción del cuestionario.....	114
5.1.1 Del CICAA al EVEM	114
5.1.2 El EVEM original y su evolución a la versión actual	116
5.2 Fase de validación cualitativa	131
5.3 Fase de evaluación de propiedades psicométricas y atributos	136
5.3.1 Análisis de la fiabilidad: concordancia intraobservador, concordancia interobservador, consistencia interna	136
5.3.2 Dimensionalidad de la escala (análisis factorial)	169
5.3.3 Análisis de la generalizabilidad de la fiabilidad	171
5.3.4 Refinamiento de la escala. Respuesta del paciente	173
5.3.5 Validez convergente	176
5.3.6 Sensibilidad al cambio	178
5.3.7 Factibilidad	179
6. Discusión	181
6.1 Discusión de los métodos	182
6.2 Discusión de los resultados	194
6.3 Adecuación de la escala EVEM a los requisitos de calidad de los instrumentos de medición de la relación clínica	224
6.4 Limitaciones del estudio	234
6.5 Implicaciones en la práctica	237
6.5.1 Aplicabilidad práctica de los resultados del estudio	237
6.5.2 Recomendaciones para futuras investigaciones	238
7. Conclusiones	240
8. Bibliografía	242
9. Anexos	258

Índice de tablas

	Página
Tabla 1. Ítems que no modifican enunciado en la transición de la escala CICAA-M1M a EVEM 1.0	118
Tabla 2. Ítems que modifican enunciado en la transición de la escala CICAA-M1M a EVEM 1.0	118
Tabla 3. Fusiones en la transición de la escala CICAA-M1M a EVEM 1.0	119
Tabla 4. Ítems adicionales en la transición de la escala CICAA-M1M a EVEM 1.0	119
Tabla 5. Ítems que no modifican enunciado en la transición de la escala EVEM 1.0 a EVEM 1.1	122
Tabla 6. Ítems que modifican enunciado en la transición de la escala EVEM 1.0 a EVEM 1.1	122
Tabla 7. Fusiones en la transición de la escala EVEM 1.0 a EVEM 1.1	123
Tabla 8. Ítems que no modifican enunciado en la transición de la escala EVEM 1.1 a EVEM 1.2	125
Tabla 9. Fusiones en la transición de la escala EVEM 1.1 a EVEM 1.2	125
Tabla 10. Ítems que no modifican enunciado en la transición de la escala EVEM 1.2 a EVEM 1.3	127
Tabla 11. Fusiones en la transición de la escala EVEM 1.2 a EVEM 1.3	127
Tabla 12. Ítems que modifican enunciado en la transición de la escala EVEM 1.2 a EVEM 1.3	128
Tabla 13. Evolución de los ítems de la escala CICAA-Estándar a la CICAA-M1M en la Tarea 1: Conectar	132
Tabla 14. Evolución de los ítems de la escala CICAA-Estándar a la CICAA-M1M en la Tarea 2: Identificar y Comprender	132
Tabla 15. Evolución de los ítems de la escala CICAA-Estándar a la CICAA-M1M en la Tareas 3 y 4: Acordar y Ayudar a actuar	133
Tabla 16. Evolución del número total de ítems de la escala CICAA-Estándar al CICAA-M1M	134
Tabla 17. Evolución de los ítems de la escala CICAA- M1M al EVEM 2.0	135
Tabla 18. Concordancia intraobservador en el experto 1 con la escala EVEM 1.3	137
Tabla 19. Concordancia intraobservador en el experto 2 con la escala EVEM 1.3	138

	Página
Tabla 20. Concordancia intraobservador en el observador entrenado 1 con la escala EVEM 2.0	139
Tabla 21. Concordancia intraobservador en el observador entrenado 2 con la escala EVEM 2.0	140
Tabla 22. Concordancia intraobservador en el observador entrenado 3 con la escala EVEM 2.0	140
Tabla 23. Concordancia intraobservador en el observador entrenado 4 con la escala EVEM 2.0	141
Tabla 24. Concordancia interobservador entre expertos con la escala EVEM 1.2	143
Tabla 25. Concordancia interobservador entre expertos con la escala EVEM 1.3	145
Tabla 25bis. Concordancia interobservador entre expertos con la escala EVEM 1.3 en el test y en el post test	146
Tabla 26. Concordancia interobservador entre el juez 1 y los observadores 1 y 2 con la escala EVEM 1.3	148
Tabla 27. Concordancia interobservador entre el juez 2 y los observadores 1 y 2 con la escala EVEM 1.3	149
Tabla 28. Concordancia interobservador en los observadores entrenados 1 y 2 con la escala EVEM 1.3	152
Tabla 29. Concordancia interobservador entre expertos con la escala EVEM 1.4, con las puntuaciones 0-2 y 0-4	154
Tabla 30. Concordancia interobservador entre el juez 1 y el observador entrenado 1 con la escala EVEM 1.4, con las puntuaciones 0-2 y 0-4	156
Tabla 31. Concordancia interobservador entre el juez 1 y el observador entrenado 2 con la escala EVEM 1.4, con las puntuaciones 0-2 y 0-4	158
Tabla 32. Concordancia interobservador entre el juez 2 y el observador entrenado 1 con la escala EVEM 1.4, con las puntuaciones 0-2 y 0-4	160
Tabla 33. Concordancia interobservador entre el juez 2 y el observador entrenado 2 con la escala EVEM 1.4, con las puntuaciones 0-2 y 0-4	162
Tabla 34. Concordancia interobservador entre el observador entrenado 1 y el observador entrenado 2 con la escala EVEM 1.4, con las puntuaciones 0-2 y 0-4	164
Tabla 35. Índices Kappa en la concordancia interobservador con las escalas EVEM 1.4 0-2 y EVEM 1.4 0-4	166
Tabla 36. Valores del índice α de Cronbach en las escalas EVEM 1.3 a EVEM 2.0	169

	Página
Tabla 37. Factores encontrados y proporción de la varianza total explicada	170
Tabla 38. Matriz de correlación de componentes	171
Tabla 39. Evolución del CCI y de la consistencia interna de la escala EVEM en el estudio de generalizabilidad (submuestra de psicólogas)	172
Tabla 40. Evolución del CCI y de la consistencia interna de la escala EVEM en el estudio de generalizabilidad (submuestra de médicos residentes)	173
Tabla 41. Correlación ítem-total de la escala EVEM 1.4	175
Tabla 42. Índices Kappa de la respuesta del paciente en el análisis de concordancia interobservador con la escala EVEM 1.4 y en la concordancia intraobservador con la escala EVEM 2.0	176
Tabla 43. Fiabilidad en el primer estudio de validez convergente entre la escala BECCI y el EVEM 1.0	177

Índice de figuras

	Página
Figura 1. Representación gráfica de los procesos inherentes a la Entrevista Motivacional	32
Figura 2. Gráfico de Bland y Altman para los resultados de la concordancia intraobservador en los observadores entrenados con la escala EVEM 2.0	142
Figura 3. Gráfico de Bland y Altman para los resultados de la concordancia interobservador entre expertos con la escala 1.2	144
Figura 4. Gráfico de Bland y Altman para los resultados de la concordancia interobservador entre expertos con la escala 1.3 (post test)	147
Figura 5. Gráfico de Bland y Altman para los resultados de la concordancia interobservador entre el juez 1 y el observador entrenado 1 con la escala EVEM 1.3	150
Figura 6. Gráfico de Bland y Altman para los resultados de la concordancia interobservador entre el juez 1 y el observador entrenado 2 con la escala EVEM 1.3	150
Figura 7. Gráfico de Bland y Altman para los resultados de la concordancia interobservador entre el juez 2 y el observador entrenado 1 con la escala EVEM 1.3	151
Figura 8. Gráfico de Bland y Altman para los resultados de la concordancia interobservador entre el juez 2 y el observador entrenado 2 con la escala EVEM 1.3	151
Figura 9. Gráfico de Bland y Altman para los resultados de la concordancia interobservador entre los observadores entrenados con la escala EVEM 1.3	153
Figura 10. Gráfico de Bland y Altman para los resultados de la concordancia interobservador entre expertos con la escala 1.4	155
Figura 11. Gráfico de Bland y Altman para los resultados de la concordancia interobservador entre el experto1 y el observador 1 con la escala 1.4	157
Figura 12. Gráfico de Bland y Altman para los resultados de la concordancia interobservador entre el experto1 y el observador 2 con la escala 1.4	159
Figura 13. Gráfico de Bland y Altman para los resultados de la concordancia interobservador entre el experto 2 y el observador 1 con la escala 1.4	161

	Página
Figura 14. Gráfico de Bland y Altman para los resultados de la concordancia interobservador entre el experto 2 y el observador 2 con la escala 1.4	163
Figura 15. Gráfico de Bland y Altman para los resultados de la concordancia interobservador entre el observador entrenado 1 y el observador entrenado 2 con la escala EVEM 1.4	165
Figura 16. Comparación evolutiva de los índices Kappa del EVEM 1.2 al EVEM 1.4	167
Figura 17. Comparación de los coeficientes de correlación intraclase entre las escalas EVEM 1.4 con las puntuaciones 0-2 y 0-4	168
Figura 18. Tasa de endose por ítem	174
Figura 19. Gráfica de puntuaciones de validez convergente EVEM 2.0 - BECCI	178
Figura 20. Encuesta de valoración sobre la escala EVEM 2.0 y su proceso de entrenamiento	180

Abreviaturas

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

APS:	Atención Primaria de Salud.
ACGME:	<i>The Accreditation Council for Graduate Medical Education</i> , agencia responsable de la acreditación de los programas de formación postgraduada en los Estados Unidos.
BECCI:	<i>Behavior Change Counselling Index</i> (Índice del Consejo sobre el Cambio de Conducta).
CICAA:	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.
CCI:	Coeficiente de Correlación Intraclase.
Dislip-EM:	Estudio multidiana de intervención con Entrevista Motivacional en pacientes con riesgo cardiovascular en España.
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.
MIA-STEP:	<i>Motivational Interviewing Assessment: Supervisory Tools for Enhancing Proficiency</i> , escala autoformativa en entrevista motivacional.
MINT:	<i>Motivational Interviewing Network of Trainers</i> (Red de Formadores en Entrevista Motivacional).
MISC:	<i>Motivational Interviewing Skills Code</i> (Código de habilidades en Entrevista Motivacional).
MITI:	<i>Motivational Interviewing Integrity Code</i> (Código de Integridad de la Entrevista Motivacional).
MITS:	<i>Motivational Interviewing Target Scheme</i> , escala que evalúa algunos aspectos de la entrevista motivacional.
MTT:	Modelo transteórico, también conocido como estadios del cambio.
SCOPE:	<i>Motivational Interviewing Sequential Code for Observing Process Exchanges</i> , escala que evalúa algunos aspectos de la entrevista motivacional.
semFYC:	Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria.
VASE-R:	Escala de valoración de encuentros simulados: <i>Video Assessment of Simulated Encounters</i> , que evalúa la entrevista motivacional.

1. Introducción

1.1 La Entrevista Motivacional. Origen y antecedentes

William Miller explica que la Entrevista Motivacional empezó en una barbería de Noruega¹, donde el barbero de la *Hjellestad Clinic*, a las afueras de Bergen, le habilitó una habitación para hospedarse como profesor invitado, inspirado por las vistas de un denso bosque sobre un fiordo. Miller estaba 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 esas discusiones fue el artículo “*Motivational Interviewing with Problem Drinkers*”². 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 él se exponen por primera vez los principios y estrategias iniciales del método.

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 1991³.

Paralelamente a la popularización del método clínico, en 1997 se crea la red de formadores en Entrevista Motivacional (*Motivational Interviewing Network of Trainers: MINT*). El papel dinamizador de MINT en la cantidad y calidad de producción científica y el interés de sus miembros por mejorar la formación han sido claves en la evolución de la Entrevista Motivacional. Los valores de apertura y generosidad con los que se identifica la asociación⁴, su compromiso con la calidad y el respeto a los diferentes escenarios clínicos en los que se aplica la Entrevista Motivacional, así como la diversa

procedencia de sus miembros y la interculturalidad, han permitido la creación de un espacio de discusión científica ideal para que las aportaciones de todos hagan de la Entrevista Motivacional un método en constante evolución.

La fuente primordial que sustenta al método desarrollado por Miller fue y es la *Terapia Centrada en el Cliente* de Carl Rogers ^{5, 6}. Rogers afirmaba que una relación interpersonal centrada en el paciente, en la que el terapeuta manifiesta unas características determinadas, proporciona la atmósfera ideal para el cambio. Dentro del contexto de dicha atmósfera segura y de apoyo, Rogers proponía que los pacientes son capaces de analizar sus experiencias de una forma abierta y de encontrar soluciones para sus propios problemas. El rol del terapeuta, de esta manera, no es determinante a la hora de proporcionar soluciones, sugerencias o formas de análisis. En su lugar, el terapeuta sólo necesita ofrecer tres características que son decisivas a la hora de preparar el camino a fin de que se produzca un cambio natural: una empatía adecuada, una calidez no posesiva y autenticidad. Esa “aceptación incondicional” del paciente en la relación terapéutica es un elemento nuclear de la Entrevista Motivacional, tal y como se desarrollará más adelante en el apartado dedicado al “Espíritu”, y su adopción por parte de Miller no se puede entender sino como un revulsivo al fracaso del modelo tradicional de tratamiento del alcoholismo a finales de los años setenta ^{7, 8}, de forma similar al abordaje que Milton Erickson proponía como alternativa al psicoanálisis ⁹, y con algunos paralelismos.

La *empatía adecuada* a la que se refiere Rogers se describe como «Sentir el mundo interior de significados personales del cliente “como si” fuera el tuyo propio, pero sin perder la cualidad del “como si”. Lo opuesto a la empatía es la imposición de la propia perspectiva, tal vez con la asunción de que los puntos de vista del otro son irrelevantes o erróneos» ¹⁰. Después de muchos años de investigación, Miller sugiere no perder de vista este enfoque como un elemento “específico” del tratamiento ¹¹, por contra de considerarlo un supuesto de cualquier terapia, ya que los hallazgos indican que en muchas ocasiones la falta de evidencia de una terapia por encima de otra puede explicarse por una mayor empatía demostrada por el terapeuta, independientemente de la terapia que utilice ¹².

Otro elemento clave de conexión entre la *Terapia Centrada en el Cliente* de Rogers y la Entrevista Motivacional a la que se hace referencia con mayor extensión en el apartado de “Espíritu”, es la autonomía. Rogers buscó en su método ofrecer a las personas “libertad completa de ser y escoger”¹³. Esta actitud, en parte contraria a la visión freudiana de las personas como seres buscadores de placer inconscientes de los oscuros hilos que manejan sus vidas, se debe a su visión de la naturaleza humana como esencialmente “positiva, dirigida hacia el movimiento, constructiva, realista, merecedora de confianza”. Dicha autonomía, pues, como elemento nuclear del firme convencimiento de que, cuando se daban las condiciones terapéuticas adecuadas, las personas crecían de forma natural en una dirección positiva.

Un matiz que resulta conveniente aclarar llegados a este punto es que se hará referencia, en este trabajo de investigación, al usuario de los servicios de salud como “paciente” en lugar de cliente. En la *Terapia Centrada en el Cliente* se contempla el término “paciente” bajo la connotación del vocablo “patología”, lo cual implica una relación asimétrica donde el enfermo busca la ayuda de un superior, el “terapeuta”, en la asunción de que no existen enfermedades mentales, sino formas disfuncionales de vivir. El enfoque del presente estudio, necesariamente biologicista, obliga a ver todavía al usuario como un “paciente” que demanda atención médica, pero la visión de la autonomía del mismo que se aplica es totalmente superponible a la filosofía rogeriana.

Es por ello que es necesario tener muy presentes otros antecedentes que han influido en el desarrollo de la Entrevista Motivacional, como el fenómeno de la *reactancia psicológica*, descrito por Brehm^{14, 15}. La *reactancia psicológica* ocurre en respuesta a una amenaza a la libertad de la conducta percibida. La libertad de alguien de elegir cómo y cuándo conducir su propia conducta, el grado en que uno es consciente de esa libertad –y su capacidad para determinar conductas necesarias para satisfacer esa libertad- inciden en la generación de la *reactancia psicológica*. Cuando la libertad de elección de una conducta en una persona se ve amenazada o reducida, hay una activación contramotivacional. El temor a una pérdida mayor de libertad es el motor de la exaltación para el restablecimiento de la libertad amenazada. La *reactancia psicológica* puede definirse por 5 parámetros: la expectativa de libertad, la fuerza de la amenaza, la importancia relativa de la libertad, la implicación de otras libertades y la legitimidad de la amenaza.

Resulta evidente que la autonomía del paciente está en relación directa con el concepto de *reactancia psicológica*, de modo que cuando el paciente ve limitada su autonomía reacciona reivindicándola. No obstante, es importante poner de manifiesto aquí que, por este mecanismo, se podría usar con fines terapéuticos una estrategia de contrapersuasión, esto es, al detectar la reactancia decirle al paciente justo lo contrario de lo que se quiere que haga para que haga precisamente lo que se quiere que haga. Esta estrategia, que puede resultar efectiva en algunos casos, es totalmente contraria al espíritu de la Entrevista Motivacional, por cuanto que priva de autonomía al paciente en la toma de decisiones por una manipulación intencional.

Otra situación en que la Entrevista Motivacional comparte analogías con otras estrategias que parten de un sustrato similar pero tienen un enfoque más persuasivo es en la utilización del lenguaje, esto es, en su direccionalidad. Aquí conviene hablar de dos antecedentes que no necesariamente confluyen: la teoría de la *disonancia cognitiva* de Festinger¹⁶ y la de la *autopercepción* de Bem^{17, 18}.

Festinger¹⁶ parte de dos supuestos: la existencia de disonancia, siendo psicológicamente un estresante, motivará a la persona a tratar de reducir la disonancia y alcanzar la consonancia; cuando la disonancia está presente, además de tratar de reducirla, la persona evitará situaciones o información que la podrían aumentar.

Una de las tareas en la Entrevista Motivacional es incrementar la *disonancia cognitiva*, explorando la ambivalencia del paciente. Partiendo del mismo supuesto que Festinger, una persona que mantiene una conducta nociva ha adaptado su cuerpo de valores y su conducta para que haya un cierto equilibrio. Miller habla aquí de discrepancia interna¹⁹, y justifica el hecho de que no produzca por sí sola el cambio por 3 motivos: el nivel justo de discrepancia es necesario para que se produzca el cambio, ya que si la discrepancia es poca no habrá motivación para que se produzca y si es alta la meta puede verse como algo demasiado lejano o inalcanzable; en relación con lo anterior, la falta de autoeficacia puede frenar una acción que tienda a resolver una *disonancia cognitiva*; y la simple evocación de una *disonancia cognitiva* puede resultar tan desagradable que la persona la rehuya como mecanismo de defensa.

Festinger explica 4 posibles formas de evitar o reducir la *disonancia cognitiva*: cambiar la conducta o la cognición que causa disonancia, justificar la conducta/cognición

cambiando la cognición en conflicto, justificar la conducta/cognición añadiendo nuevas cogniciones o ignorar cualquier información que entre en conflicto con creencias previas.

Por otro lado, Bem desarrolló la *teoría de la autopercepción* como un punto de vista alternativo a la teoría de la *disonancia cognitiva*. Bem asume que las personas desarrollan actitudes observando su propio comportamiento y concluyendo qué actitudes pueden haberlo causado. La teoría es contraintuitiva en esencia, pues la asunción convencional es que las actitudes determinan los comportamientos y no viceversa. Además, la teoría sugiere que las personas inducen actitudes sin acceder a cogniciones internas o estados emocionales. Las personas interpretan sus propios actos racionalmente de la misma forma que tratan de explicar las conductas de los demás.

Por lo que respecta a la Entrevista Motivacional, esto es de especial importancia por la relación que guarda con el *diálogo de cambio*, al que se hace referencia con extensión más adelante. Según la teoría de la *autopercepción*, si una persona se oye a sí misma argumentando los motivos para cambiar, las ventajas del cambio y las posibilidades de llevar a cabo un plan de acción para cambiar la conducta, la probabilidad de que el cambio se produzca aumenta por un fenómeno de autoconvencimiento auditivo. Por contra, si el paciente verbaliza las dificultades para el cambio una y otra vez, es muy improbable que se produzca el cambio de conducta por el mismo fenómeno.

La importancia de la direccionalidad en cuanto a estas dos teorías sobre el cambio de comportamiento, reside en cómo se utiliza. La terapia breve estratégica o la programación neurolingüística utilizan el lenguaje de un modo persuasivo, hipnótico (en el sentido ericksoniano). Sin embargo, la Entrevista Motivacional utiliza el lenguaje con la intención de aumentar la discrepancia interna y potenciar la *autoeficacia*, tratando de respetar siempre la autonomía del paciente en la toma de decisiones, de modo que el terapeuta es más un “guía” que un “prescriptor”.

El psicólogo Albert Bandura²⁰ definió la *autoeficacia* como la creencia de uno mismo en la capacidad de lograr la meta en una situación específica. El *sentido de autoeficacia* puede jugar un papel crucial en la forma como la persona se enfrenta a

sus metas, tareas o retos. La *teoría de la autoeficacia* subyace de forma nuclear en la *teoría del aprendizaje social*²¹, que enfatiza el rol del aprendizaje observacional y la experiencia social en el desarrollo de la personalidad. La idea principal de la *teoría del aprendizaje social* es que las acciones y reacciones de un individuo, incluyendo los comportamientos sociales y los procesos cognitivos, en prácticamente todas las situaciones vienen determinados por las acciones que el individuo ha presenciado en los otros. De acuerdo con los postulados de Bandura, las personas con alta autoeficacia -es decir, aquellas que creen que pueden conseguir una meta- tienen más probabilidad de enfrentarse a tareas difíciles con una actitud controladora que a evitarlas.

Como se verá en el apartado de estrategias, una de las tareas de la Entrevista Motivacional es aumentar la *discrepancia interna* (o su equivalente en Festinger, la *disonancia cognitiva*), pero de modo que a su vez se potencia la *autoeficacia* del paciente, y esto se realiza a través de la potenciación del *diálogo de cambio*, que a su vez está estrechamente relacionado con la teoría de la *autopercepción* de Bem.

1.1.1 Principios. Evolución de los principios a lo largo de dos décadas

En este apartado, así como en los siguientes, se presentarán los datos como una cronología histórica de acontecimientos que marcan la evolución del método de la Entrevista Motivacional. Esto es así, y resulta necesario, porque en el trabajo de investigación se ha experimentado esta evolución, igual que la necesidad de adaptar el marco teórico a los cambios que ha sufrido desde que se inició la investigación, y que se describirán con detalle en el apartado de Material y Métodos.

En el primer artículo de Miller², el autor expresaba los siguientes principios que le guiaban en sus intervenciones con pacientes con problemas de consumo de alcohol, a saber:

- **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 Polich²², 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 ^{23, 24} 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.

En la 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 ²⁵ se matizan en los siguientes:

- **Expresar empatía.** Desde una perspectiva claramente rogeriana, expresar empatía es un ejercicio para el cual existe una condición *sine qua non*, a saber, la aceptación incondicional del individuo ⁵. El terapeuta debe 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 ¹⁶, 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 ²⁶. 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 ²⁷:

- **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 ^{26, 28, 29, 30}.
- **Escuchar con empatía.** De la misma forma que se planteaba en la segunda edición del libro ²⁵.
- **Empoderar al paciente.** En los mismos términos que se planteaba apoyar el sentido de autoeficacia.

1.1.2 Definiciones

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 versiones³¹:

- **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.

1.1.3 Estrategias

De las estrategias propuestas por Miller en su primer artículo sobre la Entrevista Motivacional² queda la esencia de lo que el terapeuta puede utilizar en la práctica, la “caja de herramientas” de la Entrevista Motivacional.

Las estrategias básicas del método son:

- **Preguntas abiertas.** La forma más sencilla e inmediata de aproximarse a la realidad del cliente, en un primer paso para explorar las creencias, los puntos de vista, las experiencias, etc., acerca de una determinada conducta es utilizando preguntas abiertas. Las preguntas cerradas ofrecen, en general, poca información, tienden a convertir la conversación en un interrogatorio, y son poco efectivas para explorar las motivaciones del paciente: “¿Fuma?”, “¿Cuántas copas de vino bebe al día?”, “¿Pica entre las comidas?”, son preguntas cerradas que obtienen una información categorizada y con escasos matices. En cambio, “¿Cómo es su hábito de fumar?”, “¿En qué sentido es importante beber para usted?” o “¿Qué dificultades ve si le planteo reducir los aperitivos en la dieta?”, son preguntas abiertas que obtendrán mucha más información y matices no solo de la conducta del paciente, sino de sus puntos de vista y las emociones que están presentes.
- **Validación** (traducción libre del inglés: *affirmation*). El proceso de validar las aptitudes, habilidades, interés, etc., del paciente, constituye en sí mismo un ejercicio de incremento de la autoeficacia y la autoestima del paciente. Reconocer explícitamente al paciente es una forma de decirle “creo en ti” y “confío en ti”, pero no desde una perspectiva aduladora, sino efectivista: “lo puedes hacer”.
- **Escucha reflexiva.** La actitud de escucha activa del terapeuta sobre el paciente se transforma aquí en un ejercicio de devolución amplificada de lo que el paciente aporta, efectiva por sí sola desde la perspectiva de la Teoría de la Autopercepción de Bem¹⁸. El profesional actúa como un espejo que refleja lo que el paciente le dice, con especial cuidado de recoger (parafraseando una metáfora de Carolina Yahne), el polen de las mejores flores para elaborar la miel. La escucha reflexiva puede ser simple (repeticiones, rephraseados), o compleja (metáforas, parafraseados, reestructuraciones en positivo...). La diferencia entre ambas es que se califica de escucha reflexiva compleja a aquella en la que el profesional es capaz de adelantarse a lo que el paciente todavía no ha dicho pero ya tiene en mente. Es, pues, además de un método efectivo de potenciar el diálogo de cambio, una estrategia potente para expresar empatía.

Algunos ejemplos de escucha reflexiva se exponen a continuación:

Frase por repetición

Paciente: -Doctor, es que es tan difícil mantenerse en el peso una vez que se pierde, pero de momento lo estoy consiguiendo.

Profesional: -Lo está consiguiendo.

Refraseado

Paciente: -Yo creo que, cuando me sobreponga de este percance, será el momento de volver a intentarlo.

Profesional: -Cuando esté recuperado será el momento de volver a intentarlo.

Parafraseado

Paciente: -En mi caso, cuando yo digo ahora, es ahora: y si lo digo, lo hago.

Profesional: -Cuando se lo propone algo, lo consigue.

Metáfora

Paciente: -Yo necesito mi tiempo, hacer las cosas a mi manera, sin prisas, y tomar la determinación cuando llegue el momento.

Profesional: -Es usted una hormiguita que va siguiendo su propio camino.

- **Sumarios.** Los sumarios recogen los elementos de la conversación del paciente que el terapeuta, atento, ha ido captando, y que después de le devuelve de forma ordenada. En una entrevista puede haber varios sumarios, que ayudan a conducir la conversación en vistas a un objetivo concreto de cambio, resumiendo los elementos de la ambivalencia o las motivaciones del paciente. Después de un sumario es estratégicamente muy efectivo plantear una Pregunta activadora: “¿Después de comentarme todo esto, qué piensa que puede hacer?”. La pregunta activadora invita al paciente a seguir el curso del camino hacia el cambio, persiguiendo una actitud dinámica y encamina la negociación en la parte resolutiva de la entrevista.

1.1.4 Procesos

En las dos primeras ediciones del libro *La Entrevista Motivacional*^{3, 25}, Miller y Rollnick describían dos “fases” en la Entrevista Motivacional. La Fase 1, “construyendo la motivación para el cambio”, consistía en una enumeración de las habituales “trampas” en las que el terapeuta puede caer y proponía unas estrategias iniciales que se pueden superponer en gran medida con las estrategias descritas en el apartado 1.1.3. (estrategias). En la Fase 2, “fortaleciendo el compromiso para el cambio”, las habilidades del terapeuta iban más dirigidas a explorar el grado de compromiso y reforzarlo.

En la tercera edición del libro¹⁹, los autores abandonan este modelo lineal para proponer un modelo más circular, que gráficamente describen como los peldaños de una escalera donde cada uno de los procesos que se enumeran son la base sobre la que asientan los siguientes, estando siempre presentes de forma recurrente. Los procesos descritos son, pues, los siguientes:

- **Involucrar** (*engaging*)

La involucración se describe como el proceso por el cual ambas partes establecen una conexión útil y una relación de trabajo. Esto puede ocurrir a menudo en cuestión de segundos o tardar semanas en aparecer, pero en cualquiera de los casos las estrategias del profesional pueden ayudar o dificultar este proceso en gran medida. No hay que perder de vista la existencia de otros factores fuera de la propia consulta, de la conversación que se tiene con el cliente, que pueden facilitar o minar el proceso de involucración, en particular todo lo que respecta al contexto en el que se desarrolla la relación clínica: ámbito, entorno, circunstancias personales y emocionales de profesional y paciente, etc. Sin embargo, el proceso de involucración subyace a todos los demás procesos, siendo un pre-requisito inherente no solo a la Entrevista Motivacional, sino a cualesquiera otros métodos de psicoterapia. Parece ser, además, que la percepción de la calidad del servicio y del terapeuta por parte del paciente están más ligados a un mayor porcentaje de retención e involucración que la propia percepción del terapeuta¹⁹.

En un contexto de Atención Primaria de Salud (en adelante APS), para el que se ha diseñado la presente escala y en el cual se ha testado, parece relativamente sencillo establecer un proceso de involucración. No obstante, una de las constantes en cualquier ensayo clínico es la pérdida de casos a lo largo del mismo, las dificultades en el seguimiento, etc. La omnipresencia de la longitudinalidad como una característica esencial del modelo de APS facilita, claro está, la adherencia, pero no la garantiza. Las trampas y barricadas descritas en la primera edición del libro *La Entrevista Motivacional*, desgraciadamente, siguen estando presentes y vigentes. A continuación se pasan a detallar muy brevemente:

La trampa de las preguntas-respuestas

Cuando el terapeuta va formulando, a modo de interrogatorio, una concatenación de preguntas cerradas, y se conforma con una sucesión de respuestas cortas y concisas, cuando no monosílabos, se produce este fenómeno. Existen dos dificultades que se derivan de este tipo de diálogo y que no permiten el desarrollo de un modelo motivacional, a la vez que hacen menos probable un proceso de involucración y adherencia. La primera es que el paciente no necesita elaborar las respuestas: complace al terapeuta con monosílabos y elude toda responsabilidad en el proceso. Consecuencia de lo primero, se desarrolla una relación en la que el profesional experto adquiere un papel activo mientras que el paciente se mantiene en la pasividad, dejando poco espacio al análisis de su realidad y por tanto de su ambivalencia, y cerrando la puerta al diálogo de cambio.

La trampa de la confrontación-negación

Cuando el terapeuta detecta una situación “problemática” para el paciente y seguidamente señala su existencia, sus riesgos, y prescribe un patrón de conducta, el paciente suele reaccionar minimizando el problema. Dicho de otro modo, un paciente que acude a la consulta en busca de ayuda en una situación de disonancia cognitiva sobre lo que quiere y no quiere hacer (“quiero dejar de beber porque me perjudica, pero me gusta beber”), lo que puede y no puede hacer (“tendría que dejar la bebida, pero me costará mucho”), y se encuentra con un terapeuta que se inclina rápidamente hacia un lado de la balanza (“tiene usted que dejar de beber”), reaccionará de forma casi inconsciente inclinándose hacia el otro lado de la balanza por un fenómeno de reactancia psicológica¹⁵.

La trampa del experto

Un terapeuta que tiene respuestas para todo -y las aporta a la conversación sobre el cambio de forma espontánea sin que le sean solicitadas- no permite que el paciente explore sus propias soluciones y puntos de vista, ni que desarrolle su ambivalencia, adoptando, como en la trampa de la pregunta-respuesta, un rol pasivo y poco proclive a encontrar sus propias motivaciones para el cambio. Desde el punto de vista relacional, un profesional que se comporte como un experto puede generar fácilmente respuestas de huida, tal y como se describirá en el apartado dedicado a la *discordia* en la relación terapéutica.

La trampa del etiquetaje

Etiquetar a un paciente de esto o de aquello es un ejercicio muchas veces de autoridad por parte del profesional que, lejos de ofrecer información, puede suponer una premisa a partir de la cual es necesario partir para seguir avanzando. Como ya se describió en el apartado de *principios*, la etiqueta no solo no es necesaria para desarrollar una conversación con un paciente sobre el cambio de conducta, sino que incluso puede llegar a ser contraproducente.

La trampa del énfasis prematuro

La focalización prematura por parte del terapeuta sobre un determinado problema de salud cuando el paciente no está aún dispuesto o preparado para abordarlo, bien porque haya otros problemas que le preocupen más, o porque lo que el profesional considera que es el “núcleo” del problema para el paciente no lo sea, puede conducir a un fenómeno de reactancia de la misma forma que se describía en la trampa de la confrontación-negación. Si el terapeuta presiona con demasiada rapidez a fin de centrar la discusión en un determinado problema cuando el paciente no lo ve como una prioridad o no se siente preparado para abordar ese determinado problema, éste se distanciará y se pondrá a la defensiva.

La trampa de la culpa

En ocasiones puede aflorar el tema de la culpa en una consulta. Posicionarse como terapeuta a favor o en contra del paciente en relación a su culpa puede tener un efecto negativo en la relación y dificultar el desarrollo de un modelo de terapia centrado en el

paciente. Poner énfasis en la culpa puede conducir de manera irremediable a la defensividad, de nuevo, siendo aquí lo deseable relegarla al terreno de lo “irrelevante”.

Las “barricadas” de Gordon

La metáfora de las “barricadas” responde a su identificación con obstáculos que surgen en el camino del paciente. Dichos obstáculos tienen un efecto bloqueador, de forma de que detienen, desvían o cambian la dirección del paciente, obligándolo a franquearlo. El profesional que utiliza este tipo de respuestas está demostrando que no está escuchando o, en algunos casos, estudia el discurso del paciente para reaccionar con una de las “barricadas”. En definitiva, el mensaje que se transmite es “yo soy el que sabe lo que hay que hacer, usted lo que tiene que hacer es escucharme”.

Thomas Gordon delimitó ³² doce tipos de respuestas que no son indicadoras de escucha:

1. Ordenar, dirigir, o encargar.
2. Alertar o amenazar.
3. Dar consejo, realizar sugerencias, o sugerir soluciones.
4. Persuadir con lógica, discusión, o enseñanza.
5. Moralizar, sermonear, o decir a los pacientes lo que «deberían» hacer.
6. Estar en desacuerdo, juzgar, criticar, o culpabilizar.
7. Estar de acuerdo, aprobar, o rogar.
8. Culpabilizar, ridiculizar, o etiquetar.
9. Interpretar o analizar.
10. Reafirmar, simpatizar, o consolar.
11. Cuestionar o poner a prueba.
12. Retirarse, distraerse, hacer broma, o cambiar de tema.

- **Focalizar** (focusing)

El proceso de establecer una agenda puede resultar algo de lo más simple o resultar tremendamente complejo. Sin un objetivo de cambio difícilmente se puede avanzar en

la dirección del cambio sin caer en circunloquios. En ocasiones, la dificultad en marcar los objetivos viene dada porque la agenda de paciente y profesional no se solapan. El proceso de focalizar, rompiendo con la idea original de las dos fases de la Entrevista Motivacional, tampoco es lineal o estático. A lo largo del camino pueden surgir dificultades, cambios contextuales, etc. que obliguen a reconsiderar los objetivos de cambio. Y la capacidad del profesional para renunciar a su propia agenda -o por lo menos, a readaptarla a la realidad del paciente- va a ser uno de los condicionantes más potentes, uno de los mayores retos. Negarse a ello puede conducir a dificultades en la adherencia, y así se rompe el baile que profesional y paciente habían iniciado, de ahí la idea de la circularidad en la Entrevista Motivacional: un acuerdo en los objetivos conduce a una mayor adherencia y refuerza el compromiso.

- **Evocar** (evoking)

Evocar implica “obtener”(del inglés, *elicit*), a través de la conversación, las propias motivaciones del paciente para cambiar. El proceso, que sigue al de involucración y focalización y subyace en todo el método, está interrelacionado constantemente con los demás procesos. Se podría describir como lo opuesto a una aproximación “experta”, en la que el profesional detecta un problema, dictamina lo que está correcto o incorrecto y ordena la forma de resolverlo. Ello resulta especialmente apropiado en el diagnóstico y tratamiento de la patología aguda -como describen los autores en la tercera edición del libro ¹⁹, colocar un yeso 4 semanas o recetar un antibiótico 7 días-. Sin embargo, el cambio de hábitos suele ser un proceso de larga duración.

Evocar, pues, es ayudar a la persona a verbalizar sus argumentos para cambiar en lugar de decirle qué es lo que debe de hacer, particularmente cuando ello puede suponer entrar en conflicto con las ideas, creencias, expectativas, experiencias previas o soluciones propuestas del paciente. Como se comentaba, tan contraproducente puede ser desconocer todo ese bagaje personal como escucharlo para redireccionarlo hacia lo que “sería correcto”. Evocar implica aceptar al paciente, compartir su camino y tratar de descubrir, con una actitud curiosa, hacia dónde quiere llegar, y cómo quiere hacerlo.

- **Planificar** (planning)

Cuando la motivación de los pacientes alcanza un umbral de preparación, la balanza se inclina en la dirección del cambio y se les empieza a escuchar a hablar más sobre *cuándo* y *cómo* cambiar y menos sobre *por qué*. Sin que haya necesariamente un momento concreto que, a modo de interruptor, encienda el motor del cambio, un profesional atento escuchará, llegados a este punto, los detalles de la visualización del cambio. Aquí es donde los pacientes van a buscar, generalmente, información y consejo, o sencillamente decidirse a dar un paso adelante.

Planificar es estar al lado del paciente cuando eso esté ocurriendo para ayudar a dibujar un camino en la dirección del cambio, ofreciendo ayuda donde se solicite, y estar dispuesto a acompañarlo en el proceso.

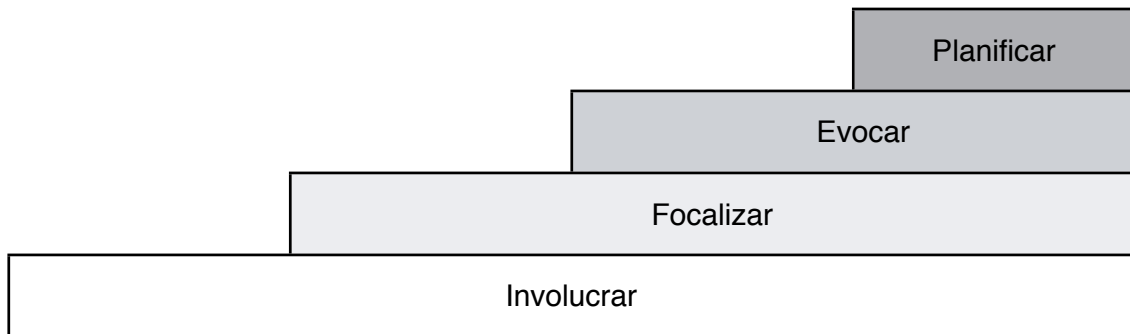
En dos estudios primerizos^{33, 34}, Miller et al. descubrieron que si utilizaban la Entrevista Motivacional para ayudar a las personas a decidirse sobre diferentes recursos para ayudarles a dejar de beber, el uso de tales recursos no era mayor, pero los pacientes reducían su consumo de alcohol, no obstante. Una observación temprana, pues, resultaba en que el proceso de evocar podía conducir, por sí mismo, a una reflexión madura del individuo donde la ayuda del terapeuta en la planificación del método concreto para conseguir el cambio era superflua.

En el ámbito de la APS, la planificación lleva inherentemente implícita el seguimiento, por las características de longitudinalidad en la atención. Las características de los procesos crónicos que se atienden refuerzan una vez más la idea de la circularidad en la Entrevista Motivacional, pues no es extraño que por diversas circunstancias se esté constantemente redefiniendo objetivos, replanificando estrategias y reprogramando seguimientos con el reto, no siempre fácil, de mantener la adherencia terapéutica.

En la figura 1 se expone el esquema que proponen los autores¹⁹ para ofrecer una visión gráfica de los Procesos en la Entrevista Motivacional. En general, cada uno de los procesos descritos se apoya a modo de escalera secuencialmente en el anterior. No será posible evocar diálogo de cambio sin haber definido y pactado con el paciente un objetivo de cambio. Tampoco es de esperar que se pueda trabajar de un modo colaborativo con el paciente y con cierto compromiso por ambas partes sin un proceso

de involucración previo. El plan de acción, a su vez, no se concibe sin involucración, priorización de objetivos y evocación del diálogo de cambio.

Figura 1. Representación gráfica de los procesos inherentes a la Entrevista Motivacional



1.1.5 Espiritu

En la tercera edición del libro *La Entrevista Motivacional*¹⁹, Miller se lamenta del uso indebido bajo el epígrafe de Entrevista Motivacional de ciertas estrategias de un modo persuasivo o truculento, y que no se identifican con el método, atribuyéndose parte de la culpa de ello. En 1995 Miller y Rollnick se replantearon ya esta paradoja y delimitaron el *Espiritu* de la Entrevista Motivacional³⁵, como una actitud subyacente del profesional que la practica sin la cual el método pierde su esencia. Los elementos del *Espiritu* descritos, y aún vigentes salvo con algunas modificaciones, eran los siguientes:

- **Evocación.** El terapeuta toma la actitud de tratar de conocer y hacer emerger del paciente sus motivaciones para el cambio, por contra de imponer los propios argumentos o 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.
- **Colaboración.** 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. 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.

- **Apoyo a la Autonomía**. 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.

De esos principios generales que dependen de la actitud del profesional, y no del entrenamiento en habilidades específicas, se derivan los elementos del *Espíritu* tal y como se describen en la tercera edición del libro *La Entrevista Motivacional* ¹⁹:

- **Colaboración**. Descrito aquí como **asociación** (del inglés *partnership*).
- **Aceptación**. Miller subdivide este elemento en 4 subelementos: a) *valor absoluto*; b) *empatía precisa*; c) *apoyo a la autonomía* y d) *validación*. Para describir el *valor absoluto*, además de apoyarse en Carl Rogers, utiliza una frase de Eric Fromm: «La habilidad de ver a una persona como realmente es, ser consciente de su única individualidad. El Respeto supone asumir que la otra persona pueda crecer y desarrollarse tal y como es. El Respeto implica asimismo la ausencia de abuso» ³⁶.
- **Compasión**. El profesional demuestra de manera evidente que su intención se dirige a una relación de ayuda incondicional y genuina, por encima de sus propios intereses.
- **Evocación**. Tal y como se describía anteriormente.

1.1.6 Diálogo de cambio

El término *diálogo de cambio* no aparecía en la primera edición del libro *La Entrevista Motivacional* ³. En el libro se hacía referencia, del mismo modo que en el primer artículo de Miller ², a las *afirmaciones de automotivación*, como una amplia categoría en la que se incluían elementos del discurso que favorecían el cambio.

Miller y Rollnick describieron cuatro subtipos de *afirmaciones de automotivación*³:

- Ventajas del cambio
- Desventajas del *status quo*
- Optimismo por el cambio
- Intención de cambiar

En la segunda edición del libro, el término *afirmaciones de automotivación* fue sustituido como sinónimo por *diálogo de cambio*, manteniendo las 4 subcategorías. Esta definición de *diálogo de cambio* fue también utilizada en la primera versión del *Motivational Interviewing Skills Code (MISC)*³⁷, al que se hace referencia más adelante. No obstante, en los estudios que partieron del supuesto anterior no se pudo relacionar la presencia del *diálogo de cambio* con las variables de resultados^{33, 38}.

El análisis psicolingüístico de Paul Amrhein²⁶ sugirió una estructura diferente para codificar el discurso del paciente, partiendo del objetivo de cambio, y creando las siguientes subcategorías:

- **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”
- **Compromiso** de cambio. “Voy a dejar de fumar”

Esta estructura se ha afianzado con su acrónimo en inglés, **DARN-C** (*desire, ability, reason, need, commitment*) para referirse al *diálogo de 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.

Ello apoyaba la importancia de diferenciar el discurso de compromiso de otros tipos de discurso de cambio. La experiencia posterior en el análisis del *diálogo de cambio* añadió otra categoría inicialmente no incluida en el trabajo de Amrhein: el término “primeros pasos” (traducción libre del inglés *taking steps*) sirvió para referirse a aquellas acciones específicas verbalizadas por el cliente en la dirección del cambio, y que también eran un predictor de variable de resultado.

En el documento de consenso sobre el *diálogo de cambio* publicado en el MINT Bulletin³⁹, se esgrimían las siguientes recomendaciones:

- Usar *diálogo de cambio* como un término genérico para clarificar los seis tipos de *afirmaciones automotivacionales* reconocidos: deseo, habilidad, motivo, necesidad, compromiso y primeros pasos.
- Usar el término *lenguaje preparatorio* para referirse a los elementos del *diálogo de cambio* que no predicen variable de resultado, pero sí fortaleza del 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 libro¹⁹ 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 de Likert +1 a +5).

1.1.7 Direccionalidad y Equilibrio (*Equipoise*)

Un concepto que se presenta por primera vez en la tercera edición del libro La Entrevista Motivacional¹⁹ es el de *equilibrio* (*equipoise*, en inglés).

A pesar de que la Entrevista Motivacional se define como un método, si bien no estrictamente directivo, sí dirigido a un objetivo concreto de cambio, existen situaciones en las que el clínico no se ha formado una opinión en particular sobre qué opción es la mejor para el paciente o no quiere influir, de forma directa o indirecta, sobre la decisión que éste tome ante un determinado problema o condicionante de salud, limitándose a ofrecer la información necesaria para que el paciente decida de manera autónoma. Y aun en estos supuestos, en los que la ambivalencia suele estar presente de manera evidente, la Entrevista Motivacional puede ayudar al paciente a resolver su ambivalencia en una dirección u otra del cambio con una postura neutral por parte del profesional^{40, 41}.

El Equilibrio o Neutralidad, aquí, no es una cuestión de trato personal o profesional, en cuanto a ecuanimidad. Tampoco se relata en función de las opiniones del profesional. El equilibrio es una opción consciente de no utilizar las habilidades profesionales para influenciar la decisión del paciente hacia un determinado objetivo específico.

La primera impresión sobre este concepto puede resultar sorprendente, por cuanto que la idea clásica de la Entrevista Motivacional es la de un método centrado en el paciente pero directivo en cuanto a la conducta diana -y de hecho su efectividad en esa direccionalidad es lo que ha hecho que muchas empresas e instituciones lo adopten como método de elección para ayudar a los pacientes a cambiar-. No obstante, es uno de los cambios más trascendentales en el constructo teórico que se han puesto de manifiesto en los últimos años y que es necesario incorporar aquí.

Diversos estudios han evaluado recientemente qué sucede cuando se trata de separar el componente direccional de la Entrevista Motivacional del *espíritu*, es decir, utilizar el método para ayudar a las personas a tomar decisiones sin posicionarse como terapeuta⁴². En el apartado de discusión se expone cómo queda capturado ese concepto en el presente trabajo de investigación, especialmente después del análisis factorial, y qué implicaciones puede tener en la práctica.

1.1.8 Discordia

Es importante dedicarle un apartado en la introducción a plantear algunas reflexiones sobre el concepto de Discordia, pues ha sido objeto de amplio debate a lo largo de este estudio y es preciso aclarar a qué se hace referencia con este término partiendo del constructo teórico en el que se basa el estudio y con algunas aportaciones sobre lo que los debates en torno al tema han aportado en el equipo de investigación.

Discordia vs Diálogo de Mantenimiento (sustain talk)

Tal y como se señalaba en el apartado 1.1.6 dedicado al *Diálogo de Cambio*, el término *Diálogo de Mantenimiento* surgió para diferenciar todas aquellas afirmaciones del paciente a favor del *status quo* pero que no necesariamente generaban 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, como se ha visto en muchos otros casos, a respuestas de huida, a las que se hará referencia más adelante.

Miller y Rollnick plantean lo siguiente: “Si sustraemos el *Diálogo de Mantenimiento* a lo que antes nos referíamos como resistencias, ¿qué nos queda?”¹⁹. 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 por el equipo de

investigación y catalogadas como tales por su alta frecuencia de aparición y la imposibilidad de contenerlas dentro de las otras categorías descritas. No es el objeto de investigación de este trabajo hacer una reflexión antropológica al respecto, pero se intuye que hay factores culturales que podrían explicar estas respuestas que sin embargo los autores anglosajones no describen y que justifican, si cabe todavía más, la pertinencia de la presente investigación.

1.1.9 Algunas consideraciones sobre paralelismos y divergencias entre el Modelo Transteórico y la Entrevista Motivacional

El Modelo Transteórico (MTT), mejor conocido como Teoría de los Estadios del Cambio, tuvo su origen a finales de los años 70 y debe su popularización al trabajo de James O. Prochaska y Carlo Di Clemente durante los años 80 y 90, particularmente en relación al cambio de conducta con respecto a la adicción al tabaco ⁴³.

En él se describen cinco etapas en el proceso de cambio: *Precontemplación, Contemplación, Preparación, Acción y Mantenimiento*, que pueden culminar en un cambio de conducta definitivo o en una recaída sobre un hábito previo.

En la primera edición del libro *La entrevista motivacional: preparar para el cambio de conductas adictivas* de Miller y Rollnick ³, se utiliza el MTT como base para adaptar las estrategias del modelo motivacional a las diversas etapas del cambio. De este modo, en la etapa de Precontemplación se sugería incrementar la ambivalencia del paciente, o en la etapa de Mantenimiento, hacer especial énfasis en la prevención de recaídas, por citar algunos ejemplos.

A lo largo de los años 90 ambos modelos siguen caminos distintos. El MTT es un modelo cerrado, en cuanto que a un paciente lo "clasifica" en uno de los estadios y a continuación se plantea una intervención "estadio-específica". La Entrevista Motivacional (EM) empieza a iniciar un paradigma si cabe todavía más centrado en el paciente, se define con más amplitud el *Espíritu* que debe de subyacer en cualquier intervención (colaborador, evocador, de respeto a la autonomía y, posteriormente, de compasión), y las intervenciones no son cerradas en cuanto al posicionamiento del

paciente, sino centradas en la escucha reflexiva y, a través de esta, en la potenciación del diálogo de cambio. Ya en la segunda edición del libro, en 2002, el propio Carlo Di Clemente dedica un capítulo ⁴⁴ a ahondar en las convergencias y divergencias de ambos modelos, que para muchos de los que aprendieron el método en sus inicios habían supuesto dos partes de un todo.

En 2005 se publica en *Addiction* un artículo de Robert West ⁴⁵ en el que se sugiere el abandono del MTT en el mundo de la Entrevista Motivacional y parece que ello culmina en una fractura definitiva, no exenta de polémica.

Dejando de un lado la anécdota histórica, parece importante resaltar las diferencias entre ambos modelos y la escasa o nula vigencia del MTT en el constructo teórico actual de la Entrevista Motivacional. No son pocos los estudios en los que todavía se habla de Entrevista Motivacional cuando se está aplicando el MTT o las políticas de intervención sanitaria que los confunden.

Diferencias entre ambos modelos.

. **Estrategia.** El MTT es un modelo esencialmente estadio-específico: identifica el estadio en el que se halla el paciente y aplica una estrategia estadio-específica. La Entrevista Motivacional, por contra, aplica sus estrategias (preguntas abiertas, validación, escucha reflexiva y sumarios) independientemente del estadio en el que se halle el paciente.

Una de las debilidades más criticadas del MTT radica en lo anterior. Por un lado, la rigidez en cuanto a la definición de los estadios (intención de cambio antes o después de 6 meses -¿por qué no 5 o 7?-, preparación para la acción en los próximos 30 días, etc) hacen difícil la individualización de las medidas. Por otro, la inestabilidad del modelo no permite clasificar adecuadamente a un porcentaje importante de pacientes: una persona que ha dejado de beber por un conflicto con la justicia, pero que no se ha planteado su conducta como un problema y no desea dejar el hábito, sino que se ve arrastrado a ello, está cognitivamente precontemplativo, pero conductualmente en fase de acción. El MTT no ha dado una respuesta adecuada a estas situaciones, cosa que sí ha sucedido con la EM, que no se ve sujeta a una clasificación o un "etiquetaje" del paciente.

. **Espíritu.** El MTT no responde a un espíritu concreto del profesional, esto es, a un sustrato ideológico que mueve las intervenciones del terapeuta: se puede aplicar desde una perspectiva confrontativa, persuasiva o directiva, siempre que se sigan los pasos adecuados. En la Entrevista Motivacional se parte de un espíritu de aceptación incondicional del paciente sin el cual cualquier estrategia que se aplique pierde su genuinidad y abandona el modelo.

. **Entrenamiento.** El MTT es fácilmente aprehensible. Se puede adaptar con mucha facilidad a las diversas conductas diana y no requiere de un entrenamiento específico con supervisión para ponerlo en marcha con éxito. Probablemente en ello radica la clave de su éxito. Por contra, la Entrevista Motivacional es un método clínico que requiere de un aprendizaje, una puesta en escena y una supervisión posteriores que no son de "manual". Es por eso que, cuando se aplica la Entrevista Motivacional en un ensayo clínico, es necesario asegurar la "farmacocinética" del método mediante una herramienta de psicometría específica (MITI, MISC, BECCI, etc). Por contra, en MTT no propone ninguna medida de control de calidad de la aplicación del método, por tanto que asume que una vez enseñado, se aplica con facilidad y no pone en duda la habilidad del terapeuta. Asimismo, por otro lado, no exenta de riesgos. En este sentido, se carece de métodos de evaluación de la fidelidad del método en su aplicación clínica, y tan solo herramientas autoadministradas por los pacientes como el *staging algorithm*⁴⁶ orientan a una secuencia lógica de estadiaje, a menudo poco reproducible⁴⁷.

1.2 El papel de la Entrevista Motivacional en la Atención Primaria de Salud

1.2.1 Aplicaciones de la Entrevista Motivacional en Atención Primaria

A continuación se hará una breve mención de los diferentes metaanálisis y revisiones sistemáticas que se han llevado a cabo para evaluar el efecto de la Entrevista Motivacional. Dado que, por la metodología empleada en los estudios, es imposible separar aquellos estudios exclusivos de la APS de los que se realizaron en otros ámbitos, se considera injusto dejar de mencionarlos, y se justificará su relación con el presente trabajo de investigación al final del capítulo.

Una primera revisión sistemática realizada en 2001 por Dunn et al.⁴⁸ examina el impacto de intervenciones breves siguiendo los principios de la EM. El 60% de los estudios reportaron al menos un tamaño de efecto significativo en el cambio de conducta, encontrándose la evidencia más sólida en el abuso de drogas, con pruebas sustanciales de que la Entrevista Motivacional es eficaz cuando es utilizada por clínicos no expertos en el tratamiento de comportamientos adictivos. Sin embargo, los datos eran insuficientes para juzgar su efecto en áreas como el abandono de tabaco, reducción de conductas de riesgo de VIH o modificaciones en dieta/ejercicio.

Burke et al.⁴⁹ publicaron en 2003 el resultado de un metaanálisis de 30 ensayos clínicos controlados. En términos de eficacia comparativa, los ensayos en los que se empleaba la Entrevista Motivacional fueron superiores al placebo o al grupo control en cuanto a consumo excesivo de alcohol o drogas, dieta y ejercicio. En la línea de lo expuesto por Dunn et al.⁴⁸, no se encontró una mayor eficacia en cuanto a tabaquismo o conductas de riesgo relacionada con el VIH en los dos estudios disponibles en aquel momento. Las intervenciones con Entrevista Motivacional fueron una media de 180 minutos más cortas que en los grupos control, y los efectos demostraron mantenerse a lo largo del tiempo. Otro hallazgo interesante es que, a pesar de lo anterior, el efecto de la Entrevista Motivacional se incrementaba con la exposición a la terapia.

Posteriormente, ampliaron la investigación⁵⁰ obteniendo hallazgos coincidentes con los anteriores y destacando la existencia de problemas metodológicos en los estudios que dificultaban la obtención de conclusiones.

En 2005, Rubak et al.⁵¹ pudieron incluir ya 72 ensayos clínicos controlados en su metaanálisis, y encontraron un efecto clínico en el 74% de los estudios, tanto en problemas psicológicos como físicos. La revisión demuestra que intervenciones cortas, incluso de solo 15 min, son efectivas, y que la probabilidad de éxito aumenta con el número de encuentros con el paciente y con periodos de seguimiento más prolongados, como ya apuntaban Burke et al.⁴⁹. Un dato interesante que se analizó en este estudio fue que no se observaron diferencias significativas en función de si la intervención había sido llevada a cabo por psicólogos, psiquiatras o médicos generalistas.

Prácticamente de forma simultánea y con la participación esta vez de William Miller, Hettema et al.⁵² publicaron en 2005 otro metaanálisis que incluía 72 ensayos clínicos en los que se evaluó la Entrevista Motivacional sola o de forma asociada a otros métodos. En todos los campos estudiados (abuso de alcohol, tabaco, VIH, abuso de drogas -excepto tabaco-, adherencia terapéutica, juego patológico, relaciones sexuales, seguridad en el consumo del agua, trastornos del comportamiento alimentario, dieta y ejercicio), se observó un efecto positivo, aunque con una gran variabilidad. Esta revisión destaca que los efectos de la Entrevista Motivacional, aunque tienden a verse precozmente, decaen con el paso del tiempo, lo que coincide con lo señalado por otros autores⁵³. Miller⁵⁴ hace constatar que este declive temporal es algo común a muchos tratamientos, incluso farmacológicos, concluyendo que lo sorprendente es que los efectos de una intervención breve persistan tras muchos meses después de su aplicación. Los hallazgos de Hettema indican un potencial efecto sinérgico cuando la Entrevista Motivacional es utilizada conjuntamente con otros tratamientos conductuales.

Knight et al.⁵⁵ hicieron una revisión sistemática de estudios llevados a cabo en la APS, pudiendo analizar 8 ensayos en los campos de diabetes, asma, hipertensión, hiperlipidemia y cardiopatía. La mayoría de los estudios encontraron efectos positivos de la Entrevista Motivacional en las variables físicas, psicológicas y de cambios en los estilos de vida. Sin embargo, los autores se quejan de la calidad metodológica de estos estudios, al incluir muestras pequeñas, demasiadas variables de resultado o escasa definición de la intervención y la formación de los terapeutas.

Martins et al.⁵⁶ publicaron una revisión sistemática de estudios abarcando diversos ámbitos de la salud física cuyos resultados señalaban que la Entrevista Motivacional es eficaz, pero coincidiendo también en la necesidad de investigación adicional, sobre todo para evaluar los elementos que podrían preservar la eficacia a medida que se hace cada vez más adecuada para entornos de atención sanitaria de gran volumen y ritmo rápido.

La revisión más exhaustiva hasta la fecha la llevaron a cabo Lundahl et al.⁵⁷ en 2010, incluyendo 119 ensayos clínicos controlados. De este metaanálisis se puede concluir lo siguiente:

- En cuanto a su eficacia, la Entrevista Motivacional 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. El 75% de los estudios obtienen una mejora y solo el 25% muestran tamaños de efecto que van de cero a resultados muy negativos.
- La Entrevista Motivacional demostró su eficacia no solo en consumo de sustancias tóxicas, sino también en la adicción al juego, o mejora de conductas saludables. Además, se asocia con beneficios positivos en las medidas de bienestar general.
- Comparándola con otras intervenciones, es sin duda superior a no tratamiento mostrando ventaja en 11 de los 14 comportamientos específicos analizados al ser comparada con «tratamientos débiles» (entrega de material escrito o tratamiento habitual inespecífico), independientemente de la gravedad de los síntomas, la edad o el sexo.
- La Entrevista Motivacional es coste-efectiva, produce los mismos efectos que otros tratamientos activos y específicos sin consumir más recursos, pudiendo incluso requerir menos tiempo para lograr resultados similares.
- Sus efectos son duraderos, ya que no hubo diferencias en los resultados medidos inmediatamente después del tratamiento, o hasta un año después de concluir el mismo.
- Más tiempo de tratamiento parece relacionarse con mejores resultados, aunque con los datos existentes hasta el momento no se pueden sugerir mínimos o máximos de “dosis” de Entrevista Motivacional.

- Los resultados señalan que la Entrevista Motivacional puede ser particularmente eficaz en las minorías étnicas, especialmente en grupos que han sufrido rechazo social, porque adopta un enfoque humanista que premia la autodeterminación.

En la misma línea del metaanálisis anterior, Lundahl et al.⁵⁸ revisaron en 2013 los estudios llevados a cabo en entornos médicos, excluyendo los tradicionales campos de las adicciones y la salud mental, así como las intervenciones que se llevaban a cabo sin contacto personal. Incluyeron 48 ensayos clínicos y encontraron un efecto positivo de la Entrevista Motivacional en variables como la tensión arterial, el colesterol, la carga viral del VIH, la salud buco-dental, peso, actividad física, calidad de vida, uso de sustancias incluyendo alcohol y tabaco, sedentarismo, automonitorización, adherencia a la terapia y mortalidad. No encontraron diferencias significativas de efecto en las variables relacionadas con trastorno del comportamiento alimentario, dependencia funcional post infarto cerebral, adherencia terapéutica (farmacológica), autocuidado, lactancia materna, frecuencia cardíaca o nivel de glucosa sanguínea.

A la vista de lo anterior, y en palabras del propio Lundahl⁵⁷, «todavía no hemos encontrado los límites de los problemas y síntomas en los que la Entrevista Motivacional puede resultar de utilidad».

1.2.2 Abordaje de los factores de riesgo cardiovascular

Hablar de Entrevista Motivacional en APS es hablar, sobre todo, de manejo de enfermedades crónicas y de cambios en los estilos de vida, particularmente en el abordaje de los factores de riesgo cardiovascular.

En un reciente artículo del equipo de investigación se analizan los problemas de salud habitualmente abordados en el ámbito de la APS mediante Entrevista Motivacional y la magnitud del efecto tanto en los ensayos clínicos en particular como en los metaanálisis realizados hasta la fecha⁵⁹. A continuación se citan algunos de los problemas de salud que aborda la Entrevista Motivacional en la APS y su efectividad, así como sus limitaciones, particularmente por lo que respecta a las dianas

terapéuticas abordadas en el estudio Dislip-EM, del que se hablará más adelante, trabajo fuente principal de material para esta investigación.

. Tabaco

En un estudio con médicos generalistas británicos en 1999⁶⁰, en el que la metodología de aplicación de la Entrevista Motivacional seguía aún muy anclada al modelo de los Estadios del Cambio⁴³, se encontraron diferencias poco relevantes, pero en cualquier caso favorables al grupo intervención -en el que se aplicó la Entrevista Motivacional-. Los autores -Butler et al.-, a pesar de poner encima de la mesa unos datos de coste-efectividad ambiguos, sugieren que la intervención sea más intensiva, y en ese sentido numerosos estudios posteriores intensificaron el consejo con mejores resultados. Como indicaría más tarde Lundahl en su revisión sistemática⁵⁸, la Entrevista Motivacional es coste-efectiva, produciendo los mismos efectos que otros tratamientos activos y específicos sin consumir más recursos, pudiendo incluso requerir menos tiempo para lograr resultados similares.

No queda claro, no obstante, cuál es el techo de la intensidad de la intervención, y los efectos en cualquier caso son modestos. A su vez, una de las limitaciones metodológicas de este ensayo clínico, que como se verá más adelante es una constante en muchos de los trabajos, es la falta de una medida de fiabilidad de la intervención con Entrevista Motivacional. De hecho, tal y como se entiende hoy, y teniendo en cuenta que el BECCI (Behavior Change Counseling Index: Índice del Consejo sobre el Cambio de Conducta)⁶¹ no se desarrolló hasta 3 años después, y sus resultados de validez no se publicaron hasta 2005, es difícil asegurar que los profesionales de este estudio hicieran Entrevista Motivacional con sus pacientes.

En otro ensayo clínico, ya en el ámbito de APS en España, en 2006, se observaron diferencias importantes entre el grupo control -consejo habitual- y el grupo intervención -Entrevista Motivacional-, a favor del segundo y de una magnitud relevante⁶². Sin embargo, hay sesgos importantes en cuanto a la interpretación de los resultados, como por ejemplo que a algunos pacientes del grupo intervención se les ofreció tratamiento con Bupropión, o que los pacientes del grupo intervención se encontraban en fases más avanzadas de los Estadios del Cambio, hecho que se relacionada con

mejores resultados en las variables finales de estudio. Metodológicamente tiene las mismas limitaciones, en cualquier caso, que el estudio realizado por Butler et al.⁶⁰, pero los autores resaltan sus mejores resultados por dos factores: que el médico que les atendió era su profesional de referencia en APS (en el estudio de Butler et al. fue el médico residente quien hizo la intervención), y que el número de sesiones fue mayor en el grupo intervención (3 versus 1), como ya apuntaban los autores del primer estudio.

En un tercer estudio, con una muestra ampliada respecto del segundo, y multicéntrico, también ubicado en España, Cabezas et al.⁶³ encuentran moderados efectos en el grupo intervención -Entrevista Motivacional- a los dos años de seguimiento. De nuevo, no se evaluó la integridad de la medida terapéutica y el modelo de Entrevista Motivacional estaba basado en los estadios del cambio.

Otros estudios llevados a cabo en entornos de APS apuntan en la misma dirección, y Lundahl⁵⁸ concluye en su metaanálisis que los efectos observados sobre la efectividad de la Entrevista Motivacional en el tabaquismo son casi nulos. De nuevo es importante tener en cuenta las limitaciones de los metaanálisis en cuanto a que, en general, los autores explican poco o nada el grado de fidelidad a la Entrevista Motivacional allí donde dicen que la han aplicado, y la decisión de incluir o excluir estudios puede cambiar mucho los resultados. En cualquier caso parece que intervenciones relativamente breves, basadas en el Modelo Transteórico, tienen un ligero efecto positivo y serían aplicables en un entorno de APS, particularmente porque son más coste-efectivas que otros métodos.

. Ejercicio, dieta y peso

El papel de los profesionales de la APS en la prescripción de ejercicio físico, el asesoramiento dietético y el control del peso es esencial, por cuanto que el sobrepeso y la obesidad y el sedentarismo son factores asociados a un incremento del riesgo cardiovascular y otras enfermedades prevalentes. La falta de tratamientos efectivos para el sobrepeso y la obesidad, y la dificultad en los cambios en los estilos de vida,

son dificultades que se compensan en parte por la posibilidad de un seguimiento longitudinal cercano desde la APS.

En un ensayo clínico experimental en Newcastle (Reino Unido) en 1995-7, Harland et al.⁶⁴ evaluaron la eficacia de una combinación de estrategias basadas en la Entrevista Motivacional y el Modelo Transteórico de menor y mayor intensidad junto con incentivos económicos. Observaron que en los grupos en los que se había utilizado la Entrevista Motivacional el efecto fue significativamente mayor a las 12 semanas, sin que los efectos se mantuvieran al año de seguimiento. No obstante, los autores describen que el profesional que aplicó la Entrevista Motivacional fue el mismo en todas las intervenciones, y no tenía una relación profesional previa con los participantes, es decir, no era su médico de referencia. Fue imposible, por tanto, separar el efecto del terapeuta del de la terapia. A su vez, describen la intervención como una “técnica” para “negociar” el cambio de conducta basada en el Modelo Transteórico: lejos, pues, de lo que sería aceptado hoy como Entrevista Motivacional. Tampoco incorporaron ninguna medida de la integridad terapéutica, por lo que es difícil extrapolar sus conclusiones. Además, citan como condicionante un potente efecto Hawthorne* comparado con otros ensayos previos en cuanto al reclutamiento, lo que hace difícil comparar los dos grupos.

*El *Efecto Hawthorne* es una forma de reactividad psicológica por la que los sujetos de un experimento muestran una modificación en algún aspecto de su conducta como consecuencia del hecho de saber que están siendo estudiados, y no en respuesta a ningún tipo de manipulación contemplada en el estudio experimental⁶⁵.

Otro estudio posterior, de 2008, también en un entorno de APS en el Reino Unido, conducido por Greaves et al.⁶⁶, trataba de intervenir en sujetos en riesgo de desarrollar diabetes con una doble diana de reducir el peso e incrementar la actividad física. La intervención fue llevada a cabo por personal no sanitario (3 estudiantes de posgrado de deportes y salud), una enfermera comunitaria y otra de rehabilitación, que recibieron, además de la formación específica sanitaria para la intervención en cuanto a consejo dietético y actividad física, un curso de 2 días de Entrevista Motivacional impartido por un miembro de MINT. Se consiguieron resultados significativos en la reducción del peso en el grupo intervención, y no significativos en el incremento de actividad física.

Este estudio resulta particularmente interesante, además de por el hecho de reducir el riesgo de diabetes, porque incluye un control de integridad de la medida terapéutica mediante codificación de las entrevistas con el Behaviour Change Counseling Index (BECCI), al que se hace referencia con detenimiento en el apartado de escalas de valoración. Eso implica que la intervención no solo está exquisitamente descrita en cuanto a número de sesiones y duración de las mismas (media de 34 minutos), si son presenciales (media de 8) o telefónicas (media de 1.5), sino que se aseguran de que los profesionales del grupo intervención están realmente aplicando la Entrevista Motivacional porque puntúan alto en la escala BECCI.

El abordaje simultáneo de dos dianas terapéuticas -aunque relacionadas- es un hecho infrecuente en los ensayos clínicos con Entrevista Motivacional, y prácticamente inexistente cuando se justificó y diseñó el estudio Dislip-EM, del que se hablará más adelante, fuente principal de material para el presente trabajo de investigación, y que también aborda varias dianas terapéuticas de forma simultánea.

Es relevante citar aquí el estudio llevado a cabo por Hardcastle et al.⁶⁷ en 2008 en un Centro de Atención Primaria en el Reino Unido. Una especialista en actividad física y una dietista llevaron a cabo una intervención sobre 203 pacientes, la mayoría obesos, también con una doble diana de incidir sobre la dieta y sobre el ejercicio físico. Los resultados no mostraron diferencias significativas en cuanto a la dieta respecto del grupo control, pero sí que se observaron reducciones significativas de los niveles de colesterol, presión arterial y el peso, a expensas sobre todo de un incremento en la actividad física global en el grupo intervención. No se redujo, de entrada, el riesgo cardiovascular, que era el objetivo principal del estudio, aunque quizás era un objetivo demasiado temerario en un seguimiento a 6 meses.

En relación con lo expuesto hasta ahora el citado trabajo también cumple los requisitos de describir con detalle la intervención, que ellos llaman “adaptación a la Entrevista Motivacional”, la formación en Entrevista Motivacional recibida por los profesionales del grupo intervención (8 horas en total), y la medida de la fidelidad de la Entrevista Motivacional, que en este caso, como en el estudio de Greaves et al.⁶⁶ fue a priori y no en el trabajo de campo. En este caso hicieron servir no una escala con una puntuación concreta, sino una aproximación al Motivational Interviewing Skills Code (MISC)⁶⁸, tal y como la describen Miller y Mount en un pequeño trabajo de

investigación que los autores citan ⁶⁹. Se hablará con extensión de la escala mencionada en el apartado dedicado a las escalas, más adelante.

Es decir, dos ensayos clínicos en el Reino Unido en un entorno de APS, con dos dianas terapéuticas a la vez y con una medida indirecta de fidelidad de la Entrevista Motivacional en el grupo intervención, demuestran impactos modestos en reducción de peso e incremento de actividad física.

En otro estudio llevado a cabo en Nueva Zelanda en 1999, Elley et al. ⁷⁰ evaluaron la eficacia de una intervención llevada a cabo por médicos de APS y especialistas en deporte basada en el modelo motivacional para mejorar el ejercicio físico. El efecto de la intervención fue significativamente mayor que en el grupo control, y esta vez -coincidiendo con que fue su médico de familia quien hizo la intervención- los efectos se mantuvieron al año de seguimiento. De nuevo falta una medida de la integridad terapéutica, y se describe una formación en Entrevista Motivacional de 4 horas de duración, con lo que es discutible su validez. Sin embargo, parece que a mayor proximidad e intensidad de las intervenciones se incrementa el efecto sobre el cambio de conducta, como ya iban apuntando otros investigadores (Butler et al. ⁶⁰). Fue imposible también separar aquí el efecto de la terapia (Entrevista Motivacional) del efecto del terapeuta, pues la intervención era llevada a cabo, por un lado, por el médico de familia de forma presencial, y por otro lado por los especialistas en deporte de forma telefónica. En cualquier caso el estudio parece más generalizable que el de Harland et al. ⁶⁴, por cuanto que abarca un sector de población más amplio, con diversos estratos sociales, por contra del primero, que abarcaba exclusivamente un área económicamente deprimida.

En otro estudio posterior, en 2008, también en Nueva Zelanda, Lawton et al. ⁷¹ evaluaron la eficacia de una intervención llevada a cabo en un entorno de APS en mujeres sedentarias, encontrando un aumento significativo de la actividad física en el grupo intervención que se mantenía, aunque decreciente, al cabo de dos años de seguimiento, muy en la línea de lo hallado por Elley et al. ⁷⁰ previamente. En este caso la intervención fue llevada a cabo por profesionales tanto de medicina como de enfermería de APS, en el seno del “green prescriptions programme” ⁷² que ya habían evaluado Elley et al. ⁷⁰ en 1999. El seguimiento longitudinal por parte del personal de

enfermería, llevado a cabo de forma telefónica, parece un elemento importante a tener en cuenta en el mantenimiento del efecto a largo plazo.

En un estudio piloto, Ackerman et al.⁷³ evaluaron en 2011 en Illinois (Estados Unidos) la efectividad de una intervención llevada a cabo por 2 enfermeras y un médico residentes entrenados en Entrevista Motivacional en un entorno de APS, que venían derivados desde el médico de familia cuando éste no era capaz de ayudar al paciente a cambiar su hábito sedentario. A pesar de que metodológicamente el estudio tiene muchas limitaciones, como no medir el efecto en un grupo control o haber incluido una muestra muy pequeña (n=30) y homogénea (93% de mujeres) de pacientes, la intervención muestra un impacto significativo en la actividad física y en la predisposición al cambio, medida con el Modelo Transteórico. Este estudio introduce un efecto muy interesante desde el punto de vista de la aplicación de la Entrevista Motivacional en la APS, y es el de los cambios que se producen en los pacientes cuando un profesional interviene, no en cuanto a su conducta final, sino en cuanto a su actitud. El hecho de que el paciente “avance” al siguiente “estadio del cambio” tras la intervención es indicativo de que intervenciones breves pero mantenidas en el tiempo pueden ser muy efectivas, y también es demostrativo de la necesidad de evaluar las intervenciones a largo plazo en APS, en especial cuando se trata de cambiar hábitos.

En otro estudio piloto en Suecia en 2011⁷⁴, una enfermera entrenada en Entrevista Motivacional aplicó el método en sujetos hipertensos, consiguiendo reducciones significativas en la presión arterial, frecuencia cardíaca, peso, índice de masa corporal y perímetro abdominal, así como en la captación máxima de oxígeno. Como sucedía en las investigaciones de Ackerman et al.⁷³, no es posible extraer conclusiones de este estudio por deficiencias metodológicas, pero se apunta de nuevo la tendencia a mantener el efecto con una intervención basada en la atención longitudinal, como lo es la APS.

Tanto los ensayos clínicos controlados como las revisiones sistemáticas y metaanálisis muestran no pocas contradicciones. No obstante, se cita aquí uno reciente de Armstrong et al.⁷⁵, sobre 11 ensayos clínicos controlados, en el que los investigadores encontraron diferencias estadísticamente significativas en la reducción del peso, no

significativas pero presentes en la reducción del índice de masa corporal en el grupo de Entrevista Motivacional respecto del grupo control.

. Otros factores de riesgo cardiovascular

Algunos estudios que abordan el efecto de las intervenciones mediante Entrevista Motivacional en la reducción global del riesgo cardiovascular tienen resultados de difícil interpretación, y a esa cuestión no se ha sabido responder a fecha de hoy con certeza, aunque se hará referencia a ella más adelante cuando se presente el estudio Dislip-EM.

En un estudio publicado en diversos formatos, Woollard et al ^{76, 77}. implementaron un programa intensivo llevado a cabo por enfermeras en la APS, sin encontrar diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos de intervención entre sí ni con el grupo control. Tan solo en el grupo intervención de más intensidad se observó una reducción en el consumo de fármacos antihipertensivos, que los autores interpretaron como efecto de una mayor adherencia terapéutica, a pesar de que esta no se midió. En este caso la formación de las enfermeras fue exhaustiva (170 horas), e incluía la Entrevista Motivacional. Las variables finales de resultado eran el perfil lipídico, el grado de control de la tensión arterial y la dieta.

En un estudio con médicos de APS en Dinamarca, Rubak et al ⁷⁸. formaron a un grupo de médicos en Entrevista Motivacional con la intención de implementarla en sus consultas, y midieron los efectos de sus intervenciones en pacientes diabéticos tipo 2 en cuanto a conocimiento de la enfermedad, creencias sobre prevención y tratamiento y motivación para el cambio de conducta. Encontraron diferencias estadísticamente significativas a favor del grupo de profesionales que utilizaron la Entrevista Motivacional. En un seguimiento posterior ⁷⁹, midieron las diferencias en los niveles de Hemoglobina glicosilada y en la adherencia al tratamiento, encontrando un efecto significativamente positivo tanto en el grupo control como en el grupo intervención, pero sin diferencias entre ambos grupos.

Para explicar este efecto observado aparentemente contradictorio o inesperado (los pacientes que saben más de su enfermedad y de su manejo y están más motivados para cambiar muestran los mismos resultados que los pacientes saben menos y están

menos motivados), los autores detallan cómo fue la formación de los médicos⁸⁰. En los brazos de intervención se hizo una formación con un único profesor durante un día y medio, siguiendo los postulados clásicos de la Entrevista Motivacional. Luego todos los grupos recibieron una formación conjunta sobre el manejo de la diabetes, en la que escenificaban role-plays. Los autores sugieren que hubo un efecto de contaminación de los profesionales del grupo control por parte de los profesionales del grupo de Entrevista Motivacional, y lo argumentan utilizando un cuestionario creado para la ocasión en el que algunos profesionales del grupo control puntuaban más alto en aspectos concretos de la Entrevista Motivacional que otros del grupo intervención. Esta inferencia no pudo ser demostrada porque no se incluyó en el estudio ninguna medida de fidelidad a la Entrevista Motivacional, como ya se ha comentado en otros casos.

Para complicarlo todavía más, en un estudio con una intervención telefónica basada en la Entrevista Motivacional en pacientes con dislipemia, Kreman et al.⁸¹ encontraron un efecto de mejora en el colesterol total y el colesterol LDL en el grupo de Entrevista Motivacional, que sin embargo también reducía de manera estadísticamente significativa el colesterol HDL respecto del grupo control, con lo que empeoraba el perfil lipídico. Más allá de la anécdota, este estudio tiene importantes limitaciones metodológicas, entre las cuales es importante citar el pequeño tamaño muestral (n=12 en el grupo intervención y n=12 en el grupo control).

Por último, es interesante citar un estudio en Escocia en 1997-8, en el que McHugh et al.⁸² encontraron diferencias importantes en los grupos control e intervención en un programa de seguimiento liderado por enfermeras en pacientes en espera de cirugía de bypass coronario. Concretamente, los pacientes del grupo intervención fumaron menos, redujeron su índice de masa corporal, bajaron tanto la presión arterial sistólica como la diastólica, y mejoraron su actividad física y sus niveles de ansiedad y depresión respecto del grupo control, de forma significativa. No hubo diferencias, no obstante, en los niveles de colesterol. El seguimiento fue durante 15 meses.

Los autores no detallaron la intervención ni incorporaron ninguna medida de fidelidad a la intervención, que estaba basada en el Modelo Transteórico. En la discusión justifican la importancia de los efectos de la intervención por la alta motivación de los pacientes en la lista de espera de cirugía de bypass coronario, cosa que no parece

plausible porque los del grupo control también esperaban quirófano. En cualquier caso, es una aproximación a la Entrevista Motivacional que encuentra resultados espectacularmente diferentes en el abordaje multidiaria de los factores de riesgo cardiovascular, aunque con escaso rigor metodológico. ¿Sería incorrecto afirmar que el hecho de que redujeran su ansiedad y depresión fue crucial en la mejora general de los factores de riesgo cardiovascular? ¿Y si el hecho de tener un seguimiento adicional en sí por parte de enfermeras -cosa que no sucedió, al parecer, en el grupo control- fuese un factor determinante en la percepción de autoeficacia, y pudiera explicar todas esas diferencias entre los dos grupos?

No lejos de esta hipótesis está el estudio de Caroline Watkins⁸³, presentado en la 3ª Conferencia Internacional de Entrevista Motivacional en Venecia, en 2012⁸⁴. En un estudio metodológicamente impecable, se demostró el efecto significativamente positivo sobre el bienestar mental de una intervención mediante Entrevista Motivacional en pacientes con infarto cerebral reciente. El número de muertes en el seguimiento en el grupo control(n=12) triplicaba al del grupo intervención(n=4), pese a ser este efecto no significativo.

En conclusión, cuando se analiza el efecto de las intervenciones mediante Entrevista Motivacional en entornos de APS para la mejora de los factores de riesgo cardiovascular se encuentran resultados a menudo inesperados o contradictorios. No siempre más tiempo de formación en el método conduce a mejores resultados en los pacientes. A menudo el efecto positivo se observa tanto en el grupo control como en el grupo intervención, sin que se pueda cuantificar el efecto Hawthorne ni discriminar entre ambos grupos porque no se utilizó ninguna medida de la fidelidad de la Entrevista Motivacional en el trabajo de campo. Incluso se han encontrado resultados que pueden resultar contradictorios, como que la intervención pueda resultar beneficiosa en algunos aspectos pero perjudicial en otros.

Ello conduce a pensar que cuando se tratan diferentes dianas terapéuticas de manera simultánea y se evalúa el efecto en base a resultados que dependen de la interacción de diversas conductas, resulte muy difícil discriminar entre los efectos de cada una de las conductas por separado o aislar el efecto que los cambios conductuales tienen sobre el global de resultados.

1.3 El estudio Dislip-EM y la necesidad de evaluar las intervenciones con Entrevista Motivacional en Atención Primaria en España

La Guía Europea de Prevención de la Enfermedad Cardiovascular ⁸⁵ destaca la importancia del papel del médico de familia considerándolo el personaje clave para iniciar, coordinar y proporcionar seguimiento a largo plazo para la prevención de los problemas de salud cardiovasculares, reconociendo su papel fundamental en la identificación de individuos con riesgo cardiovascular pero sin enfermedad establecida y en la prescripción de intervenciones basadas en su perfil de riesgo.

Como se ha visto en el apartado anterior, los estudios en los que se realizan intervenciones mediante Entrevista Motivacional en el abordaje del riesgo cardiovascular en APS suelen adolecer de dos deficiencias: la escasa descripción de las intervenciones utilizadas y la falta de medida de la fiabilidad de la Entrevista Motivacional, ya sea a priori antes de seleccionar a los sujetos que van a realizar la intervención o en el trabajo de campo.

En el entorno de APS y en España no se dispone de estudios que evalúen la eficacia de la Entrevista Motivacional en el abordaje del riesgo cardiovascular global. Tampoco se dispone de estudios que evalúen la eficacia de una intervención con Entrevista Motivacional en más de una diana terapéutica de manera simultánea.

Por último, a fecha de hoy no se han documentado estudios en el entorno de APS en España en los que se haya evaluado la fidelidad de la medida terapéutica en los ensayos clínicos en los que se dice que se ha utilizado la Entrevista Motivacional.

Finalmente, es necesario disponer de estudios donde se haya evaluado la calidad de la formación en Entrevista Motivacional para su aplicación en el ámbito clínico.

El estudio Dislip-EM pretende dar respuesta a todo lo anterior, al tratarse de un estudio con las siguientes características:

. Abordaje de varias dianas terapéuticas simultáneas: dieta, ejercicio, control de peso y tabaco.

. Programa formativo diseñado específicamente para el estudio, con control de calidad de implementación y con evaluación de resultados en la práctica clínica real de los participantes en el estudio.

. Evaluación de la calidad de las intervenciones con Entrevista Motivacional con una escala de valoración diseñada con motivo del estudio, la escala EVEM (Escala de Valoración de Entrevista Motivacional), objeto del presente trabajo de investigación.

*Algunos datos descriptivos metodológicos**

*El Estudio Dislip-EM forma parte de la tesis doctoral de Julia Bóveda Fontán, quien muy amablemente ha cedido la información precisa para esta disertación. Los resultados del estudio no están aún publicados más que en forma de protocolo⁸⁶. El doctorando forma parte del equipo de investigación del estudio Dislip-EM, habiendo participado en su diseño y evaluación, así como en la difusión de resultados (recientemente en la 4^o Conferencia Internacional de Entrevista Motivacional en Ámsterdam, en junio de 2014⁸⁷).

El estudio parte de la premisa de que la Entrevista Motivacional (EM) realizada por médicos de familia es más eficaz que una entrevista basada en el modelo informativo para el control lipídico y el riesgo cardiovascular en pacientes con dislipemia.

Se ha realizado un ensayo clínico multicéntrico, abierto, controlado y aleatorizado por clúster, con dos brazos paralelos conformados por sendos grupos de población a los que se les ha hecho un seguimiento a lo largo de 12 meses en consultas de APS.

Participaron 37 médicos, pertenecientes a 27 centros de APS localizados en 4 comunidades autónomas: Andalucía, Extremadura, Cataluña y Galicia.

La muestra final de pacientes fue de 227 (107 en el Grupo Intervención -GE- y 120 en el Grupo Control -GC-).

Antes de iniciar la intervención con los pacientes, todos los profesionales realizaron videograbación de dos casos clínicos con pacientes estandarizados entrenados para simular consultas de APS, con el fin de tener conocimiento de las competencias de partida de los profesionales en entrevista clínica y entrevista motivacional.

Al finalizar el trabajo de campo, los profesionales realizaron de nuevo videograbación con pacientes simulados, con dos casos clínicos similares a los del inicio del estudio.

Como mecanismo de control de la calidad y fidelidad de las intervenciones realizadas, cada profesional videograbó además cuatro entrevistas reales (visitas V1, V2, V3 y V4) con uno de los pacientes elegidos.

Se diseñó un plan de formación específico para los participantes del GE que comprendió los siguientes apartados:

- . Taller de formación en Entrevista Motivacional con un profesional experto en y un diseño ajustado a las 8 tareas básicas en el aprendizaje de la EM, de 16 horas de duración divididas en 2 días consecutivos. Este taller fue conducido por el mismo profesor en cada una de las tres sedes del proyecto, y se videograbó para asegurar la fidelidad al modelo motivacional.

- . Tras finalizar el taller de formación, nueva videograbación de 2 entrevistas con pacientes estandarizados simulando las mismas situaciones que en la grabación previa, seguida de sesión de feed-back presencial e individual con un experto en EM.

- . Como refuerzo de la formación inicial se llevaron a cabo durante el desarrollo del trabajo de campo las siguientes actividades: a) Envío periódico a cada participante de micropíldoras formativas a través de internet y sms; b) Realización de tareas y feedback de las mismas: incidente crítico, lectura de un artículo sobre Entrevista Motivacional y comentario, visualización de sus propias videograbaciones colgadas en la red; c) Asistencia a 3 sesiones grupales de visualización y análisis de videograbaciones propias con paciente real, utilizando una metodología fundamentada en la “Entrevista Basada en Problemas” - “Problem Based Interviewing” (PBI)⁸⁸-, en la cual los miembros -y la mayor parte del equipo de investigación lo son- del Grupo-Programa Comunicación y Salud de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria tienen una amplia experiencia . Más adelante se comentará muy brevemente la implicación y el papel de este Grupo de Trabajo en el presente estudio de investigación. Con el fin de comprobar la fidelidad de la intervención de los profesionales en el uso de la EM, las entrevistas, tanto estandarizadas como con pacientes reales, fueron valoradas utilizando la Escala de Valoración de la Entrevista Motivacional (EVEM)⁸⁹. Al tratarse de un trabajo de investigación paralelo, no se ofrecerán datos sobre los resultados más que cuando sea estrictamente necesario para la comprensión del presente trabajo de investigación.

1.4 La construcción y validación de cuestionarios

Un instrumento de valoración de un método clínico, como lo es en este caso la Entrevista Motivacional, debe de estar bien construido, así como demostrar que es consistente, válido, fiable y práctico.

Su finalidad es la de discriminar, de entre un número determinado de encuentros clínicos, aquellos donde se ha utilizado el método -y en qué grado- y aquellos donde no se ha utilizado.

El riguroso proceso de validación del instrumento, según lo define Messick, es un juicio evaluativo del grado en el que la evidencia empírica y los razonamientos y principios teóricos avalan que las inferencias y las acciones basadas en las puntuaciones del test u otras formas de medición son adecuadas y apropiadas⁹⁰.

La validación es, pues, un proceso continuo de acumulación de evidencias que permiten interpretar los resultados del cuestionario, por lo que no tiene un final formal⁹¹.

Existen numerosas publicaciones en la literatura internacional sobre validación de cuestionarios. De todas ellas, por su relevancia e impacto, destaca en el ámbito internacional la obra ya clásica de Streiner y Norman⁹², la cual sirvió de guía en todo el proceso de validación del presente trabajo de investigación. Según estos autores, las distintas fases de la construcción y validación de un test son las siguientes:

- Justificación del estudio y delimitación conceptual del constructo a evaluar.
- Construcción y evaluación cualitativa de la escala.
- Refinamiento de la escala (análisis estadístico de los ítems).
- Estudio de la dimensionalidad del instrumento (análisis factorial).
- Estimación de la fiabilidad.
- Obtención de la validez externa del instrumento.

A esta lista, Kraan et al. y Pendleton et al., añaden dos atributos no psicométricos ni medibles empíricamente, como con la *aplicabilidad*⁹³ y la *aceptabilidad*⁹⁴.

Argimón y Jiménez ⁹⁵, a su vez, añaden otra propiedad aplicable a cuestionarios dirigidos a poblaciones susceptibles de intervenciones, como es la *sensibilidad al cambio*.

Por último, cuando una escala se utiliza en multitud de contextos y situaciones clínicas distintas, es interesante conocer su *adaptabilidad y universalidad*⁹⁶.

Se pasa a definir, siguiendo este esquema y de forma detallada, los pasos anteriores.

1.4.1. Justificación del estudio y delimitación conceptual del constructo a evaluar

La justificación del estudio representa el argumentario del por qué de la escala de medida, de qué aportaría la escala en el caso de que ya existieran instrumentos de medida del mismo constructo. En definitiva, cuáles son las condiciones que hacen que la investigación sea pertinente y viable.

Para ello sería deseable responder a las siguientes preguntas:

- **¿Qué se quiere evaluar?**

Esto es, qué modelo teórico subyace a la escala y qué tipo de información se tendrá en cuenta.

- **¿A quién se quiere estudiar?**

En el proceso de construcción de la escala, qué ítems se considerarán, cómo se redactarán, qué muestra se seleccionará, etc.

- **¿Para qué evaluar? ¿Para qué van a usarse las puntuaciones del test?** La finalidad del instrumento de medida a validar va a influir en los requerimientos de fiabilidad de la escala y en el proceso de selección de ítems.

La delimitación del constructo a evaluar debe realizarse siempre de una forma cuidadosa. El constructo se define como el concepto, atributo o variable que es objeto de la medición pero que, al ser abstracto, no puede ser observado directamente ^{92, 97}.

Un constructo bien delimitado, diferenciado y preciso dotará de mayor validez al instrumento.

Para poder definir el constructo es necesario revisar cómo otros investigadores se han aproximado al mismo problema y cómo lo han conceptualizado, ya se trate del mismo constructo o de constructos similares⁹⁸. Asimismo, el juicio de expertos en el tema aplicando metodologías de trabajo cualitativo (grupos focales, técnicas de generación de consenso, etc.) podría ser una buena manera de realizar una adecuada definición de la variable de estudio⁹⁹.

1.4.2 Construcción y evaluación cualitativa de la escala

El paso siguiente a la definición del constructo que medirá la escala es la elaboración del conjunto de preguntas o ítems que compondrán el cuestionario. Dichos ítems son la concreción operativa de los componentes que se desea evaluar y sus categorías de respuesta en función de criterios de adhesión, de intensidad o temporales⁹⁹.

La creación de ítems generalmente se nutre de los trabajos previos identificados en la fase de revisión de la literatura, añadiéndole otros nuevos ítems definidos por el grupo investigador o los aportados por un grupo de expertos¹⁰⁰.

El principal objetivo de esta fase es conseguir una muestra de ítems que potencialmente resulten relevantes para cada una de las dimensiones del constructo.

El cumplimiento de este objetivo implicará que todas las áreas del constructo queden bien representadas en la escala final. Con la misma finalidad, es recomendable que el número de ítems relativos a cada área de contenido sea proporcional a la importancia de ese contenido en el constructo a estudio^{98, 99}. En el redactado de los ítems es necesario atender, a la hora de enunciar y construir los ítems, a su contenido, formato, estilo, enunciado, extensión y su secuenciación dentro de la estructura del cuestionario, según diversas revisiones que resumen las principales recomendaciones aceptadas internacionalmente^{101, 102}.

Después de la elaboración del primer borrador de escala, éste debe de someterse al juicio de un mínimo de tres expertos para la realización de una valoración cualitativa. Se obtendrá a partir de ellos las siguientes cualidades:

- **Validez aparente**

Hace referencia a si a primera vista el instrumento parece medir la cualidad a estudio. Dicho de otro modo, si responde a la pregunta “¿Parecen medir los ítems lo que realmente miden?”. En ausencia de una demostración empírica sobre su validez, una respuesta afirmativa a tal pregunta indica que el instrumento tiene validez aparente ^{99, 100, 103, 104}.

- **Validez de contenido**

Es el juicio cualitativo sobre si el instrumento muestra todos los contenidos relevantes del constructo a estudio ⁹². En este sentido, si una escala pretende medir las habilidades que se ponen de manifiesto en la aplicación de un método clínico, debe de contener ítems que midan todos los aspectos de ese método clínico. Poniendo como ejemplo este estudio, si se pretende medir las habilidades en Entrevista Motivacional, se deberán de tener en cuenta la escucha reflexiva, los sumarios, la validación o las preguntas abiertas, sin descuidar ninguna de ellas.

- **Validez de consenso**

Este tipo de validez se consigue al obtener el feedback de los expertos y conseguir un acuerdo sobre los contenidos del instrumento.

Se realiza a partir de la cuantificación en una escala ordinal de entre 5 y 7 puntos, valorando la pertinencia e importancia de cada uno de los ítems ⁹⁷.

Como consecuencia de la evaluación de los expertos, la escala sufre una serie de modificaciones no sólo en el enunciado de sus ítems, sino en su número, orden y proporción.

1.4.3 Refinamiento de la escala (análisis estadístico de los ítems)

En esta fase se deben llevar a cabo análisis métricos de las propiedades de los ítems del instrumento. Para ello, se debe aplicar a una muestra de participantes de

características similares a la de la población diana (pilotaje)^{99, 104}. El principal objetivo de este proceso es, además de servir para el análisis estadístico de los ítems, tratar de detectar errores en el formato del instrumento, identificar dificultades en la comprensión de las variables o de las instrucciones de administración del test (y con ello, la reducción de la probabilidad de incurrir en sesgos de información), y modificar los ítems más problemáticos.

Respecto al análisis estadístico de los ítems, éste se lleva a cabo con el objetivo de realizar un proceso de criba, seleccionándose las variables que estadísticamente puedan aportar mayor información. Interesa, primero, que los ítems de la herramienta tengan alta capacidad discriminante. Así se aseguraría que los ítems incluidos en la escala van a poder poner de manifiesto las diferencias entre individuos allá donde existan.

Esto se conseguiría calculando la tasa de endose, que es la proporción de personas que responden a cada una de las posibles opciones de un ítem^{99, 104}. Otros análisis métricos a tener en cuenta son el cálculo de la correlación entre la puntuación del ítem y la total omitiendo dicho ítem (correlación ítem-total), y el del coeficiente α (alfa) de Cronbach, que daría una imagen del grado de consistencia interna u homogeneidad de la escala^{92, 99}.

No obstante, como señalan Carretero-Dios y Pérez, la decisión de eliminar o conservar un ítem debe estar basada en una valoración conjunta de todos los índices estadísticos, junto con la consideración de los aspectos conceptuales que motivaron la creación de éste⁹⁹.

1.4.4 Estudio de la dimensionalidad del instrumento (análisis factorial)

Una vez el pool de los ítems seleccionados ha pasado filtros teóricos y estadísticos, corresponde determinar si éstos se agrupan tal y como teóricamente se había predicho. Para ello, es preciso explorar la estructura interna de la escala, o lo que es lo mismo, evaluar el grado en el que los ítems conforman el constructo que se quiere medir y sobre el que se basan las interpretaciones⁹⁹. A esto se le conoce como la evaluación de la *dimensionalidad* de la escala, y el método estadístico más

comúnmente empleado para ello es el análisis de los factores. Este análisis calcula la cantidad (generalmente expresada en porcentaje) que el factor o factores identificados representan en el total del modelo teórico propuesto^{97, 105, 106}.

Existen dos modalidades de análisis factorial. El más utilizado, probablemente, es el exploratorio. Se trata de un procedimiento de análisis multivariante que estudia e interpreta las correlaciones existentes entre un grupo de variables, partiendo de la hipótesis de que dichas correlaciones no son aleatorias, sino que se deben a la existencia de factores comunes entre ellas. Esta técnica implica una serie de etapas: primero se extraen, a partir de cálculos estadísticos, una serie de factores que subyacen del constructo teórico en el que se basa la escala; después se deciden qué componentes son los más importantes y por último se los somete a un proceso de rotación para obtener datos interpretables^{105, 107}.

En el análisis factorial confirmatorio, por el contrario, el investigador tiene ya formuladas hipótesis previas concretas sobre la relación entre las dimensiones latentes del constructo. Lo que se pretende con este análisis es contrastar estas hipótesis, lo cual conduce a la confirmación o no de que el modelo inicial se corresponde con el teórico^{99, 108}.

Algunos autores coinciden en señalar que aunque el análisis factorial provee de datos acerca de la relevancia de los dominios de la escala, juega un papel limitado en el proceso de validación de cuestionarios ya que no aporta evidencia directa sobre las inferencias a realizar de los resultados del test, para lo cual se precisa demostrar en el test otros tipos de validez, como la de constructo o la convergencia con otras herramientas^{90, 91}.

1.4.5 Estimación de la fiabilidad

La fiabilidad viene determinada por la demostración de la capacidad del instrumento de medir de forma reproducible y consistente. Tomando de nuevo como referentes a Streiner y Norman, existen dos modos de medir la fiabilidad del instrumento: la *consistencia interna* y la *reproducibilidad* de la escala⁹².

La consistencia interna es una medida del grado de cohesión o correlación entre los determinados ítems de una escala. Respondería a la cuestión de si todas las variables de un instrumento miden el mismo constructo o la misma variable. Es necesario tener en cuenta que una alta consistencia interna podría estar indicando que todos los ítems de la escala miden prácticamente lo mismo, y por tanto serían redundantes en su cometido de representar a todos los elementos de un constructo, por lo que se exige prudencia en la interpretación de los resultados.

Se calcularía con el coeficiente α de Cronbach o con la correlación ítem-total^{92, 99, 103}.

La estabilidad o reproducibilidad de una escala es el grado de confianza que da el resultado de la medición realizada con el instrumento en diferentes condiciones de medida. Por tanto, se considera que no es en sí una propiedad del instrumento de medida, sino que cualquier medida tendría un determinado grado de fiabilidad si se aplica a cierta población bajo similares circunstancias, y posiblemente distinta si cambian las condiciones de medición¹⁰⁰.

En un estudio de validación es imprescindible comprobar dos tipos de reproducibilidad: la intraobservador y la interobservador.

La *concordancia intraobservador* mide la variación que ocurre en un observador como resultado de múltiples observaciones, o dicho de otro modo, se refiere a si un mismo observador evaluará la misma entrevista de la misma forma en distintas situaciones o bien en diferentes periodos de tiempo. Esto último es conocido también como test-retest. Si el intervalo de tiempo fuese demasiado corto llevaría a introducir un sesgo de memoria que tendería a sobreestimar el valor de la reproducibilidad del instrumento; un intervalo demasiado largo, sin embargo, podría hacer que aquello que se pretende medir haya cambiado y por tanto aumentaría la variabilidad de forma artificial¹⁰⁴.

La *concordancia interobservador*, por el contrario, mide la variación que ocurre entre diferentes observadores al medir un mismo individuo, o siguiendo el caso de mediciones de entrevistas clínicas, se referiría a si dos o más observadores independientes darán la misma evaluación a la misma entrevista^{92, 100, 104}.

Existen varias maneras de calcular la estabilidad de una escala, según se trate de variables cualitativas o cuantitativas.

Para el caso de las cualitativas, el más simple es el índice de concordancia global o simple, que da el porcentaje de respuestas idénticas entre los observadores, pero hay que tener en cuenta que este indicador no tiene en cuenta la variabilidad debida al azar, por lo que suele sobreestimar la fiabilidad. Sin embargo, el estadístico κ (Kappa) de Cohen sí lo tiene en cuenta, expresando el grado de acuerdo o concordancia que es observado entre el grado en que podría ser esperado por el azar. Se utiliza para variables nominales, mientras que el κ ponderado es ideal para variables categóricas ordinales.

Para variables cuantitativas, se tiene tanto el Coeficiente de Correlación Intraclase (CCI) como el coeficiente de correlación de Pearson. En realidad, el coeficiente κ ponderado y el de correlación intraclase adquieren valores íntimamente correlacionados ¹⁰⁹.

El coeficiente de Pearson daría una medida del grado en que dos observaciones de un grupo de individuos se ajustan a una línea recta, sin tener en cuenta el error sistemático entre dos mediciones. Por tanto, sería una medida inapropiada de fiabilidad, al sobreestimar la estabilidad de la herramienta de medida ^{92, 100, 104, 110}.

Es prácticamente imposible evaluar la variabilidad de las mediciones, porque siempre existirá la intervención del azar. Pero lo que sí es posible es reducir las fuentes de error, aumentando con ello la fiabilidad. Esto se puede conseguir repitiendo las mediciones, mejorando el diseño de la prueba, estableciendo criterios muy precisos para mejorar la objetividad de las mediciones, aumentando el número de ítems de la escala, empleando varios observadores y usando la media de sus puntuaciones, entrenando a todos los medidores de una manera estándar, eliminando observadores con valoraciones extremas comparadas con el resto de sus compañeros o incluso dejando la tarea de realizar la recogida de datos a un único observador ^{92, 100, 110}.

Una sofisticada y elegante medida de la fiabilidad es el análisis de la generalizabilidad. Aplicando la teoría de la generalizabilidad, se estima el valor de un coeficiente utilizando el ANOVA y estimando los componentes de la varianza. A partir de ahí se consigue crear un modelo que integra por un lado la fiabilidad de los observadores y por otro los casos o mediciones realizadas, lo cual permite proyectar la fiabilidad

desde el número real de casos utilizados hasta otras hipotéticas condiciones de medición con diferentes muestras.

En definitiva, esta teoría permite conocer cuántas observaciones sería necesario realizar para conseguir un grado de fiabilidad aceptable^{93, 94, 111, 112, 113, 114}.

Aunque no existe consenso generalizado, se recomienda habitualmente que el rango de entrevistas a valorar para alcanzar una fiabilidad adecuada esté entre 12 y 15, siendo más bajo a menor número de ítems⁹³. El análisis de la generalizabilidad, en realidad, no deja de ser un indicador de la eficiencia de una escala¹¹⁵, ya que si el número necesario de observaciones a realizar por un investigador para conseguir un grado de fiabilidad aceptable es excesivamente alto, limitaría mucho su aplicabilidad y dejaría de ser rentable su uso en la práctica.

1.4.6 Validez externa del instrumento

Como aseguran Carretero-Dios y Pérez, aunque un constructo haya podido ser definido cuidadosamente en las primeras etapas teóricas, y aunque esa definición haya sido finalmente respaldada empíricamente a través de unos ítems concretos, en modo alguno puede entenderse que las puntuaciones que puedan obtener con esa escala son indicativas de dicho constructo o que puedan usarse para el objetivo inicialmente planteado. Para llegar a esta conclusión es necesario obtener las pertinentes evidencia externas de validez⁹⁹. Estas pruebas serían la *validez de criterio* y la *validez de constructo*.

• Validez de criterio

La validez de criterio se comprueba comparando la relación entre dos instrumentos diferentes: uno, el que está siendo validado y otro, que es aceptado y usado generalmente en el campo de estudio como patrón de referencia o bien que ya tiene establecidas las pruebas que documentan su validez^{92, 94}. Ambos teóricamente miden el mismo criterio, y a través de este proceso se debe comprobar empíricamente si efectivamente eso es así.

A su vez, la validez de criterio se divide en dos tipos según el momento de administración de los dos cuestionarios:

- a) *Validez concurrente*: La administración de ambos test se realiza al mismo tiempo⁹².
- b) *Validez predictiva*: Ahora, el criterio a comparar no estará disponible hasta un determinado momento del tiempo situado en el futuro. Con la validez predictiva se valora la capacidad de una herramienta para predecir o detectar los resultados esperados. En el caso de este trabajo de investigación, el instrumento tendrá validez predictiva si detecta, tras una intervención formativa en Entrevista Motivacional, variaciones entre los profesionales que han recibido la formación y los que no la han recibido, ya que los primeros ponen en juego sus habilidades, que son lo que mide la escala.

. Validez de constructo

Cuando se comprueba la validez de constructo de una escala, se estaría midiendo la relación entre el atributo medido por el instrumento con otros atributos, partiendo de una hipótesis. Por ejemplo, en un estudio se desea conocer la relación entre los resultados de un cuestionario que mide el atributo “muestra empatía” con otro atributo que hipotéticamente se cree relacionado con él, como es la satisfacción del paciente. Normalmente esta hipótesis explorará las diferencias entre dos o más poblaciones de las que se espera presenten diferente proporción de una determinada propiedad medida por un instrumento dado. Siguiendo el anterior ejemplo, la hipótesis previa sería que los médicos que más capacidad presentan de mostrar empatía producen mayor satisfacción en sus pacientes cuando se compara con los pacientes de médicos que no muestran empatía. Luego, se prueba este hipotético constructo aplicando el cuestionario en una muestra apropiada. En el mismo ejemplo, se utiliza un determinado cuestionario para medir el grado en el que una población de médicos tiene la capacidad de mostrar empatía. Si la relación esperada se confirma, la hipótesis y la medida son válidas; si por el contrario no se encuentra relación, el fallo puede estribar en una hipótesis inadecuada o en un cuestionario deficientes⁹². Así, el cuestionario en cuestión tendría validez de constructo si se consigue demostrar que los pacientes más satisfechos son los de los médicos que el instrumento ha conseguido identificar como más “empáticos”^{94, 116}.

A continuación se hacen algunas consideraciones sobre analogías y diferencias con la validez de criterio:

. El “criterio” lo establece la existencia de un patrón de referencia, y por tanto la validez de criterio está condicionada por la comparación del nuevo instrumento con el de referencia.

. Mientras que la validez de criterio se puede establecer con uno o dos estudios, la demostración de la validez de constructo es un proceso continuo en el que cada nuevo estudio añade pruebas sobre su validez, por lo que no tiene un final formal.

. La validez de constructo pone a prueba tanto la validez de la prueba como su teoría, por lo que si un estudio no encuentra relación entre ambas variables, el fallo puede estar tanto en la escala en sí como en la hipótesis en que se basa el estudio^{92, 94, 100}.

La demostración de la validez de constructo es, probablemente, el mayor reto con el que se encuentran los investigadores ante el proceso de validación de una escala, y la propiedad psicométrica más difícil y costosa de demostrar^{94, 104}.

Existen varias formas de establecer la validez de constructo de un instrumento de medida. Entre ellas, las más utilizadas son la *convergente* y *divergente*.

a) **Validez convergente**

La validez convergente queda definida por el grado en que la nueva escala se correlaciona con otras variables u otras medidas del mismo constructo con las que debiera de estar relacionado^{92, 100}. Por ejemplo, se podría determinar si existe correlación entre una herramienta que mide el grado de empatía que desarrolla un profesional en la consulta y un cuestionario genérico de valoración de la comunicación clínica.

b) **Validez divergente o discriminante**

La validez divergente trata de demostrar que el instrumento a validar no se correlaciona con variables que a priori se conoce que teóricamente guardan relación con el concepto que se estudia. Por ejemplo, si se sabe que el grado de conocimientos de un profesional sobre terapia de deshabituación alcohólica no guarda relación con un mejor desarrollo de las habilidades de Entrevista Motivacional en el tratamiento de pacientes con consumo excesivo de alcohol, la puntuación de un

profesional en una escala que mida lo primero no debe de relacionarse con la puntuación en una escala que mida lo segundo.

1.4.7. Otros atributos de la escala

Al margen de criterios teóricos o estadísticos, una escala debe demostrar que es asequible y práctica. Esto se conoce como *factibilidad* o *aplicabilidad*.

Respondería a la pregunta de si el instrumento puede utilizarse en condiciones de aplicación reales y si la prueba o evaluación se puede organizar porque se disponga de recursos técnicos, humanos y económicos. Lógicamente, esto no se mide estadísticamente, sino por criterios de “pragmatismo”. Principalmente, tiene que ver con el método de obtención de la muestra a evaluar (reclutamiento de pacientes y profesionales sanitarios, registro de la consulta), reclutamiento y entrenamiento de los evaluadores en el uso de la escala, la manejabilidad del cuestionario, la facilidad en su uso y aprendizaje, el tiempo preciso en su aplicación, etc ^{93, 116, 117, 118}. Además, tiene en cuenta la inversión y el coste en recursos humanos, materiales y económicos que requiere para su utilización. Un grupo de ocho expertos en comunicación clínica norteamericanos resumieron todas estas propiedades sobre la factibilidad de los instrumentos de medición de la relación clínica en tres dimensiones esenciales ¹¹⁷:

- Claridad en los criterios o ítems de la herramienta.
- Tiempo necesario para recoger los resultados.
- Necesidad de entrenamiento en el uso de la escala.

Además, las herramientas de medición deben tener la cualidad de ser aceptada por todos los actores implicados (*aceptabilidad*): el individuo medido, el medidor y los pacientes ⁹⁴. El que sea medido debe estar convencido de los méritos del método en cuestión antes de aceptar el reto de que le sea aplicado. El medidor debe no sólo entender y saber manejar el instrumento, sino aceptarlo para no cometer sesgos en su uso. Y el paciente, eje central de la consulta, debe estar informado en todo momento de cómo y para qué se va a utilizar el instrumento.

Otro atributo estadístico a tener en cuenta es la *sensibilidad al cambio*, que alude a la capacidad de la gradación métrica de una escala para detectar cambios en un estado, independientemente de la relevancia o significado a nivel práctico que pueda tener a la hora de tomar decisiones^{92, 118, 119}.

Esta cualidad del instrumento se pone en juego en estudios donde se prevén cambios producidos por intervenciones más o menos controladas (como podría ser un ensayo clínico, por ejemplo), siendo entonces el cuestionario una herramienta que se utiliza como variable de medida de la respuesta. Por ejemplo, en un estudio de intervención formativa, se trataría de si la escala es capaz de detectar cambios estadísticamente significativos en las habilidades, conductas y actitudes de los profesionales.

Por último, algunos cuestionarios tienen la propiedad de ser flexibles en cuanto a que pueden ser aplicables en diferentes ámbitos, contextos y situaciones clínicas distintas^{96, 120}. Para poder demostrar la *universalidad* de una escala, es necesario que se haya diseñado, construido y validado adecuadamente con la finalidad de ser utilizado en condiciones reales en un amplio abanico de circunstancias.

1.5. Instrumentos de valoración de la Entrevista Motivacional

En la segunda edición del libro *La Entrevista Motivacional*, Burke ¹²¹ 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 ¹²². Dicho de otro modo, qué era más importante, 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 ¹²³.

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, requisito previo a la justificación del por qué de esta investigación.

1.5.1. **Motivational Interviewing Skills Code (MISC). El código de habilidades en Entrevista Motivacional**

El MISC fue originariamente desarrollado en 1997⁶⁸ 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

El MISC se compone de 3 métodos o fases para evaluar al terapeuta y al cliente:

- . **Puntuaciones globales**
- . **Contabilización de conductas**
- . **Tiempo de habla***

*En la versión 1.0 se contabilizaba el tiempo de habla de terapeuta y cliente. En la última versión hasta la fecha (la 2.1), se descarta esta opción por no ser coste-efectiva. Los autores emplazan a hacerlo a quien lo desee, recalcando que la concordancia interobservador suele ser alta (generalmente >0,95).

Las puntuaciones globales del terapeuta se detallan según una escala de Likert 1-7, y son las siguientes:

- . **Aceptación**
- . **Empatía**
- . **Espíritu** (incluyendo *Colaboración, Evocación y Apoyo a la Autonomía*)

La puntuación global del cliente se realiza sobre la categoría de **Auto-exploración** (también en una escala Likert 1-7), y que incluye problemas personales, autodescripciones íntimas, revelaciones privadas que pueden poner al cliente en situación de vulnerabilidad frente al terapeuta, valores personales u opciones vitales, expresión de sentimientos, roles personales o percepciones en las relaciones interpersonales y percepción de autoeficacia.

La contabilización de conductas del terapeuta comprende la siguientes:

1. **Consejo** (con o sin permiso)
2. **Validación**
3. **Confrontación**
4. **Redirección**
5. **Énfasis sobre el control**
6. **Facilitación**
7. **Rellenos** (comentarios de cortesía no codificables en otra categoría)
8. **Ofrecer información**
9. **Preguntas** (abiertas o cerradas)
10. **Preocupación** (con o sin permiso)
11. **Reflexión** (simple o compleja)
12. **Reformulación**
13. **Apoyo**
14. **Estructuración**
15. **Aviso**

La contabilización de conductas del cliente se basa en el análisis del discurso, que comprende las siguientes categorías*:

1. **Motivos** (*Deseo, Habilidades o Necesidades*)
2. **Otros**
3. **Primeros pasos**
4. **Compromiso**
5. **Seguimiento/neutralidad**

*A su vez, esas categorías se pueden cualificar como altas, medias o bajas en cuanto a su puntuación.

Con todo ello se construyen los indicadores sumario:

1. **Ratio de Reflexiones/preguntas**
2. **Porcentaje de preguntas abiertas** sobre el total de preguntas
3. **Porcentaje de reflexiones complejas** sobre el total de reflexiones
4. **Respuestas consistentes** con la Entrevista Motivacional (**MICO**): Consejo con permiso, validación, énfasis sobre el control, preguntas abiertas, reflexiones, reformulaciones y apoyo.
5. **Respuestas inconsistentes** con la Entrevista Motivacional (**MIIN**): Consejo sin permiso, confrontación, redirección, preocupación sin permiso, advertencia.
6. **Porcentaje de respuestas consistentes (MICO)** sobre el total de respuestas (MICO + MIIN).
7. **Porcentaje de *Discurso de Cambio* del cliente**, donde el numerador es el lenguaje de compromiso y el denominador la suma del lenguaje de compromiso y las respuestas de negativa al compromiso.

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).

1.5.2. 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?”¹²⁴

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.

La MITI, como el MISC, tiene los dos componentes de puntuaciones globales y contabilización de conductas.

Las puntuaciones globales, en escala Likert 1-5, son:

1. Evocación
2. Colaboración
3. Apoyo a la Autonomía
4. Dirección
5. Empatía

Por lo que respecta a la contabilización de conductas, la MITI incluye:

1. Dar información
2. Comportamientos consistentes con la Entrevista motivacional (MI Adherent o MiA): pedir permiso antes de dar un consejo, validar, enfatizar el control del cliente, apoyar y facilitar.
3. Comportamientos inconsistentes con la Entrevista Motivacional (MI Nonadherent o MiNa): dar consejo sin pedir permiso, confrontar y redirigir
4. Preguntas
5. Reflexiones

Los indicadores sumario de la MITI son los siguientes:

1. Espíritu global (Evocación + Colaboración + Apoyo a la Autonomía / 3)
2. Porcentaje de reflexiones complejas sobre el total de reflexiones
3. Ratio reflexión/pregunta: número total de reflexiones / número total de preguntas
4. Porcentaje de comportamientos consistentes con la Entrevista Motivacional: MiA / (MiA + MiNa)

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 conversación ²⁶.

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.

1.5.3. 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*¹²⁵, 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*²⁷, 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. ¹²⁵, en 6 años ya se tenían datos de fiabilidad del BECCI ⁶¹, 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 ^{126, 127}:

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, sumarización, 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 GATHA ¹²⁸ o el CICAA ¹²⁹.

Como parte del presente trabajo de investigación se consideró oportuno traducir el formulario y el manual del BECCI al castellano, con la supervisión del filólogo Javier Turrado (ver anexos 1 y 2). Asimismo, se realizó una retrotraducción, gracias a la colaboración de la psicóloga Patricia Juárez, que hizo de nuevo la traducción del castellano al inglés, y de la autora del trabajo, Claire Lane, quien supervisó la validez de la traducción. Ambos trabajos están publicados como material y son de libre acceso en la web de MINT ^{130, 131}. Este trabajo de traducción tuvo el objetivo de disponer de una versión adaptada al castellano para poder proceder al análisis de la validez convergente, pero no de validar la escala al castellano, como se detallará más adelante.

1.5.4. Otras escalas

Existen escalas como el **SCOPE** ¹³² o el **MITS** ¹³³, que evalúan aspectos ya más concretos de la Entrevista Motivacional y que no son objeto de estudio de este trabajo de investigación.

Asimismo, otras escalas como el **VASE-R**¹³⁴ o la **MIA-STEP**¹³⁵ están diseñadas para proporcionar feedback a los clínicos.

Finalmente, es necesario citar aquí otra escala, el **One-Pass Coding System**^{136, 137, 138}, que también parece orientada a evaluar a médicos generalistas y se acerca más al marco conceptual de este estudio que otras escalas. No obstante, se dispone de poca información acerca de la escala, y su uso en ensayos clínicos a fecha de hoy es muy reducido, por lo que no se ha tenido en consideración en el presente apartado.

2. Justificación

Existen diferentes escalas de medida de la Entrevista Motivacional. En el apartado 1.5 se han descrito de manera sucinta, con sus virtudes y defectos.

Asimismo, en el apartado 1.2 se ha tenido en consideración la relación de la Entrevista Motivacional con la Atención Primaria de Salud en España, y se ha puesto de manifiesto la necesidad de disponer de una herramienta de evaluación del método en este entorno.

A continuación se exponen los motivos que justifican el presente trabajo de investigación, esto es, la necesidad de creación y validación de un nuevo instrumento de medida.

La decisión se basa en 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 reflexivas a lo largo de una conversación, pero de gran complejidad y en un momento clave, que generen 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 del presente estudio cuenta 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 hace 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 marca la utilización de las estrategias de la Entrevista Motivacional y la actitud coherente con el método por parte de los profesionales. Esta propuesta se basa, a su vez, en la ausencia de herramientas que valoren la influencia de los aspectos de la comunicación no verbal en la aplicación de la Entrevista Motivacional.

Teniendo en cuenta esas consideraciones, pues, se decidió que las escalas disponibles no eran de aplicación en los encuentros que se iban a evaluar -consultas sobre cambios de estilo de vida en un entorno de APS- y se descartó la aplicación de las mismas por los siguientes motivos:

. MISC. Por su complejidad de ejecución, la evaluación cuantitativa de las habilidades mostradas por el profesional y la falta de atención a los aspectos relacionados con el paralenguaje y la comunicación no verbal. Asimismo, por no disponer de una versión traducida y validada en castellano y en un entorno de APS.

. MITI. Por no disponer de una versión traducida y validada en castellano y en un entorno de APS, porque a pesar de tratarse de una escala de aplicación mucho más sencilla que el MISC, el coste en el entrenamiento no era desdeñable, y por la falta de evaluación cualitativa de las habilidades mostradas por el profesional y la falta de atención a los aspectos relacionados con el paralenguaje y la comunicación no verbal. Asimismo, porque es una escala diseñada para la evaluación de audiograbaciones.

. BECCI. A pesar de los esfuerzos en profundizar en esta escala y de obtener una traducción-retrotraducción validada por su autora, asumiendo que el entorno en el que se diseñó es muy parecido al de la APS en España, se descartó por no recoger

algunos de los elementos clave de la Entrevista Motivacional, pues parte de un constructo teórico similar pero no superponible.

Por último, ninguna de las 3 escalas contempla 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 contempla ese proceso.

3. Objetivos

3.1. Construir y comprobar la validez cualitativa de la escala.

- Elaborar y seleccionar los ítems de la escala a partir del modelo teórico, y realizar una propuesta inicial de cuestionario que valore la Entrevista Motivacional mantenida entre un profesional sanitario y un paciente con riesgo cardiovascular.
- Realizar una validación cualitativa a través de la opinión de expertos: validez aparente, de consenso y de contenido.

3.2. Analizar las propiedades psicométricas y atributos de la escala.

- Comprobar la fiabilidad del cuestionario:
 - En términos de reproducibilidad y estabilidad (concordancia intraobservador en evaluadores entrenados y en un experto, fiabilidad interobservador entre un experto y dos observadores entrenados y entre los dos observadores entrenados).
 - En cuanto al grado de homogeneidad (consistencia interna) de la escala y en las diferentes submuestras e investigadores del estudio.
- Estudiar la dimensionalidad de la escala (análisis factorial).
- Valorar la generalizabilidad de la fiabilidad.
- Valorar la factibilidad del instrumento.
- Refinar el contenido de la escala (tasa de endose, correlación ítem-total, fiabilidad).
- Comprobar la validez convergente con el cuestionario BECCI.
- Determinar la sensibilidad al cambio del instrumento.

4. Material y Métodos

4.1. **Diseño**

Estudio cualitativo (primera fase: opinión de expertos, técnica Delphi) y cuantitativo (segunda fase: observacional descriptivo, multicéntrico) de validación de un cuestionario como instrumento de medida.

4.2. **Ámbito del estudio**

Consultas clínicas de 27 Centros de Salud del Sistema Nacional de Salud ubicados en Galicia, Andalucía, Cataluña y Extremadura.

4.3. **Fases y desarrollo del estudio**

El presente trabajo comprende 6 etapas, que se describen por orden cronológico.

- *Fase 1.*

2007. Se crea la escala CICAA-M0 a partir del cuestionario CICAA-Estándar y se modifica pertinentemente en base al constructo teórico, criterios de operatividad y especificidad, obteniendo la escala CICAA-M1. Ver anexos 1-3.

- *Fase 2.*

2007 - 2008. Se crea un panel de expertos y mediante Metodología Delphi ¹³⁹, en 3 rondas, se obtiene el CICAA-M1M, que tiene validez aparente, de consenso y de contenido. Ver anexo 4.

- *Fase 3.*

2008 - 2011. Dos expertos en Entrevista Motivacional modifican progresivamente la escala en base a criterios de operatividad (EVEM 1.0 al 1.2, en anexos 5-7), definen los criterios de valoración de los ítems (primer manual) y pilotan la escala con submuestras del estudio Dislip-EM. Se obtienen los primeros datos de concordancia interobservador (agosto de 2011).

De manera paralela se analiza la validez convergente con el BECCI* en 2010, con la versión 1.0 de la escala.

- *Fase 4.*

2011 - 2012. A partir de los primeros resultados se proponen nuevas modificaciones en la escala y se obtiene el EVEM 1.3 (ver anexo 8) y su manual. Se hacen nuevos análisis de concordancia (agosto 2012).

- *Fase 5.*

2012 - 2013. Se procede a entrenar a dos observadores, expertos en EM, y se analizan los primeros resultados de concordancia interobservador con el observador entrenado (enero de 2013). Se proponen cambios en la escala, obteniendo el EVEM 1.4 (ver anexo 9) y su manual.

- *Fase 6.*

2013 - 2014. Se analizan las propiedades psicométricas y atributos de la escala con 332 entrevistas del estudio Dislip-Em. Se obtienen la escala 2.0 (ver anexo 10) y el manual definitivo. De forma paralela se estudia la generalizabilidad con otra submuestra de observadores entrenados.

4.4. Población de estudio, criterios de selección, técnicas de muestreo empleadas y tamaño muestral.

- *Fase 1. Construcción de la escala.*

En la construcción de la escala base y en la primera criba de ítems (CICAA-M0 y CICAA-M1) participaron 4 expertos en Relación Clínica y Comunicación Asistencial.

- *Fase 2. Validación cualitativa de la escala.*

En la validación cualitativa participaron dos investigadores, que actuaron como moderadores y coordinadores de un panel de expertos en Relación Clínica y Comunicación Asistencial.

Criterios de selección.

Los participantes fueron seleccionados según un muestreo de tipo nominal o teorémico, seleccionando a los sujetos en función de su relación con el fenómeno a estudio y siguiendo criterios de pertinencia ^{140, 141}. Los criterios de selección incluían los siguientes:

- Desempeñar su trabajo en distintos ámbitos. Aunque la mayoría de los participantes fueron médicos de familia, también se incluyó la opinión de un psiquiatra.
- Acreditar experiencia o formación en el campo de la investigación y/o docencia y/o asistencia en Relación Clínica y la Comunicación Asistencial.
- Pertenecer a Asociaciones Científicas como el Grupo-Programa Comunicación y Salud de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria.
- Aquellos con mayor conocimiento y experiencia en Entrevista Motivacional en un medio de APS.

Tamaño muestral y técnicas de muestreo empleadas.

El número de sujetos necesario estaba condicionado a alcanzar el principio de saturación (donde la inclusión de nuevos sujetos no aporta nueva información) ¹⁴¹, debiendo ser en cualquier caso superior a tres ⁹⁹. Las experiencias anteriores con el GATHA ¹⁴² y el CICAA ¹²⁹ los situaban entre 5 y 15 expertos. . El Delphi constó de 3 rondas. La relación de expertos elegidos y que participaron en la primera ronda fue de 12, en la segunda de 16 y en la tercera de 14.

- *Fase 3. Adecuación de la escala, construcción del primer manual y primer análisis de la validez convergente con la escala BECCI.*

Poblaciones participantes en el estudio.

En la adecuación de la escala (del EVEM 1.0 al EVEM 1.2) y en la confección del primer manual participaron dos expertos en Entrevista Clínica y Comunicación Asistencial, docentes de posgrado de Entrevista Motivacional: el Doctor Josep Maria Bosch Fontcuberta (JMBF) y el doctorando Manuel Campiñez Navarro (MCN).

En el primer análisis de validez convergente de la versión 1.0 de la escala EVEM con la escala BECCI participaron 30 profesionales (18 médicos y 12 enfermeras de APS), que fueron videograbados en una consulta con un paciente simulado. Posteriormente, y de una manera ciega e independiente, dos expertos en comunicación clínica cumplieron los cuestionarios.

- *Fase 4. Adecuación de la escala y nuevos análisis de concordancia y fiabilidad.*

Poblaciones participantes en el estudio.

La adecuación de la escala (del EVEM 1.3 al EVEM 1.4) la llevaron a cabo JMBF y MCN. El manual fue confeccionado por MCN, con la supervisión de JMBF.

El análisis de la concordancia interobservador, intraobservador y la fiabilidad de la escala lo realizó el Doctor Luis Ángel Pérula de Torres (LAPT).

- *Fase 5. Entrenamiento de los observadores y nuevos análisis de concordancia con el observador entrenado y fiabilidad. Propuesta de modificación y confección del nuevo manual.*

Poblaciones participantes en el estudio.

En el entrenamiento de los observadores participaron JMBF y MCN. Los observadores fueron dos expertos en Entrevista Clínica y Comunicación Asistencial, docentes de posgrado de Entrevista Motivacional: Juan Carlos Arboniés Ortiz (JCAO) y Jesús Manuel Novo Rodríguez (JMNR). Asimismo, los evaluadores JCAO y JMNR

participaron en las propuestas de modificación de la escala (EVEM 1.3 a EVEM 1.4). El manual fue confeccionado por MCN, con la supervisión de JMBF.

El análisis de la concordancia interobservador, intraobservador y la fiabilidad de la escala lo realizó LAPT.

• *Fase 6. Análisis de las propiedades psicométricas y atributos.*

Poblaciones participantes en el estudio.

Subpoblación 1. Pacientes estandarizados.

Se realizaron dos entrevistas con pacientes estandarizados por cada participante en el estudio al inicio en los dos grupos (Intervención y Control). Además, en el Grupo Intervención, que había recibido formación en Entrevista Motivacional, se realizaron dos entrevistas más con pacientes estandarizados después de la formación. Al final del estudio se volvieron a hacer dos entrevistas más a todos los médicos participantes con pacientes estandarizados. Resultaron un total de 236 entrevistas.

Subpoblación 2. Pacientes reales.

En el estudio Dislip-EM participaron 37 Médicos de Familia de 27 Centros de APS localizados en 4 comunidades autónomas: Andalucía, Extremadura, Cataluña y Galicia. Fueron aleatorizados a grupo control o intervención y videograbaron los encuentros clínicos con los pacientes. La muestra final de pacientes fue de 227 (107 en el Grupo Intervención y 120 en el Grupo Control). De esta muestra de pacientes se obtuvieron 96 videgrabaciones con pacientes reales susceptibles de análisis.

Los criterios de inclusión de los pacientes fueron:

- . Edad 40 - 75 años
- . Diagnosticados de dislipemia sin tratamiento farmacológico

Los criterios de exclusión de los pacientes fueron:

- . Presencia de enfermedad cardiovascular
- . Dislipemia secundaria
- . Presencia de consumo excesivo de alcohol y otras adicciones
- . Embarazo y lactancia
- . Baja médica prolongada

Los únicos requisitos de selección que se tuvieron en cuenta a la hora de escoger las entrevistas utilizadas para realizar la validación cuantitativa de la escala fueron de tipo técnico: la calidad audiovisual de las videograbaciones (excluyendo aquellas con déficit técnicos que imposibilitaran su valoración), y la disponibilidad de registro de las variables estudiadas)

La recogida de datos y la mecanización de los vídeos fue llevada a cabo por Julia Bóveda Fontan (JBF) y Nieves Barragan Brun (NBB), con la colaboración de Margarita Criado, monitora del estudio Dislip-EM.

El análisis de las propiedades psicométricas y atributos fue llevado a cabo por LAPT y MCN.

Tamaño muestral.

La unidad de muestreo era la videograbación de un encuentro clínico. De forma genérica, se ha convenido por diversos autores que el tamaño muestral adecuado para los estudios de validación de cuestionarios debe estar entre 200 y 300, o bien entre cinco y diez participantes (en este caso encuentros clínicos) por cada variable de la escala ^{92, 99, 105, 107}.

Entonces, si la última versión de la escala (EVEM 1.4), que es de la que se evaluó sus propiedades psicométricas, constaba de 15 ítems, se debería obtener un número de encuentros clínicos que oscilara entre 75 y 150. Se valoraron finalmente 332 entrevistas.

Para el cálculo de la concordancia entre observadores (que se realizó con la escala 1.3), se siguió la fórmula ideada por Norman y Streiner, que sitúan el tamaño mínimo

deseable en el resultante de la fórmula $N = 2 \times C^2$, donde C es el número de categorías de respuesta ¹⁰⁵. Así, en este caso la escala tiene tres categorías de respuesta, por lo que el tamaño mínimo deseable era de $2 \times 9=18$ entrevistas. Se valoraron finalmente 20 entrevistas.

4. 5. **Procedimientos empleados.**

- *Fase 1. Construcción de la escala.*

La construcción de la escala se realizó partiendo del modelo subyacente y a partir del análisis bibliográfico de la literatura disponible y de las evidencias científicas en Entrevista Motivacional.

Para la elaboración de los ítems se siguieron las directrices de Moreno et al. ¹⁰² y de McColl et al. ¹⁰¹ También se tuvo en cuenta la recomendación de Tamblyn et al. ¹⁴³, según la cual, siempre que sea posible, los ítems se deben construir de manera que una sola conducta sea incluida en cada ítem. Uno de los principales esfuerzos en la adecuación de los ítems fue en esta dirección.

- *Fase 2. Validación cualitativa de la escala.*

Para realizar la validación aparente y de consenso, se conformó un grupo de expertos en comunicación clínica que siguió una metodología tipo Delphi con tres rondas de trabajo a través del correo electrónico ^{144, 145}.

En la primera, se envió a los expertos la propuesta inicial del cuestionario, solicitándoles que hicieran sugerencias de modificación de redacción y de adición o eliminación de los ítems de la escala, argumentando sus decisiones.

El cuestionario resultante en esta primera evaluación cualitativa se volvió a enviar a los expertos para que ponderaran la importancia o valor de cada ítem y su representatividad en el conjunto del constructo a estudio, en una escala cualitativa

ordinal de 5 grados (1: No aporta nada; 2: Aporta poco; 3: Aportación de interés; 4: Aportación importante; 5: Imprescindible), siguiendo la metodología sugerida por Haynes et al⁹⁷.

- *Fase 3. Adecuación de la escala, construcción del primer manual y primer análisis de la validez convergente con la escala BECCI.*

Adecuación de la escala y construcción del manual.

La adecuación de la escala y la construcción del manual se llevaron a cabo de manera empírica mediante la observación de videograbaciones del archivo del Grupo-Programa Comunicación y Salud de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC) que reflejaban en mayor o menor medida la aplicación de la Entrevista Motivacional.

La observación se hizo inicialmente de manera individual, de manera que JMBF y MCN visualizaban la misma entrevista. Posteriormente visualizaban conjuntamente la entrevista para analizar las convergencias y divergencias de criterio de valoración. La valoración inicialmente era cualitativa, esto es, en qué medida el profesional cumplía con cada uno de los enunciados de los ítems siendo 0=Nada o escasamente, 1=Aceptablemente o lo suficiente y 2=Bastante o mucho.

De manera concomitante iban redactando los criterios de puntuación de cada ítem y volvían a visualizar la entrevista a posteriori para corregir los posibles defectos. Teniendo en cuenta la escasa analogía entre la escala original (el CICAA base) y la escala derivada del consenso de expertos (el CICAA-M1M), el punto de partida para el análisis de cada ítem era escaso en referencias, por lo que el acuerdo se hizo por consenso de los especialistas, siempre teniendo en cuenta la adecuación al marco teórico del que se partía, esto es, la adherencia de los ítems al constructo teórico de la Entrevista Motivacional.

A medida que se iban construyendo las variantes de la escala original (del EVEM 1.0 al 1.3) se iban introduciendo los cambios en el manual, hasta llegar a la saturación de datos.

Análisis de la validez convergente con la escala BECCI.

Se analizó la Concordancia Interobservador (Índice Kappa de Cohen, Coeficiente de Correlación Intraclase e Índice de Concordancia Simple) y la validez convergente (Coeficiente de Correlación de Spearman).

Para la interpretación del CCI, se basaron en la clasificación establecida por Jiménez¹⁴⁶. La consistencia interna de la escala se evaluó mediante el coeficiente Alpha de Cronbach.

El primer análisis de la validez convergente con la escala BECCI se realizó en 2010, con la versión 1.0 de la escala, de 22 ítems. El segundo análisis de validez convergente con la escala BECCI lo realizó el doctorando MCN en agosto de 2014 con una muestra de 20 entrevistas del estudio Dislip-EM, con la versión 2.0 de la escala.

- *Fase 4. Adecuación de la escala y nuevos análisis de concordancia y fiabilidad.*

Se siguieron los mismos procedimientos descritos en la Fase 3.

- *Fase 5. Entrenamiento de los observadores y nuevos análisis de concordancia con el observador entrenado y fiabilidad. Propuesta de modificación y confección del nuevo manual.*

Entrenamiento de los observadores.

El entrenamiento de los observadores se realizó con la escala 1.3 y su manual. Se utilizaron entrevistas procedentes del estudio Dislip-EM, tanto con pacientes estandarizados como con pacientes reales.

Se seleccionaron entrevistas con baja adherencia al modelo motivacional, y de calidad media y alta.

Se permitió acceso a la base de datos de vídeos en la plataforma online Vimeo a los observadores y se siguió la secuencia siguiente:

1. Observación individual del vídeo y puntuación. Envío de las puntuaciones por correo electrónico a MCN.
2. Análisis de las puntuaciones por MCN y retorno de las mismas por correo electrónico a los evaluadores.
3. Puesta en común de los resultados y discusión a través de videoconferencia por Google Hangout (<https://plus.google.com/hangouts>).
4. Retorno de las conclusiones a los observadores por correo electrónico, turno de alegaciones o réplicas y propuesta de nueva visualización de vídeo.

Este proceso no siguió un ciclo único hasta que se pudo comprobar la generalizabilidad de la fiabilidad, como en otros estudios, sino que los evaluadores entrenados, al ser a su vez expertos en Entrevista Motivacional, cuestionaron aquellos aspectos en los que veían dificultades de evaluación de las entrevistas y aportaron alternativas en la redacción de los ítems o en su pertinencia.

Este hecho comportó el inconveniente de que retrasó considerablemente el proceso de entrenamiento, por un lado, y dificultó su cuantificación en cuanto a tiempo total empleado en él. Por otro lado, permitió enriquecer la escala con unas aportaciones muy valiosas. El proceso siguió dos fases:

. *Fase de entrenamiento con la escala 1.3.* Evaluación de la concordancia interobservador. Discusión de los resultados y refinamiento del contenido de los ítems. Propuesta de modificación y obtención de la escala 1.4.

. *Fase de entrenamiento con la escala 1.4.* Evaluación de la concordancia interobservador.

Se visualizaron 15 entrevistas en total, 10 en la primera fase y 5 en la segunda, hasta la saturación de datos. Se produjeron 3 encuentros por videoconferencia mediante Google Hangout en la primera fase y 2 encuentros en la segunda fase, con un tiempo total de 10 horas de entrenamiento. No se incluye en este tiempo el empleado en evaluar los resultados y en el cruce de correos electrónicos matizando las valoraciones hechas y la recogida del material de esos correos, elaboración de conclusiones y propuesta de nueva etapa de trabajo. Como se ha comentado con anterioridad, el proceso no fue lineal, sino que se fueron introduciendo cambios en la escala con las aportaciones de los observadores, siendo el tiempo total empleado de un año aproximadamente. Por ello no fue posible evaluar la generalizabilidad de la fiabilidad con esta muestra de sujetos.

Es por este motivo que se diseñó un estudio posterior para valorar la generalizabilidad de la fiabilidad. Participaron en él el experto MCN y cuatro observadores entrenados: Gabriela Renée Rivas Doutreleau (GRD), Carmen Domingo Peña (CDP), Jaime Jesús Castro Moreno (JJCM) y Esperanza María Romero Rodríguez (EMRR).

Los observadores GRD y CDP eran estudiantes de último curso de psicología en la Universidad del País Vasco. Los observadores JJCM y EMRR eran médicos residentes de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria, vinculados a la Unidad Docente de Córdoba. La observadora GRD había asistido recientemente a un curso de 20 horas de Entrevista Motivacional. La observadora CDP solo tenía conocimiento del método por lo aprendido durante sus estudios de psicología, sin ninguna formación específica. Los observadores JJCM y EMRR no tenían ninguna experiencia en el método.

Para el entrenamiento se facilitó a los participantes el manual de la escala y acceso a la plataforma Vimeo, donde estaban los vídeos del estudio Dislip-EM. Se seleccionaron un total de 6 entrevistas, con pacientes estandarizados, de 6 profesionales distintos y en las que se aplicaba la Entrevista Motivacional con una calidad buena o muy buena en 3 de ellas, y escasa o mala en las otras 3. Se

seleccionaron expresamente esas por ser entrevistas en las que el modelo motivacional era difícil de distinguir por cuanto que formalmente podía simular de buena calidad cuando en realidad no lo era, es decir, eran entrevistas que daban lugar a equívoco, y parecían especialmente indicadas para entrenar a personas con poca experiencia en Entrevista Motivacional a discriminar adecuadamente.

Se solicitó a los participantes que hicieran un visionado y puntuación de las dos primeras entrevistas. Se les facilitó feedback por correo electrónico y se realizó un encuentro por Google Hangout de 2 horas de duración, en el que se aclararon dudas y se ofreció información adicional. Se les invitó a que hicieran el visionado de las dos siguientes entrevistas y se hizo el primer análisis de concordancia interobservador calculando los CCI. Finalmente, se les invitó a visionar dos entrevistas más hasta la saturación de los datos y se calcularon los CCI, el Alfa de Cronbach, la dimensionalidad de la escala y la fiabilidad por el coeficiente de Spearman-Brown.

En este proceso de entrenamiento se utilizó la escala definitiva (EVEM 2.0), en su versión de 14 ítems.

Fiabilidad Intraobservador en un experto.

Los expertos JMBF y MCN evaluaron en dos ocasiones, con un intervalo de 4-8 semanas, la misma muestra de entrevistas. Se trataba de una muestra de 22 entrevistas, de características heterogéneas (dado que estaba compuesta por todas las subpoblaciones de estudio), elegidas no probabilísticamente del pool general de entrevistas procedentes del Estudio Dislip-EM por la investigadora JBF.

Fiabilidad Interobservador en los dos expertos.

Se analizó con la misma muestra de 22 entrevistas de la fiabilidad Intraobservador.

Fiabilidad Intraobservador de dos investigadores entrenados.

No pudo ser evaluada en los observadores entrenados JMNR y JCAO, pero sí se evaluó en los observadores entrenados GRD, CD, JJCM y EMRR con una muestra de 6 entrevistas y utilizando la escala EVEM 2.0.

Fiabilidad Interobservador entre los dos expertos y los dos observadores entrenados.

Se tomó como patrón oro a los dos expertos, JMBF y MCN.

Los cuatro evaluadores (JMBF, MCN, JCAO y JMNR) volvieron a evaluar 20 entrevistas de una muestra distinta pero con las características de las que se utilizaron para medir la fiabilidad Intra e Interobservador en los expertos.

Fiabilidad Interobservador entre los dos observadores entrenados.

Se utilizaron las mismas 20 entrevistas del análisis de la fiabilidad Interobservador entre los dos expertos y los dos observadores entrenados.

• Fase 6. Análisis de las propiedades psicométricas y atributos.

Fiabilidad, consistencia interna

Se analizó la Concordancia Interobservador (Índice Kappa de Cohen -k-, Coeficiente de Correlación Intraclase -CCI- e Índice de Concordancia Simple -ICS-) y la validez convergente (Coeficiente de Correlación de Spearman).

Para la interpretación del CCI, se basaron en la clasificación establecida por Jiménez¹⁴⁶, según la cual un CCI > 0,91 indica una concordancia muy buena; 0,71 - 0,90, buena; 0,51 - 0,70, moderada; 0,31 - 0,50, mediocre, y si es < 0,30, la concordancia sería mala o muy mala. La consistencia interna de la escala se evaluó mediante el coeficiente Alpha de Cronbach.

Dimensionalidad de la escala, generalizabilidad de la fiabilidad, refinamiento, validez convergente y sensibilidad al cambio

Los procedimientos empleados para estos objetivos fueron estadísticos (ver apartado 4.6).

Factibilidad del instrumento

La factibilidad es un requisito que se mide por criterios de “pragmatismo”, de aplicabilidad del instrumento en condiciones reales: que el método de entrenamiento de los evaluadores en el uso de la escala sea factible, que sea un cuestionario manejable (con un número de ítems adecuado y de asequible administración), relativamente fácil de enseñar y de utilizar (con unos criterios bien definidos y claros), que no precise de excesivo tiempo en su aplicación y que no sea un método caro^{93, 116}.

Por tanto, no se dispone de puntos de corte a partir de los cuales se considere que el instrumento es práctico o no, ni existen criterios objetivos disponibles en la literatura para medir este atributo.

4. 6. Análisis estadístico.

- *Fase 1. Construcción de la escala.*

No se empleó ninguna técnica de análisis estadístico.

- *Fase 2. Validación cualitativa de la escala.*

En la segunda ronda de trabajo del grupo Delphi de expertos en Entrevista Motivacional que participó en la validación de consenso, se hizo una ponderación de la importancia o el valor de los ítems del cuestionario en una escala evaluativa ordinal de cinco grados. Sobre esos resultados se realizó un cálculo de la media aritmética

(como medida del grado de importancia que el grupo concedía a cada variable, de manera que a mayor puntuación mayor importancia y más imprescindible era considerado el ítem), de los límites de la distribución y de la varianza de cada ítem (como medida del grado de consenso, dado que una varianza alta indicaría mayor discrepancia sobre la importancia del ítem y por tanto menor acuerdo, y viceversa).

- *Fase 3. Adecuación de la escala, construcción del primer manual y análisis de la validez convergente con la escala BECCI.*

Adecuación de la escala y construcción del manual.

No se empleó ninguna técnica de análisis estadístico.

Análisis de la validez convergente con la escala BECCI.

Se analizaron el Índice Kappa de Cohen, el Coeficiente de Correlación Intraclase y el Índice de Concordancia Simple. Para la validez convergente se utilizó el Coeficiente de Correlación de Spearman.

La consistencia interna de la escala se evaluó mediante el coeficiente Alpha de Cronbach.

- *Fase 4. Adecuación de la escala y nuevos análisis de concordancia y fiabilidad.*

Se siguieron los mismos procedimientos descritos en la Fase 3.

- *Fase 5. Entrenamiento de los observadores y nuevos análisis de concordancia con el observador entrenado y fiabilidad. Propuesta de modificación y confección del nuevo manual.*

Entrenamiento de los observadores.

No se empleó ninguna técnica de análisis estadístico, pues no interesaba tanto conocer las medias de puntuación globales como las divergencias en la puntuación individual de cada uno de los ítems. Se hizo, por tanto, una aproximación cualitativa para valorar la concordancia.

Fiabilidad Intraobservador en un experto. Fiabilidad Interobservador en los dos expertos. Fiabilidad Interobservador entre los dos expertos y los dos observadores entrenados. Fiabilidad Interobservador entre los dos observadores entrenados.

Se analizaron el Índice Kappa de Cohen, el Coeficiente de Correlación Intraclase y el Índice de Concordancia Simple.

• *Fase 6. Análisis de las propiedades psicométricas y atributos.*

El análisis de los datos fue efectuado por LAPT, en íntima coordinación con el propio doctorando. Los cálculos estadísticos fueron realizados con el paquete SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 22.0 para Windows.

Concordancia intra e interobservador

Se utilizaron varios estimadores para determinar la concordancia intra e interobservador de cada ítem del cuestionario.

En primer lugar, el 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^{92, 110}.

El índice ponderado Kappa (κ) de Cohen, sin embargo, sí tiene en cuenta el nivel de acuerdo esperado debido al azar. Su resultado, expresado en forma de proporción, indicaría la fracción de acuerdos entre observadores no debidos al azar del total de

posibles acuerdos ¹⁴⁷. Se aportaron sus valores absolutos, y el valor de la p , que en caso de significación estadística ($p < 0,05$), estaría indicando que el valor de κ no es debido al azar. Usando este parámetro a veces se encuentra que al menos uno de los marginales (o totales parciales de columna o de fila en la tabla de contingencia) es nulo (igual a cero), no pudiéndose calcular el κ . Para paliar esta situación, cuando no fue posible calcular el índice κ , se ofreció el valor del índice de concordancia simple en sustitución.

Además, otra limitación del estimador κ es que depende en exceso de la prevalencia del rasgo estudiado. Esto se detecta cuando hay un predominio claro de acuerdo concentrado en una sola celda de la tabla de contingencia (por ejemplo, prácticamente todos los observadores coinciden que en una entrevista el profesional muestra un grado elevado de empatía), siendo el número de desacuerdos (situados fuera de la diagonal de la tabla de contingencia) muy escaso ¹⁴⁸. Esta situación daría como resultado un valor de κ infraestimado respecto al verdadero nivel de acuerdo entre observadores. Por tanto, siguiendo el trabajo de Gallagher et al ¹⁴⁹ se analizaron de forma manual una a una todas las tablas de contingencia de las variables de los ítems que habían obtenido valores de κ bajos, con el fin de determinar si la causa era una situación de bajo grado de acuerdo real entre observadores o si en cambio el motivo era que el estimador estaba penalizado.

También se calcularon otras medidas del grado de acuerdo. Un estadístico que generalmente adquiere valores paralelos al κ ponderado es el Coeficiente de correlación intraclase (CCI) ^{92, 150}. Su valor se interpreta como el porcentaje de la variabilidad de los puntajes que depende solo de la variabilidad entre los sujetos medidos. Por ejemplo, si el valor es 0,9, indicaría que el 90% de la varianza de los puntajes depende solamente de la variabilidad de los sujetos. Se utilizó no sólo para estimar la concordancia entre observadores de cada ítem de la escala, sino también para calcular el grado de acuerdo obtenido en la puntuación global del EVEM.

Además, se aplicó la prueba T de Student para datos apareados para la comparación de las medias de las puntuaciones totales de la escala, y se usó el método de Bland y Altman, método descriptivo que permite analizar gráficamente la dispersión de las

diferencias respecto a cero (acuerdo total) o si las diferencias intra e interobservador son mayores o menores a medida que aumenta el valor de la puntuación media ¹⁵¹. Para poder determinar la existencia de un posible sesgo relativo (diferencia sistémica entre ambas observaciones), se calcularon las medias de las diferencias de los valores obtenidos en cada entrevista, sus desviaciones estándar (DE) y sus límites de concordancia (media de las diferencias $\pm 1,96 \times DE$). Para las medidas en las que se utilizó el estadístico p, se consideró que era significativa si estaban por debajo de 0,05.

Para valorar la reproducibilidad con el estadístico Kappa(κ), se siguió la clasificación propuesta por Landis y Koch ¹⁵²:

- $\kappa > 0,81$ indica acuerdo casi perfecto
- $\kappa = 0,61-0,80$ indica un acuerdo bueno
- $\kappa = 0,41-0,60$ indica un acuerdo moderado
- $\kappa = 0,21-0,40$ indica un acuerdo débil
- $\kappa = 0-0,2$ indica un acuerdo pobre
- $\kappa < 0$ indica que no hay acuerdo

Para la interpretación del CCI, se siguió la clasificación establecida por Jiménez ¹⁴⁶:

- $CCI > 0,91$ indica una concordancia excelente
- $CCI = 0,71-0,90$ indica una concordancia buena
- $CCI = 0,51-0,70$ indica una concordancia moderada
- $CCI = 0,31-0,50$ indica una concordancia pobre
- $CCI < 0,30$ indica una concordancia mala

Consistencia interna

Para valorar la homogeneidad o consistencia interna del cuestionario, se utilizó el coeficiente alfa de Cronbach (α). Se calculó este coeficiente para el valor global obtenido de las observaciones de todos los entrevistadores juntas, así como para los

cuatro evaluadores por separado, para verificar que no variaba la fiabilidad del cuestionario.

Cuanto mayor valor tiene este indicador, mejor fiabilidad tiene el cuestionario, siendo un valor aceptable cuando es mayor de 0,8036^{99, 153}.

Se calculó también el grado en que se modifican los valores del coeficiente α al eliminar cada uno de los ítems, para determinar si la fiabilidad del cuestionario se ve o no modificada y si era aconsejable eliminar dicho ítem^{92, 99, 100}.

Dimensionalidad de la escala (análisis factorial)

El análisis factorial tuvo como objetivo extraer de forma estadística las dimensiones o factores de la escala que subyacen del constructo teórico a estudiar¹⁰⁷. Dado que no se partía de hipótesis previas específicas sobre los componentes del constructo ni de la posible relación entre ellos, se decidió practicar un análisis exploratorio y no confirmatorio.

Se siguieron las distintas fases en el análisis factorial propuestos por Norman y Streiner¹⁰⁵. Así, se comenzó con el método de análisis de los componentes principales, que dio como primer resultado una matriz de correlaciones. Como es requisito previo que las variables (o ítems) se encuentren relacionadas entre sí (lo cual ocurre cuando es posible suponer que se explican por factores comunes), debe calcularse la correlación entre ellas para poder localizar agrupamientos relevantes. Esto daría una idea de que la matriz de correlaciones calculada es adecuada^{99, 105}, procediendo en ese caso continuar con el análisis.

El grado de correlación entre las variables se calculó a través de dos indicadores:

- El índice de adecuación de la muestra de Kaiser-Mayer-Olkin (KMO), que cuando convencionalmente supera el valor de 0,7 se considera que existe una correlación “adecuada” entre las variables, entre 0,60 y 0,70 correlación “mediocre”, entre 0,50 y 0,60 “miserable” y por debajo de 0,50 “inaceptable”¹⁰⁵.

- El test de esfericidad de Barlett, que contrasta dos hipótesis: H0 que no existe correlación lineal entre las variables y H1 que sí existe correlación⁹⁹.

Cuando el test es estadísticamente significativo ($p < 0,05$), indica que la matriz de correlación no es una matriz identidad. Se considera entonces que el análisis factorial es apropiado para la muestra, debiéndose proceder a realizarlo^{105, 114}.

El siguiente paso del análisis de componentes principales consistió en calcular los autovalores (*eigenvalue*) y el total de la varianza explicada por cada factor.

Posteriormente, se realizó la extracción de los factores, para lo cual se siguió el criterio de normalización de Kaiser-Guttman, extrayéndose aquellos componentes cuyos autovalores estaban por encima del valor uno, que son a su vez los que explicaban un mayor porcentaje de la varianza de los datos globales^{97, 105}. Para estos factores identificados se calcularon sus “pesos” o ponderaciones, creándose así una matriz de factores ponderados, también llamada matriz de estructura factorial (puesto que de ella se desvelará posteriormente la estructura final de la solución factorial).

Esta matriz de factores fijos resultante es compleja y difícil de interpretar. Para simplificar su estructura y favorecer su interpretación, se realizó una rotación varimax (varianza máxima). Tras la rotación, se obtuvo una matriz de componentes rotados con los correspondientes “pesos” asociados a cada variable. Para determinar qué variables o ítems “carga” cada componente, se estableció un punto de corte por debajo del cual se estimaba que el peso asociado a esa variable no era significativo y por tanto podía ser ignorado. Este valor mínimo arbitrariamente se ha fijado por algunos autores en 0,442¹⁰⁵. Descartando de la matriz de componentes rotados los valores por debajo de esa cifra, se desvelaba la carga de ítems correspondiente a cada factor, llegándose al fin a la solución factorial.

Por último, se calculó la correlación entre cada uno de los factores identificados con el coeficiente de Pearson (r) (que mide la relación lineal entre dos variables cuantitativas), creando así una tabla o matriz de correlaciones. Si el valor de la p es significativo (considerado éste por debajo de 0,05), se considera que la magnitud de la correlación no es debida al azar.

El valor de este coeficiente varía en el intervalo de -1 a +1, y se interpreta de la siguiente manera ¹⁵⁴:

- Si $r = 0$, no existe ninguna correlación (indicando, por tanto, una independencia total entre las dos variables).
- Si $r = 1$, existe una correlación positiva perfecta (cuando una de ellas aumenta, la otra también lo hace en idéntica proporción).
- Si $0 < r < 1$, existe una correlación positiva.
- Si $r = -1$, existe una correlación negativa perfecta (cuando una de ellas aumenta, la otra disminuye en idéntica proporción).
- Si $-1 < r < 0$, existe una correlación negativa.

Generalizabilidad de la fiabilidad

Aplicando la teoría de la generalizabilidad al cálculo de la fiabilidad de un instrumento de medida, es posible predecir el número de cuestionarios necesarios por evaluador para conseguir una medida fiable ^{94, 111, 112, 113, 114}. Para ello, se midió en cada observador con el CCI la fiabilidad de la puntuación global del cuestionario en una serie consecutiva de casos, siguiendo la propuesta de Mercer et al ¹¹³. Los datos se expresaron en tablas y figuras en las que se pueden ver la relación entre los resultados del cálculo del CCI de cada observador y el tamaño muestral.

En los estudios de medición de la competencia con fines de investigación, está arbitrariamente aceptado que un evaluador es probable que alcance una fiabilidad adecuada cuando comienza a obtener un valor de CCI superior a 0,856 ^{155, 156}.

Refinamiento del contenido de la escala

Como medida de la capacidad discriminativa de los ítems, se utilizaron dos indicadores: la tasa de endose y la correlación ítem-global.

La tasa de endose es la proporción de respuestas que se agrupan en cada una de las categorías de cada ítem. Así, por ejemplo, si la frecuencia de endose de la puntuación

1 en el ítem 12 de la escala EVEM es del 90%, la probabilidad de que, en una entrevista distinta, se acierte si se puntúa 1 en el ítem 12 es del 90% ¹⁰⁴. Si la frecuencia de endose de cada ítem del cuestionario supera el 95% (o es inferior al 5%), se considera que ese ítem no tiene poder de detectar diferencias entre individuos o casos, y se aconseja eliminarlo ^{92, 100}.

Por último, se calculó la correlación ítem-total con el coeficiente de correlación de Pearson de cada ítem con la puntuación global del cuestionario y de la tarea y dimensión o factor en la que se incluye el ítem, una vez omitido el mismo ^{92, 104}. El valor de este coeficiente se interpreta como se ha detallado anteriormente. Se ha establecido que coeficientes por debajo de 0,30 en un determinado ítem aconsejan su eliminación ¹⁵⁷.

La decisión de eliminar o conservar un ítem se basó en una valoración conjunta de estos parámetros estadísticos (tasa de endose, correlación ítem-total, valor del α de Cronbach al eliminar el ítem), junto con la consideración de los aspectos teóricos conceptuales que motivaron la inclusión del mismo en la escala ⁹⁹.

Validez convergente

La validez convergente busca establecer una correlación entre el cuestionario a validar con otra serie de medidas del mismo constructo con las que está relacionada ¹⁰⁰. Se utilizó para ello otro instrumento similar, en su traducción validada al castellano y con la misma finalidad de evaluar la Entrevista Motivacional. Este cuestionario es el BECCI.

Para calcular la validez convergente, se compararon los resultados globales de ambos cuestionarios, utilizando para ello el coeficiente de correlación de Spearman, al tratarse de medidas continuas y de un test no paramétrico. La interpretación de dicho estadístico se realizó siguiendo las mismas recomendaciones que para el coeficiente de Pearson ¹⁵⁴. Resultados del coeficiente de correlación entre 0,4 y 0,8 indicarían una adecuada convergencia entre las dos herramientas de medida, mientras que valores más bajos sugerirían que están midiendo fenómenos distintos ⁹².

Sensibilidad al cambio

Para determinar la capacidad del test de detectar cambios tras la intervención o tras el proceso formativo-asistencial, se crearon dos grupos: uno formado por entrevistas de profesionales previamente a la intervención o al inicio del proceso y otro de entrevistas posteriores a ella. Se realizó el análisis mediante un test de comparación de medias, la prueba T de Student para datos apareados, uno de los procedimientos sugeridos para calcular la sensibilidad al cambio de los instrumentos de medida^{158, 159}. Se consideró como estadísticamente significativo un valor de $p \leq 0,05$.

5. Resultados

5.1 Fase de construcción del cuestionario

5.1.1 Del CICAA al EVEM

Para construir la escala EVEM se buscaron herramientas disponibles en un entorno de APS que midieran un modelo de relación común a la Entrevista Motivacional, esto es, un modelo de relación *centrado en el paciente*^{5, 6}.

El trabajo de investigación del Doctor Enrique Gavilán en la validación de la escala CICAA¹⁶⁰, con excelentes resultados psicométricos, y la experiencia del grupo investigador en el desarrollo de la misma, resultaron en la decisión de iniciar la construcción de la escala con la escala CICAA-Estándar (ver anexo 3) como matriz.

Un experto en relación clínica y comunicación asistencial partió, pues, del CICAA-Estándar y, después de una revisión bibliográfica y junto con 3 expertos más, diseñaron el CICAA-Motivacional 0 (CICAA-M0, ver anexo 4).

Posteriormente, en base a criterios de manejabilidad, se cribaron y seleccionaron los ítems, quedando en cuestionario CICAA-M1 (ver anexo 5).

Partiendo del cuestionario CICAA-M1, dos investigadores actuaron como moderadores y coordinadores de un panel de expertos en relación clínica seleccionados según un muestreo de tipo nominal o teorémico, escogiendo a los sujetos en función de su relación con el fenómeno a estudio y siguiendo criterios de pertinencia. Los criterios de selección incluían los siguientes:

- . Desempeñar su trabajo en distintos ámbitos.
- . Acreditar experiencia o formación en el campo de la investigación y/o docencia y/o asistencia en Relación Clínica y la Comunicación Asistencial.
- . Pertenecer a Asociaciones Científicas como el Grupo Nacional de Comunicación y Salud de la semFYC.
- . Aquellos con mayor conocimiento y experiencia en Entrevista Motivacional en un medio de APS.

Se pidió a los expertos que evaluaran la pertinencia de los ítems del cuestionario CICAA-M1 en base al constructo teórico de la Entrevista Motivacional, y se hicieron 3 rondas de valoración siguiendo el método Delphi.

El número de sujetos pretendía alcanzar el principio de saturación, y las experiencias anteriores con el GATHA ^{142, 161} y el CICAA ¹⁶⁰ los situaban entre 5 y 15 expertos. La relación de expertos elegidos y que participaron en la primera ronda fue de 12, en la segunda de 16 y en la tercera de 14.

En la primera ronda se envió a los expertos el CICAA-M1 a través del correo electrónico y se les solicitó que realizaran propuestas de modificación de los ítems, hicieran sugerencias de modificación de redacción, y que añadieran o suprimieran ítems.

En la segunda ronda se hizo una ponderación de la importancia de los ítems del cuestionario en una escala evaluativa ordinal de cinco grados. Sobre esos resultados se realizó un cálculo de la media aritmética (como medida del grado de importancia que el grupo concedía a cada variable, de manera que a mayor puntuación mayor importancia y más imprescindible era considerado el ítem), de los límites de la distribución y de la varianza de cada ítem (como medida del grado de consenso, dado que una varianza alta indicaría mayor discrepancia sobre la importancia del ítem y por tanto menor acuerdo, y viceversa).

En la tercera ronda cada panelista recibió por correo electrónico el cuestionario con los ítems con su propia puntuación de la segunda ronda y con las puntuaciones globales del grupo (media, moda, varianza y límites de la distribución). En este proceso de retroalimentación se le pidió a cada experto que volviera a puntuar cada ítem, modificando si así lo deseaba su puntuación en función de las puntuaciones globales del grupo. También se añadieron para su valoración los nuevos ítems que fueron propuestos en la segunda ronda. Una vez recibidas las puntuaciones se llevó a cabo el análisis estadístico descriptivo definitivo.

Se obtuvo una escala -CICAA-M1M- de 25 ítems, Likert 0-3, que incluía las “tareas” de la escala CICAA, a saber: conectar, identificar y comprender los problemas, acordar y ayudar a actuar (ver anexo 6).

De este modo se testaba la **validez aparente** (*face validity*) de la escala, ya que todos los ítems parecían medir lo que realmente medían.

También la **validez de contenido** (*content validity*), pues los expertos consideraron que todos los aspectos del constructo original (la evaluación de la Entrevista Motivacional), quedaban reflejados en la escala.

La puntuación de los ítems en una escala Likert 0-4 permitió, finalmente, medir la **validez de consenso** (*consensus validity*), de modo que se incluyeron en la escala definitiva todos aquellos ítems que puntuaron igual o por encima de la media.

El resultado de este trabajo se presentó en el XIX Congreso Nacional de Entrevista Clínica y Comunicación Asistencial en Guadalajara, en abril de 2008. También en la Primera Conferencia Internacional de Entrevista Motivacional en Interlaken, Suiza, en junio de 2008. En el primero como CICAA-M1M y en el segundo, con los cambios que se detallan a continuación, como EVEM 1.0.

5.1.2 El EVEM original y su evolución a la versión actual

Las diferencias más relevantes entre el CICAA-M1M y el EVEM 1.0 (ver anexo 7) son que se eliminan las “tareas” del CICAA, la escala Likert se reduce de 0 a 2 (en lugar de 0-3), y que se añaden 3 ítems (20, 21 y 22).

Si se comparan los ítems de la escala CICAA-Estándar con los del EVEM 1.0 se encontrarán diferencias notables, que se pasan a describir a continuación.

Sin embargo, más allá de la evidencia de que de la validación cualitativa inicial había emergido una nueva escala, son los procesos inherentes al constructo original lo que más inclinó a cambiar el nombre de la escala para diferenciarla de su antecesora.

Las tareas en el modelo CICAA obedecen a un orden de procesos lineal*: conectar-identificar y comprender los problemas-acordar-ayudar a actuar. Como se ha indicado en el apartado de Procesos, el modelo de Entrevista Motivacional se aquejaba de las

limitaciones de esa linealidad en las tareas limitada a dos fases, y propone un modelo de procesos más circular o en espiral.

Con los ítems ya descritos empezó el proceso de definir las características de las puntuaciones para cada ítem y la elaboración del manual. Este proceso ha sido un ejercicio continuado de redacción y revisión a lo largo de cinco años.

Por un lado, tal y como se describía en el apartado 1.1 de la introducción, el constructo teórico de la Entrevista Motivacional ha sufrido modificaciones considerables a lo largo de los últimos años.

Por otro lado, el esfuerzo reiterado por hacer de la herramienta un instrumento más factible, ha llevado a realizar modificaciones substanciales en la escala original, cuyos pasos se detallan a continuación.

**Es necesario poner atención que se hace referencia aquí exclusivamente a las tareas, no al modelo en sí, que sigue un esquema que sus autores han denominado Rizomático ¹⁶².*

Primeros cambios: del CICAA-M1M al EVEM 1.0

En las tablas 1 a 4 se exponen de forma resumida los cambios efectuados en la escala.

Tabla 1. Ítems que no modifican enunciado en la transición de la escala CICAA-M1M a EVEM 1.0

CICAA-M1M	EVEM 1.0
1. Sintoniza con el paciente a través de la comunicación no verbal	sin cambios
2. Muestra empatía en los momentos oportunos	sin cambios
3. Realiza una escucha reflexiva	posición 6
6. Emplea preguntas abiertas	posición 7
9. Ha explorado los pros y los contras que ve el paciente respecto a mantener o abandonar la conducta (ambivalencia)	sin cambios
13. Ofrece la información adaptada a los problemas y necesidades del paciente, y a petición de éste	sin cambios
15. Promueve la negociación conjunta de un plan de acción factible con el paciente	sin cambios
16. Permite que el paciente exprese sus dudas	sin cambios
18. Comprueba que el paciente ha comprendido la forma en que las propuestas compartidas de cambio pueden ser llevadas a cabo	sin cambios
19. Acuerda con el paciente un seguimiento de la evolución	sin cambios

Tabla 2. Ítems que modifican enunciado en la transición de la escala CICAA-M1M a EVEM 1.0

CICAA-M1M	EVEM 1.0
4. Facilita el discurso del paciente	5. Facilita el diálogo automotivacional/ discurso del cambio del paciente
7. Ha explorado la idea y los sentimientos que tenía el propio paciente acerca de la conducta problema	8. Ha explorado las ideas, creencias y sentimientos del paciente en relación con el cambio de conducta
12. Detecta resistencias en el enfermo	12. Detecta la aparición de resistencias al cambio y utiliza estrategias concretas para evitarlas y manejarlas
14. Consigue que el paciente marque sus objetivos	14. Promueve la delimitación de objetivos con el paciente
17. Facilita el discurso del paciente	17. Utiliza reestructuraciones positivas para incrementar la autoestima del paciente

Tabla 3. Fusiones en la transición de la escala CICAA-M1M a EVEM 1.0

CICAA-M1M	EVEM 1.0
3. Realiza una escucha reflexiva	6. Realiza una escucha reflexiva
5. Capta y responde a las pistas ofrecidas por el paciente	
8. Ha explorado la confianza que tiene el paciente para iniciar o mantener el cambio de conducta	10. Ha explorado el grado de compromiso que el paciente tiene respecto a un posible cambio de conducta
10. Ha explorado las expectativas del paciente respecto al cambio de conducta	
11. Ha explorado el grado de disponibilidad que el paciente tiene respecto al cambio de conducta	

Tabla 4. Ítems adicionales en la transición de la escala CICAA-M1M a EVEM 1.0

EVEM 1.0
11. Realiza sumarios de la información que aporta el paciente
20. Una vez iniciado el cambio, desarrolla con el paciente estrategias para su mantenimiento
21. Desarrolla con el paciente habilidades para la prevención de recaídas
22. Acomoda al paciente en la recaída en un clima de aceptación, tratando de mantener sus sentimientos de autoeficacia

De manera detallada se describen los cambios a continuación:

- . Los ítems 1 y 2 se mantienen con la misma formulación y posición en las dos versiones de la escala.
- . El ítem 3 (*Realiza una escucha reflexiva*) del CICAA-M1M pasa a ocupar la posición del ítem 6 en el EVEM 1.0.

- . El ítem 4 (*Facilita el discurso del paciente*) del CICAA-M1M pasa a la posición del ítem 5 en el EVEM 1.0 y se reformula como “*Facilita el diálogo automotivacional/ discurso de cambio del paciente*”.
- . El ítem 5 (*Capta y responde a las pistas ofrecidas por el paciente*) del CICAA-M1M desaparece al quedar integrado en el ítem 6 del EVEM 1.0 como “*Realiza una escucha reflexiva*”.
- . El ítem 6 (*Emplea preguntas abiertas*) del CICAA-M1M pasa a ocupar la posición del ítem 7 en el EVEM 1.0
- . El ítem 7 (*Ha explorado la ideas y los sentimientos que tenía el propio paciente acerca de la conducta problema*) del CICAA-M1M pasa a la posición 8 del EVEM 1.0 y se reformula como “*Ha explorado las ideas, creencias y sentimientos del paciente en relación con el cambio de conducta*”.
- . El ítem 8 (*Ha explorado la confianza que tiene el paciente para iniciar o mantener el cambio de conducta*) del CICAA-M1M queda integrado en el ítem 10 del EVEM 1.0 como “*Ha explorado el grado de compromiso que el paciente tiene respecto a un posible cambio de conducta*”.
- . El ítem 9 se mantiene con la misma formulación y posición en las dos versiones de la escala.
- . El ítem 10 del CICAA-M1M (*Ha explorado las expectativas del paciente respecto al cambio de conducta*) queda integrado igualmente en el ítem 10 del EVEM 1.0.
- . El ítem 11 del CICAA-M1M (*Ha explorado el grado de disponibilidad que el paciente tiene respecto al cambio de conducta*), del mismo modo que el ítem 10 del CICAA-M1M, quedan integrados en el ítem 10 del EVEM 1.0.
- . El ítem 12 (*Detecta resistencias en el enfermo*) del CICAA-M1M, se reformula como “*Detecta la aparición de resistencias al cambio y utiliza estrategias concretas para evitarlas y manejarlas*” en el EVEM 1.0, manteniendo su posición.
- . El ítem 13 se mantiene con la misma formulación y posición en las dos versiones de la escala.
- . El ítem 14 del CICAA-M1M (*Consigue que el paciente marque sus objetivos*) se reformula como “*Promueve la delimitación de objetivos con el paciente*” en el EVEM 1.0, manteniendo su posición.
- . Los ítems 15 y 16 se mantienen con la misma formulación y posición en las dos versiones de la escala.

- . El ítem 17 (*Promueve la autoestima en el paciente*) del CICAA-M1M se reformula en el EVEM 1.0 como *“Utiliza reestructuraciones positivas para incrementar la autoestima del paciente”*.
- . El ítem 18 se mantiene con la misma formulación y posición en las dos versiones de la escala.
- . El ítem 19 se mantiene con la misma formulación y posición en las dos versiones de la escala, salvo por una pequeña modificación: *“Acuerda y programa con el paciente un seguimiento de la evolución”*.
- . El ítem 20 de la escala EVEM 1.0 es añadido, *“Una vez iniciado el cambio, desarrolla con el paciente estrategias para su mantenimiento”*.
- . El ítem 21 de la escala EVEM 1.0 es añadido, *“Desarrolla con el paciente habilidades para la prevención de recaídas”*.
- . El ítem 22 de la escala EVEM 1.0 es añadido, *“Acomoda al paciente en la recaída en un clima de aceptación, tratando de mantener sus sentimientos de autoeficacia”*.
- . Se incorpora la valoración de la respuesta del paciente, que se define como confrontativa (puntuación 0), neutra (puntuación 1) o colaborativa (puntuación 2).

Del EVEM 1.0 al EVEM 1.1 (ver anexo 8)

En las tablas 5 a 7 se exponen de forma resumida los cambios efectuados en la escala.

Tabla 5. Ítems que no modifican enunciado en la transición de la escala EVEM 1.0 a EVEM 1.1

EVEM 1.0	EVEM 1.1
1. Sintoniza con el paciente a través de la comunicación no verbal.	sin cambios
2. Muestra empatía en los momentos oportunos	sin cambios
6. Realiza una escucha reflexiva	sin cambios
7. Emplea preguntas abiertas	sin cambios
8. Ha explorado los pros y los contras que ve el paciente respecto a la conducta problema (ambivalencia)	sin cambios
9. Ha explorado los pros y los contras que ve el paciente respecto a la conducta problema (ambivalencia)	posición 8
10. Ha explorado el grado de compromiso que el paciente tiene respecto a un posible cambio de conducta	posición 9
11. Realiza sumarios de la información que aporta el paciente	posición 10
12. Detecta la aparición de resistencias al cambio y utiliza estrategias concretas para evitarlas y manejarlas	posición 11
13. Ofrece la información adaptada a los problemas y necesidades del paciente	posición 12
14. Promueve la delimitación y/o la priorización de los objetivos de cambio con el paciente	posición 13
18. Comprueba que el paciente ha comprendido la forma en que las propuestas compartidas de cambio pueden ser llevadas a cabo	posición 16
20. Una vez iniciado el cambio, desarrolla con el paciente estrategias para su mantenimiento	posición 17

Tabla 6. Ítems que modifican enunciado en la transición de la escala EVEM 1.0 a EVEM 1.1

EVEM 1.0	EVEM 1.1
4. Trabaja de forma concordante con el estadio del cambio en que se encuentra el paciente	4. Trabaja de forma concordante con el posicionamiento del paciente a lo largo de la entrevista
5. Facilita el diálogo automotivacional/ discurso de cambio del paciente	5. Facilita el discurso del cambio
14. Promueve la delimitación de objetivos con el paciente	13. Promueve la delimitación y/o la priorización de los objetivos de cambio con el paciente
15. Promueve la negociación conjunta de un plan de acción factible con el paciente	14. Negocia un plan de acción factible teniendo en cuenta las opciones del paciente

Tabla 7. Fusiones en la transición de la escala EVEM 1.0 a EVEM 1.1

EVEM 1.0		EVEM 1.1	
3.	Solicita permiso al paciente si desea hablar acerca de la conducta/problema en cuestión	3.	Realiza un adecuado posicionamiento del paciente en relación con la conducta en cuestión
8.	Ha explorado las ideas, creencias y sentimientos del paciente en relación con el cambio de conducta		
21.	Desarrolla con el paciente habilidades para la prevención de recaídas	18.	Acomoda al paciente en la recaída en un clima de aceptación, tratando de potenciar su autoeficacia
22.	Acomoda al paciente en la recaída en un clima de aceptación, tratando de mantener sus sentimientos de autoeficacia		

De manera detallada se describen los cambios a continuación:

- . Los ítems 1 y 2 se mantienen idénticos en enunciado y posición en la nueva escala.
- . Fusión de los ítems 3 ("*Solicita permiso al paciente si desea hablar acerca de la conducta/problema en cuestión*") y 8 ("*Ha explorado las ideas, creencias y sentimientos del paciente en relación con el cambio de conducta*") de la escala 1.0. El resultado es el ítem 3, "*Realiza un adecuado posicionamiento del paciente en relación con la conducta en cuestión*", de la escala 1.1.
- . El ítem 4 de la escala 1.0 ("Trabaja de forma concordante con el estadio del cambio en que se encuentra el paciente") se reformula como "Trabaja de forma concordante con el posicionamiento del paciente a lo largo de la entrevista" en la escala 1.1.
- . El ítem 5 de la escala 1.0 ("*Facilita el diálogo automotivacional/discurso de cambio del paciente*"), se reformula como "*Facilita el discurso del cambio*" en la versión 1.1.
- . El ítem 9 de la escala 1.0 pasa a ser el ítem 8 de las escala 1.1, sin cambios.
- . El ítem 10 de la escala 1.0 pasa a ser el ítem 9 de las escala 1.1, sin cambios.
- . El ítem 11 de la escala 1.0 pasa a ser el ítem 10 de las escala 1.1, sin cambios.
- . El ítem 12 de la escala 1.0 pasa a ser el ítem 11 de las escala 1.1, sin cambios.
- . El ítem 13 de la escala 1.0 pasa a ser el ítem 12 de las escala 1.1. La frase "A petición de éste" que incluía el ítem 13 de la escala 1.0 se considera redundante y no se incluye en la formulación del enunciado del ítem 12 de la escala 1.1.

- . El ítem 14 de la escala 1.0 pasa a ser el ítem 13 de la escala 1.1. Se introduce la modificación en el enunciado “...*delimitación y/o priorización*”.
- . El ítem 15 de la escala 1.0 pasa a ser el ítem 14 de la escala 1.1. Se reformula como “*Negocia un plan de acción factible teniendo en cuenta las opciones del paciente*”.
- . El ítem 16 de la escala 1.0 (“*Permite que el paciente exprese sus dudas*”) se suprime.
- . El ítem 17 de la escala 1.0 (“*Utiliza reestructuraciones positivas para incrementar la autoestima del paciente*”) se suprime.
- . El ítem 18 de la escala 1.0 pasa a ser el ítem 16 de la escala 1.1, sin cambios.

- . El ítem 19 de la escala 1.0 (“*Acuerda y programa con el paciente un seguimiento de la evolución*”) se suprime.
- . El ítem 20 de la escala 1.0 pasa a ser el ítem 17 de la escala 1.1, sin cambios.
- . El ítem 21 de la escala 1.0 (“*Desarrolla con el paciente habilidades para la prevención de recaídas*”) se fusiona con el ítem 18 de la versión 1.1.
- . El ítem 22 de la escala 1.0 pasa a ser el ítem 18 de la escala 1.1. Se reformula la frase “...*tratando de mantener sus sentimientos de autoeficacia*” por la frase “...*tratando de potenciar su autoeficacia*”.

Del EVEM 1.1 al EVEM 1.2 (ver anexo 9)

En las tablas 8 y 9 se exponen de forma resumida los cambios efectuados en la escala.

Tabla 8. Ítems que no modifican enunciado en la transición de la escala EVEM 1.1 a EVEM 1.2

EVEM 1.1	EVEM 1.2
1. Sintoniza con el paciente a través de la comunicación no verbal	sin cambios
2. Muestra empatía en los momentos oportunos	sin cambios
4. Trabaja de forma concordante con el posicionamiento del paciente a lo largo de la entrevista	sin cambios
5. Facilita el discurso del cambio	posición 9
6. Realiza una escucha reflexiva	posición 7
7. Emplea preguntas abiertas	posición 5
9. Ha explorado el grado de compromiso que el paciente tiene respecto a un posible cambio de conducta	posición 10
10. Realiza sumarios de la información que aporta el paciente	posición 8
11. Detecta la aparición de resistencias al cambio y utiliza estrategias concretas para evitarlas y manejarlas	sin cambios
12. Ofrece la información adaptada a los problemas y necesidades del paciente	sin cambios
13. Promueve la delimitación y/o la priorización de los objetivos de cambio con el paciente	sin cambios
15. Valida, de forma genuina, al paciente (capacidades, aptitudes, esfuerzo, interés...)	posición 6
17. Una vez iniciado el cambio, desarrolla con el paciente estrategias para su mantenimiento	posición 15
18. Acomoda al paciente en la recaída en un clima de aceptación, tratando de potenciar su autoeficacia	posición 16

Tabla 9. Fusiones en la transición de la escala EVEM 1.1 a EVEM 1.2

EVEM 1.1	EVEM 1.2
<p>3. Realiza un adecuado posicionamiento del paciente en relación con la conducta en cuestión</p>	<p>3. Realiza un adecuado posicionamiento del paciente en relación con la conducta en cuestión</p>
<p>8. Ha explorado los pros y los contras que ve el paciente respecto a la conducta problema (ambivalencia)</p>	
<p>14. Negocia un plan de acción factible teniendo en cuenta las opciones del paciente</p>	<p>14. Negocia un plan de acción factible teniendo en cuenta las opciones del paciente</p>
<p>16. Comprueba que el paciente ha comprendido la forma en que las propuestas compartidas de cambio pueden ser llevadas a cabo</p>	

De manera detallada se describen los cambios a continuación:

- . Los ítems 1, 2, 4, 11, 12 y 13 de la escala EVEM 1.0 mantienen enunciado y posición en la escala EVEM 1.2.
- . El ítem 8 de la escala 1.1 (*“Ha explorado los pros y los contras que ve el paciente respecto a la conducta problema (ambivalencia)”*) se fusiona con el ítem 3 (*“Realiza un adecuado posicionamiento del paciente en relación con la conducta en cuestión”*) de la escala 1.2.
- . El ítem 5 de la escala 1.1. pasa a ser el ítem 9 de la escala 1.2, sin cambios.
- . El ítem 6 de la escala 1.1 pasa a ser el ítem 7 de la escala 1.2, sin cambios.
- . El ítem 7 de la escala 1.1 pasa a ser el ítem 5 de la escala 1.2, sin cambios.
- . El ítem 9 de la escala 1.1 pasa a ser el ítem 10 de la escala 1.2, sin cambios.
- . El ítem 10 de la escala 1.1 pasa a ser el ítem 8 de la escala 1.2, sin cambios.
- . El ítem 15 de la escala 1.1 pasa a ser el ítem 6 de la escala 1.2, sin cambios.
- . El ítem 14 de la escala 1.2 (*“Negocia un plan de acción factible teniendo en cuenta las opciones del paciente”*) integra al ítem 16 (*“Comprueba que el paciente ha comprendido la forma en que las propuestas compartidas de cambio pueden ser llevadas a cabo”*) de la escala 1.1.
- . El ítem 17 de la escala 1.1 pasa a ser el ítem 15 de la escala 1.2, sin cambios.
- . El ítem 18 de la escala 1.1 pasa a ser el ítem 16 de la escala 1.2, sin cambios.

Del EVEM 1.2 al EVEM 1.3 (ver anexo 10)

Las modificaciones más relevantes en la escala tuvieron lugar en la transición del EVEM 1.2 al EVEM 1.3.

De forma sumaria, los cambios propuestos fueron:

- . En la casilla superior se eliminó "conducta en cuestión". Este cambio, como se comentará con más extensión en la Discusión, conlleva un salto cualitativo en la escala.
- . Cambio de orden de los ítems para facilitar la puntuación según una estructura lógica de entrevista (por ejemplo, el plan de acción viene después de la escucha reflexiva, y las preguntas abiertas antes de ésta).
- . Eliminación de los ítems 9 (*“Facilita el discurso del cambio”*) y 12 (*“Ofrece la información adaptada a los problemas y necesidades del paciente”*) de la escala 1.2.

. Fusión de los ítems 1 y 10 (cada uno con el suyo correspondiente).

El ítem 1 de la escala 1.2 (“*Sintoniza con el paciente a través de la comunicación no verbal*”) quedaba fusionado con el ítem 1 de la escala 1.3 (“*Muestra empatía*”).

El ítem 10 de la escala 1.2 (“*Ha explorado el grado de compromiso que el paciente tiene respecto a un posible cambio de conducta*”) se fusionaba con el ítem 9 de la escala 1.3 (“*Promueve el diseño de un plan de acción/seguimiento con el paciente*”).

En las tablas 10 a 12 se exponen de forma resumida los cambios efectuados en la escala.

Tabla 10. Ítems que no modifican enunciado en la transición de la escala EVEM 1.2 a EVEM 1.3

EVEM 1.2	EVEM 1.3
5. Emplea preguntas abiertas	posición 4
7. Realiza una escucha reflexiva	posición 5
15. Una vez iniciado el cambio, desarrolla con el paciente estrategias para su mantenimiento	posición 11

Tabla 11. Fusiones en la transición de la escala EVEM 1.2 a EVEM 1.3

EVEM 1.2	EVEM 1.3
1. Sintoniza con el paciente a través de la comunicación no verbal	2. Muestra empatía
10. Ha explorado el grado de compromiso que el paciente tiene respecto a un posible cambio de conducta	9. Promueve el diseño de un plan de acción/seguimiento con el paciente
14. Negocia un plan de acción factible teniendo en cuenta las opciones del paciente	

Tabla 12. Ítems que modifican enunciado en la transición de la escala EVEM 1.2 a EVEM 1.3

EVEM 1.2	EVEM 1.3
2. Muestra empatía en los momentos oportunos	1. Muestra empatía
3. Realiza un adecuado posicionamiento del paciente en relación con la conducta en cuestión	2. Facilita que el paciente se posicione
4. Trabaja de forma concordante con el posicionamiento del paciente a lo largo de la entrevista	3. Trabaja de forma concordante con el posicionamiento del paciente
6. Valida, de forma genuina, al paciente (capacidades, aptitudes, esfuerzo, interés...)	7. Valida al paciente
8. Realiza sumarios de la información que aporta el paciente	6. Realiza sumarios
11. Detecta la aparición de resistencias al cambio y utiliza estrategias concretas para evitarlas y manejarlas	10. Maneja las resistencias
13. Promueve la delimitación y/o la priorización de los objetivos de cambio con el paciente	8. Acuerda los objetivos de cambio con el paciente
14. Negocia un plan de acción factible teniendo en cuenta las opciones del paciente	9. Promueve el diseño de un plan de acción/seguimiento con el paciente
16. Acomoda al paciente en la recaída en un clima de aceptación, tratando de potenciar su autoeficacia	12. Ayuda al paciente en la recaída

A continuación se detallan los cambios globales. Se exponen los ítems de la escala 1.2 y a continuación las modificaciones operadas en ellos, respetando la narrativa secuencial en el tiempo. En el apartado de discusión se expondrán de forma detallada los motivos de los cambios realizados.

.. Ítem 1. "*Sintoniza con el paciente a través de la comunicación no verbal*"

Éste ítem queda englobado en el ítem 2 de la escala 1.3 ("Muestra empatía").

.. Ítem 2. "*Muestra empatía en los momentos oportunos*".

Quedaba redactado como "*Muestra empatía*" y pasaba a ser el ítem 1 del EVEM 1.3.

A su vez, englobaba al ítem 1 de la escala 1.2.

.. Ítem 3. "*Realiza un adecuado posicionamiento del paciente en relación con la conducta en cuestión*".

Quedaba redactado como "*Facilita que el paciente se posicione*" y pasaba a ser el ítem 2 de la escala 1.3.

.. Ítem 4. "*Trabaja de forma concordante con el posicionamiento del paciente a lo largo de la entrevista*".

Quedaba redactado como *“Trabaja de forma concordante con el posicionamiento del paciente”* y pasaba a ser el ítem 3 del EVEM 1.3.

.. Ítem 5. *“Emplea preguntas abiertas”*

Se mantenía pero pasaba a ser el ítem 4 de la nueva escala (cambiaba de orden al eliminar el ítem 1 de la escala 1.2).

.. Ítem 6. *“Valida, de forma genuina, al paciente (capacidades, aptitudes, esfuerzo, interés...)”*

Pasaba a ser el ítem 7 de la escala 1.3 (cambiaba de orden para quedar situado detrás de sumarios y escucha reflexiva), y quedaba redactado como *“Valida al paciente”*, simplificándose el enunciado.

.. Ítem 7. *“Realiza una escucha reflexiva”*

Pasaba a ser el ítem 5 (cambiaba de orden) de la escala 1.3.

.. Ítem 8. *“Realiza sumarios de la información que aporta el paciente”*

Pasaba a ser el ítem 6 de la escala 1.3 y quedaba redactado como *“Realiza sumarios”*.

.. Ítem 9. *“Facilita el discurso del cambio”*

Quedaba eliminado de la escala 1.3.

.. Ítem 10. *“Ha explorado el grado de compromiso que el paciente tiene respecto a un posible cambio de conducta”*.

Quedaba eliminado de la escala 1.3, al fusionarse con el ítem *“Promueve el diseño de un plan de acción con el paciente”*.

.. Ítem 11. *“Detecta la aparición de resistencias al cambio y utiliza estrategias concretas para evitarlas y manejarlas”*

Cambia de orden y pasa a ser el ítem 10 de la escala 1.3.

Cambia asimismo de enunciado para simplificar y concretar: *“Maneja las resistencias”*.

.. Ítem 12. *“Ofrece la información adaptada a los problemas y necesidades del paciente”*

Quedaba eliminado de la escala 1.3.

.. Ítem 13. *“Promueve la delimitación y/o la priorización de los objetivos de cambio con el paciente”*

Quedaba redactado como el nuevo ítem 8: *“Acuerda los objetivos de cambio con el paciente”*.

.. Ítem 14. *“Negocia y comprueba un plan de acción factible teniendo en cuenta las opciones del paciente”*

Cambiaba de orden y pasaba a ser el ítem 9 de la escala 1.3: "*Promueve el diseño de un plan de acción*".

.. Ítem 15. "*Una vez iniciado el cambio, desarrolla con el paciente estrategias para su mantenimiento*".

Se mantenía sin cambios en la escala 1.3, pasando a la posición 11.

.. Ítem 16. "*Acomoda al paciente en la recaída en un clima de aceptación, tratando de potenciar su autoeficacia*"

Se mantenía en los mismos términos en la escala 1.3, pasando a la posición 12 de la escala 1.3, y reformulado como "*Ayuda al paciente en la recaída*".

Del EVEM 1.3 al EVEM 1.4 (ver anexo 11)

Como se describió en el apartado de propiedades psicométricas y atributos, la concordancia intraobservador y la interobservador se testaron con el EVEM 1.4. En el proceso de entrenamiento en el uso de la escala a los dos expertos que participaron en la valoración de las entrevistas del estudio Dislip-EM hubieron algunas aportaciones adicionales, y se hizo necesario volver a introducir cambios en la escala y en el manual. Dichos cambios, ya prácticamente definitivos, se detallan a continuación. En el apartado de Discusión se justifican los motivos.

. Cambios en las puntuaciones, pasando de una escala Likert 0-2 a una escala Likert 0-4.

. Cambios en el ítem 10. "*Maneja las resistencias*" se sustituyó por "*Evita la discordia*". Dichos cambios afectaron tanto a la formulación del enunciado del ítem como a su contenido, motivado por la evolución del concepto de "resistencia" a "discordia" en el constructo teórico de la Entrevista Motivacional.

. Eliminación del ítem 12, "*Ayuda al paciente en la recaída*".

Ante la falta de una muestra de entrevistas representativa para poder evaluar esta situación clínica, se tuvo que desechar este ítem.

. Incorporación de los ítems de “Espíritu”: 12. *Evocación*; 13. *Colaboración*; 14. *Autonomía*; y 15. *Compasión*.

La escala definitiva: el EVEM 2.0 (ver anexo 12)

La escala definitiva es la resultante de las decisiones que se tomaron tras el análisis factorial, lo cual se comentará con más extensión en el apartado de discusión. En esencia, se elimina el ítem 11, “*Una vez iniciado el cambio, desarrolla con el paciente estrategias para su mantenimiento*”, y se mantienen el resto de ítems sin cambios en su enunciado o en su descripción en el manual.

5.2 Fase de validación cualitativa

Los expertos que participaron en la fase inicial de validación cualitativa consideraron que el cuestionario presentaba validez aparente y de contenido, es decir, que medía aparentemente lo que se supone que debe medir (la Entrevista Motivacional en un entorno de APS) y que sus contenidos incluían los dominios más relevantes del concepto que pretendía medir.

El cuestionario primitivo de 29 ítems se modificó tras la primera valoración del grupo de expertos. Para las diferentes tareas del CICAA-Estándar las propuestas de los expertos se ven reflejadas en las tablas 13 a 16.

Tabla 13. Evolución de los ítems de la escala CICAA-Estándar a la CICAA-M1M en la Tarea 1: Conectar

Primera tarea: Conectar	
CICAA-Estándar	6 ítems
CICAA-M0	6 ítems (sin variaciones)
CICAA-M1	3 ítems: . 2 iguales . 4 suprimidos . 1 añadido
CICAA-M1M	3 ítems: . 1 igual . 1 modificado . 1 añadido

Tabla 14. Evolución de los ítems de la escala CICAA-Estándar a la CICAA-M1M en la Tarea 2: Identificar y Comprender

Segunda tarea: Identificar y Comprender	
CICAA-Estándar	14 ítems
CICAA-M0	10 ítems: . 6 iguales . 4 suprimidos . 3 modificados . 1 sustituido
CICAA-M1	7 ítems: . 6 iguales . 3 suprimidos . 1 modificado
CICAA-M1M	9 ítems: . 5 iguales . 2 modificados . 2 añadidos

Tabla 15. Evolución de los ítems de la escala CICAA-Estándar a la CICAA-M1M en la Tareas 3 y 4: Acordar y Ayudar a actuar

Tercera y Cuarta tareas: Acordar y Ayudar a actuar

CICAA-Estándar	9 ítems
CICAA-M0	13 ítems: . 4 iguales . 5 modificados . 4 añadidos
CICAA-M1	13 ítems: (sin variaciones)
CICAA-M1M	7 ítems: . 2 iguales . 5 modificados . 6 suprimidos

En cuanto a los resultados cuantitativos, en la valoración por parte de los expertos de los ítems iniciales de la escala, se pueden ver en la tabla 16.

Tabla 16. Evolución del número total de ítems de la escala CICAA-Estándar al CICAA-M1M

nº ítems	CICAA- Estándar	CICAA-M0	CICAA- M1	CICAA- M1M
1ª Tarea: conectar	6	6	3	3
2ª Tarea: identificar y comprender	14	10	7	9
3ª y 4ª Tareas: acordar y ayudar	9	13	13	7
Totales	29	29	23	19

En resumen, se pasó de una escala de 29 ítems a otra de 19. Se añadieron 7 ítems, se suprimieron 17 y se modificaron 11.

Por lo que respecta a la segunda fase de validación cualitativa, esto es, a la Adecuación de la escala, se observaron los cambios que se detallan en la tabla 17, y que se han descrito en la fase de construcción del cuestionario.

Tabla 17. Evolución de los ítems de la escala CICAA- M1M al EVEM 2.0

Escala	Ítems suprimidos	Ítems fusionados	Ítems añadidos	Ítems modificados	Total
CICAA-M1M	-	-	-	-	19
EVEM 1.0	-	4	3	5	22
EVEM 1.1	2	2	-	5	18
EVEM 1.2	-	2	-	2	16
EVEM 1.3	2	2	-	10	12
EVEM 1.4	1	-	4	1	15
EVEM 2.0	1	-	-	-	14

5.3 Fase de evaluación de las propiedades psicométricas y atributos

5.3.1 Análisis de la fiabilidad*

**Para los estimadores globales del cuestionario, expresados con el CCI, se han incluido los intervalos de confianza para el 95% de seguridad en los resultados, no así con cada uno de los ítems, puesto que al tratarse de muestras pequeñas, apenas aportan información adicional, salvo en aquellos resultados donde dichos intervalos ofrecían información determinante.*

Concordancia intraobservador

La concordancia intraobservador en el juez u observador experto se evaluó inicialmente con la escala EVEM 1.3. Posteriormente se realizó otro análisis test-retest en los observadores entrenados con la escala EVEM 2.0. No se testó la concordancia intraobservador en el observador entrenado con la escala 1.4, tal y como se ha detallado en el apartado de *Material y métodos*.

Concordancia intraobservador en el observador experto

Los tests de contraste de hipótesis para los índices Kappa(κ) mostraron en todos los casos significación estadística ($p < 0.05$), rechazándose la hipótesis nula ($\kappa = 0$). En el caso del experto 1, en un ítem la concordancia es pobre ($\kappa < 0,2$), en 3 ítems débil ($\kappa = 0,21-0,4$), en 3 ítems moderada ($\kappa = 0,41-0,6$) y en 6 ítems buena ($\kappa = 0,61-0,80$). El resultado de la prueba T de Student para datos apareados fue de $t = -1,59$, $p = 0,13$, esto es, no hubo diferencias significativas entre las medias de la puntuación global obtenida con la escala en el test-retest.

En el caso del experto 2, se observa que hay 3 ítems con una concordancia débil, 4 ítems con una concordancia moderada, 5 ítems con una concordancia buena y 1 ítem

con una concordancia muy buena. El resultado de la prueba T de Student para datos apareados fue de $t=-1,68$, $p=0,11$.

En las tablas 18 y 19 se exponen en detalle los resultados de la fiabilidad test-retest en los dos expertos con la escala EVEM 1.3.

Tabla 18. Concordancia intraobservador en el experto 1 con la escala EVEM 1.3

Ítem	Kappa
1. Empatía	0,77
2. Posicionamiento	0,53
3. Concordante	0,65
4. Preguntas abiertas	0,25
5. Escucha reflexiva	0,12
6. Sumarios	0,68
7. Validación	0,61
8. Objetivos	0,46
9. Plan de acción	0,37
10. Resistencias	0,63
11. Mantenimiento	0,60
12. Recaída	0,46

N=20

Tabla 19. Concordancia intraobservador en el experto 2 con la escala EVEM 1.3

Ítem	Kappa
1. Empatía	0,69
2. Posicionamiento	0,60
3. Concordante	0,42
4. Preguntas abiertas	0,32
5. Escucha reflexiva	0,30
6. Sumarios	0,87
7. Validación	0,46
8. Objetivos	0,48
9. Plan de acción	0,37
10. Resistencias	0,70
11. Mantenimiento	0,72
12. Recaída	0,65
Respuesta del paciente	0,46

N=20

Concordancia intraobservador en el observador entrenado

La concordancia intraobservador en el observador entrenado no pudo ser evaluada por motivos personales de los investigadores implicados. Se presentan aquí los datos referentes al análisis de la concordancia intraobservador en los observadores entrenados para el estudio de generalizabilidad de la fiabilidad.

Los índices Kappa(κ) no pudieron calcularse para todos los ítems, por lo que se utilizó el Índice de concordancia simple (ICS) en su lugar. De las 31 posibles mediciones, la concordancia fue débil ($\kappa=0,21-0,4$) en un caso, moderada ($\kappa=0,41-0,6$) en 4 casos, buena ($\kappa=0,61-0,80$) en 6 casos, y muy buena ($\kappa>0,81$) en 20 casos. Los tests de contraste de hipótesis para los índices Kappa mostraron en todos los casos significación estadística ($p<0,05$). Los ICS mostraron valores del rango 50-100%.

El CCI para el observador 1 fue de 0,98 (IC95%: 0,84-0,99). El CCI para el observador 2 fue de 1 (IC95%: 0,99-1). El CCI para el observador 3 fue de 0,99 (IC95%: 0,97-0,99). El CCI para el observador 4 fue de 0,96 (IC95%: 0,73-0,99).

Para todos los observadores, el CCI global fue de 0,96 (IC95%: 0,73-0,99).

En las tablas 20 a 23 se exponen los resultados.

Tabla 20. Concordancia intraobservador en el observador entrenado 1 con la escala EVEM 2.0

Ítem	Observador 1	
	ICS	Kappa
1. Empatía	1	1
2. Posicionamiento	0,83	-
3. Concordante	1	1
4. Preguntas abiertas	0,66	-
5. Escucha reflexiva	0,66	0,57
6. Sumarios	0,66	-
7. Validación	1	1
8. Objetivos	0,66	0,45
9. Plan de acción	0,66	0,45
10. Discordia	0,66	0,74
11. Evocación	0,83	-
12. Colaboración	0,83	-
13. Autonomía	0,83	-
14. Compasión	0,5	-

N=6; ICS: Índice de concordancia simple.

Tabla 21. Concordancia intraobservador en el observador entrenado 2 con la escala EVEM 2.0

Ítem	Observador 2	
	ICS	Kappa
1. Empatía	1	1
2. Posicionamiento	1	1
3. Concordante	1	1
4. Preguntas abiertas	1	1
5. Escucha reflexiva	0,83	-
6. Sumarios	1	1
7. Validación	1	1
8. Objetivos	1	1
9. Plan de acción	1	1
10. Discordia	1	1
11. Evocación	1	1
12. Colaboración	1	1
13. Autonomía	1	1
14. Compasión	1	1

N=6; ICS: Índice de concordancia simple.

Tabla 22. Concordancia intraobservador en el observador entrenado 3 con la escala EVEM 2.0.

Ítem	Observador 3	
	ICS	Kappa
1. Empatía	0,83	0,74
2. Posicionamiento	0,66	-
3. Concordante	0,83	0,78
4. Preguntas abiertas	0,83	-
5. Escucha reflexiva	0,83	0,74
6. Sumarios	0,66	-
7. Validación	1	1
8. Objetivos	0,83	-
9. Plan de acción	0,66	-
10. Discordia	0,83	-
11. Evocación	0,66	0,5
12. Colaboración	0,83	-
13. Autonomía	1	1
14. Compasión	0,66	-

N=6; ICS: Índice de concordancia simple.

Tabla 23. Concordancia intraobservador en el observador entrenado 4 con la escala EVEM 2.0

Ítem	Observador 4	
	ICS	Kappa
1. Empatía	0,83	0,74
2. Posicionamiento	1	1
3. Concordante	0,66	-
4. Preguntas abiertas	0,5	-
5. Escucha reflexiva	0,66	-
6. Sumarios	0,5	0,3
7. Validación	0,5	-
8. Objetivos	0,83	-
9. Plan de acción	1	1
10. Discordia	0,5	-
11. Evocación	0,5	-
12. Colaboración	0,5	-
13. Autonomía	0,66	-
14. Compasión	0,83	0,74

N=6; ICS: Índice de concordancia simple.

Gráficamente se exponen los resultados con el método de Bland y Altman.

Leyenda en las figuras 2 a 15




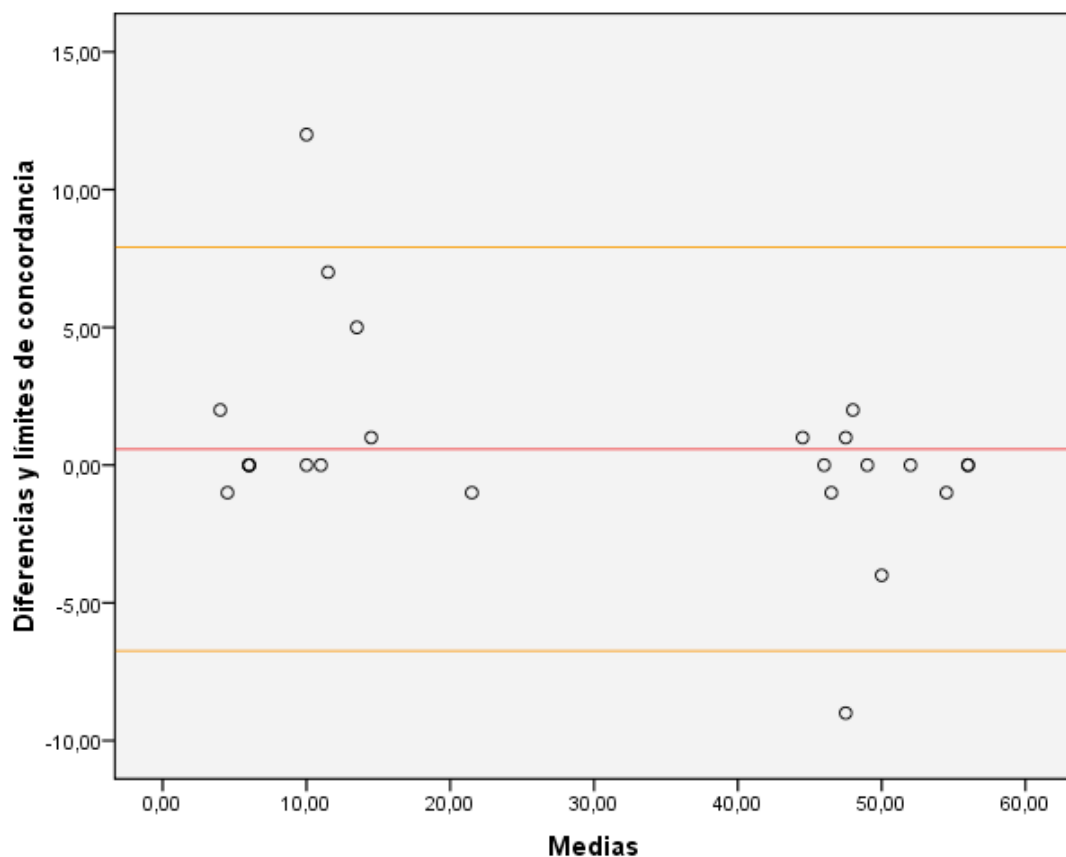
	valores de los límites de concordancia
	valor medio alcanzado al comparar ambas distribuciones de valores
	valor cero

Figura 2. Gráfico de Bland y Altman para los resultados de la concordancia intraobservador en los observadores entrenados con la escala EVEM 2.0.



Concordancia interobservador

A continuación se exponen los resultados de la concordancia interobservador en las diferentes etapas de refinamiento de la escala por orden cronológico.

El primer análisis de concordancia interobservador con los expertos se llevó a cabo en agosto de 2011, con la escala EVEM 1.2. En 2 ítems no se pudo calcular el índice Kappa(κ) y se muestran los resultados del Índice de concordancia simple .

Los tests de contraste de hipótesis para los índices Kappa mostraron en todos los casos significación estadística ($p < 0,05$). La concordancia fue pobre ($\kappa < 0,2$), en 4 ítems, débil ($\kappa = 0,21-0,4$), en 4 ítems, y moderada ($\kappa = 0,41-0,6$) en 4 ítems. Los ítems

15 y 16 no se pudieron evaluar porque no se encontró en la muestra ninguna entrevista en la que el profesional abordara las fases de mantenimiento o de recaída.

Los resultados se exponen en la tabla 24.

Tabla 24. Concordancia interobservador entre expertos con la escala EVEM 1.2

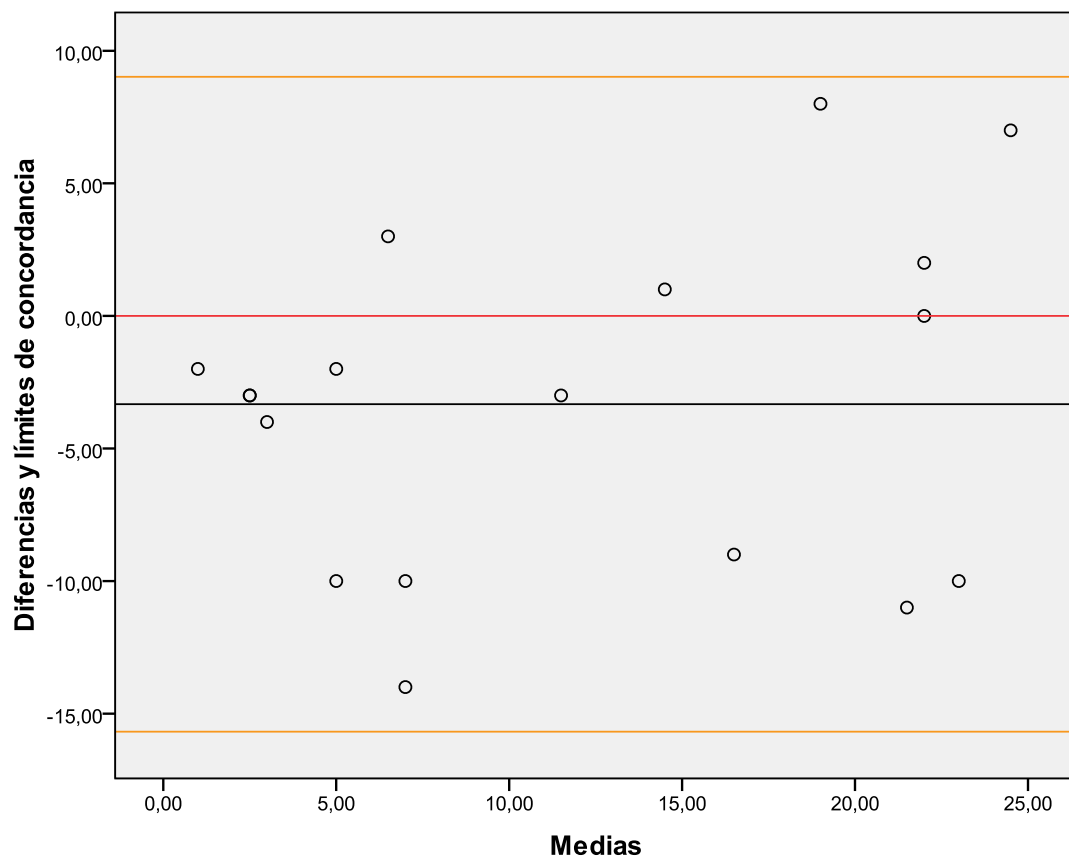
Ítem	ICS	Kappa
1. Sintoniza no verbal	0,33	nc
2. Empatía		0,16
3. Posicionamiento		0,13
4. Concordante		0,47
5. Preguntas abiertas		0,58
6. Validación		0,18
7. Escucha reflexiva		0,28
8. Sumarios		0,05
9. Discurso de cambio		0,40
10. Compromiso		0,29
11. Resistencias		0,47
12. Información	0,55	nc
13. Objetivos		0,36
14. Plan de acción		0,50
15. Mantenimiento	nc	nc
16. Recaída	nc	nc

N=18; ICS: Índice de concordancia simple; nc: no calculable

El CCI global obtenido fue de 0,88 (IC95%: 0,71-0,95).

Gráficamente se exponen los resultados con el método de Bland y Altman.

Figura 3. Gráfico de Bland y Altman para los resultados de la concordancia interobservador entre expertos con la escala 1.2



Un segundo análisis de concordancia entre los expertos se llevó a cabo en agosto de 2012 con la escala EVEM 1.3.

Los tests de contraste de hipótesis para los índices Kappa mostraron en todos los casos significación estadística ($p < 0.05$). La concordancia fue moderada ($\kappa = 0,41-0,6$) en 3 ítems, buena ($\kappa = 0,61-0,80$) en 8 ítems y muy buena ($\kappa > 0,81$) en 1 ítem. En un ítem no se pudo calcular el índice Kappa y se presentan los resultados con el ICS (acuerdo del 89%). El CCI global fue de 0.88 (IC95%: 0.71-0.95). Los resultados se muestran en la tabla 25.

Tabla 25. Concordancia interobservador entre expertos con la escala EVEM 1.3

Ítem	ICS	Kappa
1. Empatía		0,92
2. Posicionamiento		0,68
3. Concordante		0,56
4. Preguntas abiertas		0,67
5. Escucha reflexiva		0,42
6. Sumarios	0,89	-
7. Validación		0,74
8. Objetivos		0,67
9. Plan de acción		0,67
10. Resistencias		0,70
11. Mantenimiento		0,63
12. Recaída		0,44

N=19; ICS: Índice de concordancia simple

Dos meses después se evaluó la concordancia intraobservador y se evaluaron las diferencias entre observadores en el postest. En la tabla 25bis se exponen los resultados. Los tests de contraste de hipótesis para los índices Kappa mostraron en todos los casos significación estadística ($p < 0.05$). La concordancia fue moderada ($\kappa = 0,41-0,6$) en 2 ítems, buena ($\kappa = 0,61-0,80$) en 7 ítems y muy buena ($\kappa > 0,81$) en 2 ítems. En un ítem no se pudo calcular el índice Kappa y se presentan los resultados con el ICS (acuerdo del 73%). El CCI global fue de 0,88 (IC95%: 0,71-0,95).

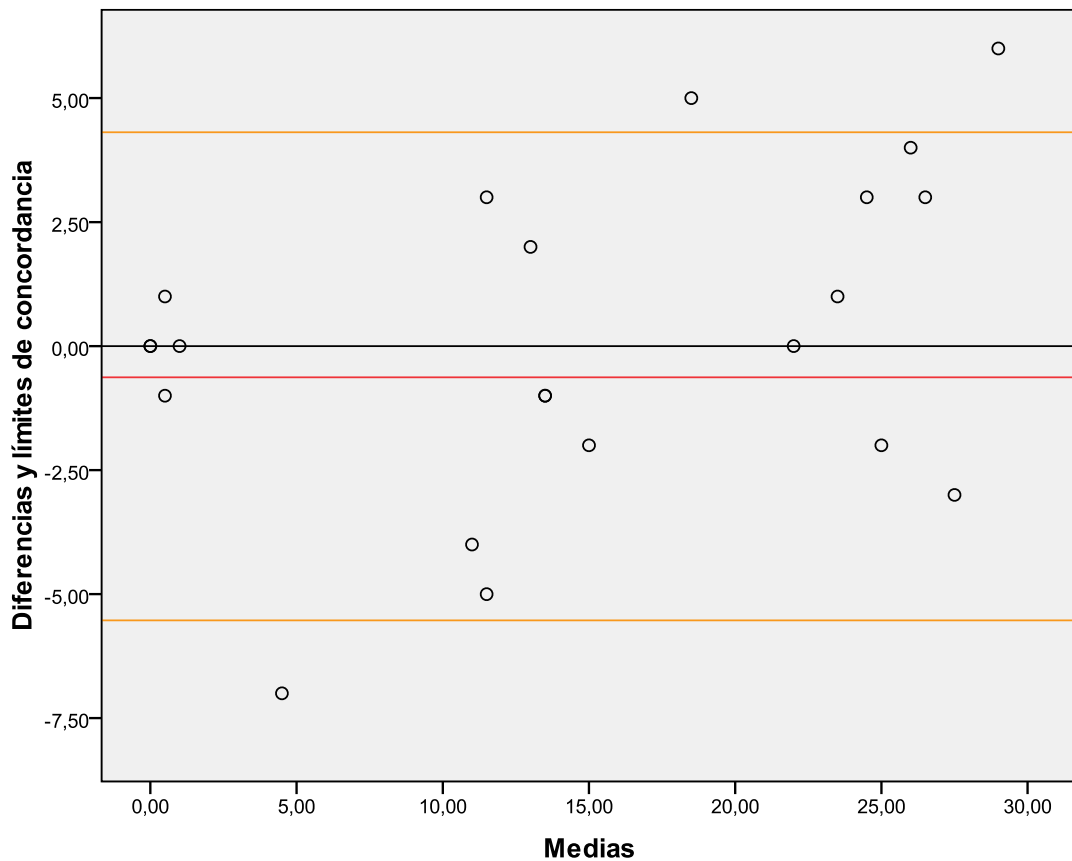
Tabla 25bis. Concordancia interobservador entre expertos con la escala EVEM 1.3 en el test y en el post test

Ítem	test		post test	
	ICS	Kappa	ICS	Kappa
1. Empatía		0,92		0,79
2. Posicionamiento		0,68		0,77
3. Concordante		0,56		0,85
4. Preguntas abiertas		0,67		0,73
5. Escucha reflexiva		0,42		0,66
6. Sumarios	0,89	nc		0,82
7. Validación		0,74		0,79
8. Objetivos		0,67		0,55
9. Plan de acción		0,67		0,67
10. Resistencias		0,70		0,59
11. Mantenimiento		0,63		0,69
12. Recaída		0,44	0,73	nc

N=19; ICS: Índice de concordancia simple; nc= no calculable

Gráficamente se exponen los resultados con el método de Bland y Altman.

Figura 4. Gráfico de Bland y Altman para los resultados de la concordancia interobservador entre expertos con la escala 1.3(post test)



En enero de 2013 se realizó un tercer análisis con la escala EVEM 1.3, entre los expertos y los dos observadores entrenados.

En la tabla 26 se exponen los resultados de la concordancia entre el juez 1 y los dos observadores. Los tests de contraste de hipótesis para los índices Kappa mostraron en todos los casos significación estadística ($p < 0,05$). En el caso del observador 1, La concordancia fue pobre ($\kappa < 0,2$) en 2 ítems, débil ($\kappa = 0,21-0,4$) en 8 ítems, moderada ($\kappa = 0,41-0,6$) en 2 ítems, y buena ($\kappa = 0,61-0,80$) en 4 ítems. En el caso del observador 2, la concordancia fue débil ($\kappa = 0,21-0,4$) en 6 ítems, moderada ($\kappa = 0,41-0,6$) en 8 ítems, y buena ($\kappa = 0,61-0,80$) en 1 ítem. En 1 ítem no se pudo calcular el índice k y se obtuvo el ICS, con un acuerdo del 81%. Para la concordancia con el observador 1 el

CCI global de la escala fue CCI=0,78 (IC95%: 0,55-0,90), y para el observador 2 fue CCI=0,80 (IC95%: 0,58-0,91).

Tabla 26. Concordancia interobservador entre el juez 1 y los observadores 1 y 2 con la escala EVEM 1.3

ítem	juez 1- obs 1	juez 1- obs 2	
	Kappa	Kappa	ICS
1. Empatía	0,26	0,59	
2. Posicionamiento	0,46	0,69	
3. Concordante	0,03	0,31	
4. Preguntas abiertas	0,46	0,51	
5. Escucha reflexiva	0,38	0,45	
6. Sumarios	0,74	0,34	
7. Validación	0,35	0,52	
8. Objetivos	0,37	0,58	
9. Plan de acción	0,34	0,37	
10. Resistencias	0,64	0,58	
11. Mantenimiento	0,65	0,36	
12. Recaída	0,34	nc	0,81
13. Evocación	0,64	0,25	
14. Colaboración	0,21	0,45	
15. Autonomía	0,07	0,39	
16. Compasión	0,40	0,57	

N=22; ICS: Índice de concordancia simple; nc: no calculable; obs: observador

En la tabla 27 se exponen los resultados de la concordancia entre el juez 2 y los dos observadores. Los tests de contraste de hipótesis para los índices Kappa mostraron en todos los casos significación estadística ($p < 0.05$). En el caso del observador 1, La concordancia fue pobre ($\kappa < 0,2$) en 1 ítem, débil ($\kappa = 0,21-0,4$) en 7 ítems, moderada ($\kappa = 0,41-0,6$) en 5 ítems, buena ($\kappa = 0,61-0,80$) en 1 ítem y muy buena ($\kappa > 0,80$) en 1 ítem. En 1 ítem no se pudo calcular el índice k y se obtuvo el ICS, con un acuerdo del 82%. En el caso del observador 2, la concordancia pobre ($\kappa < 0,2$) en 1 ítem, débil

($\kappa=0,21-0,4$) en 4 ítems, moderada ($\kappa=0,41-0,6$) en 8 ítems, buena ($\kappa=0,61-0,80$) en 2 ítems, y muy buena ($\kappa > 0,80$) en 1 ítem . Para la concordancia con el observador 1 el CCI global de la escala fue CCI=0,89 (IC95%: 0,76-0,95), y para el observador 2 fue CCI=0,90 (IC95%: 0,76-0,96).

Tabla 27. Concordancia interobservador entre el juez 2 y los observadores 1 y 2 con la escala EVEM 1.3

Ítem	juez 2- obs 1		juez 2- obs 2
	Kappa	ICS	Kappa
1. Empatía	0,21		0,38
2. Posicionamiento	0,38		0,70
3. Concordante	0,16		0,38
4. Preguntas abiertas	0,59		0,67
5. Escucha reflexiva	0,46		0,51
6. Sumarios	0,81		0,23
7. Validación	0,38		0,49
8. Objetivos	0,29		0,47
9. Plan de acción	0,40		0,17
10. Resistencias	0,52		0,59
11. Mantenimiento	0,73		0,59
12. Recaída	nc	0,82	1
13. Evocación	0,44		0,34
14. Colaboración	0,44		0,59
15. Autonomía	0,24		0,45
16. Compasión	0,22		0,58

N=22; ICS: Índice de concordancia simple; nc: no calculable; obs: observador

En las figuras 5 a 8 se exponen gráficamente los resultados con el método de Bland y Altman.

Figura 5. Gráfico de Bland y Altman para los resultados de la concordancia interobservador entre el juez 1 y el observador entrenado 1 con la escala EVEM 1.3

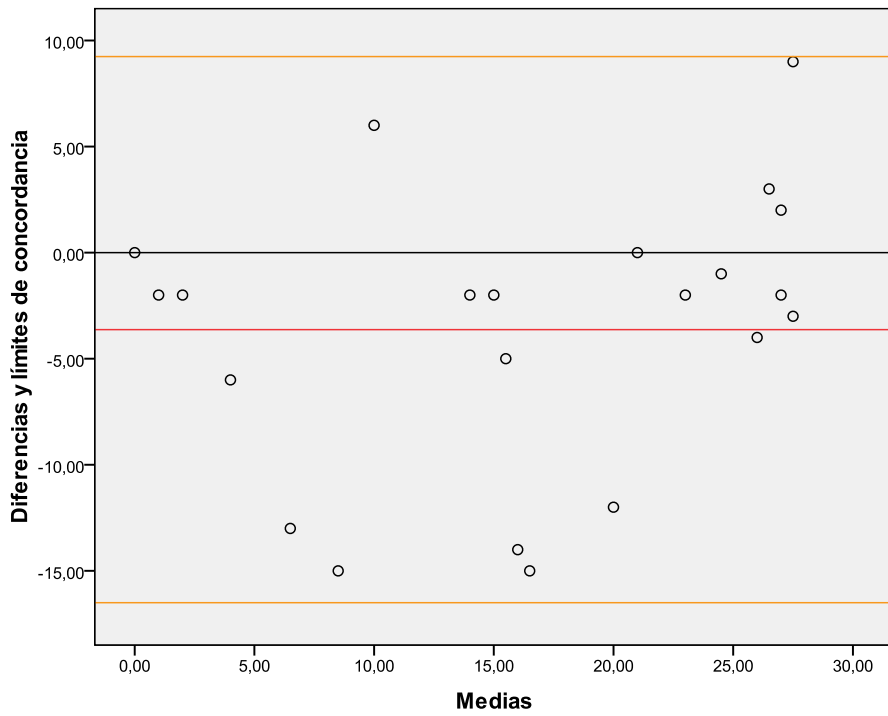


Figura 6. Gráfico de Bland y Altman para los resultados de la concordancia interobservador entre el juez 1 y el observador entrenado 2 con la escala EVEM 1.3

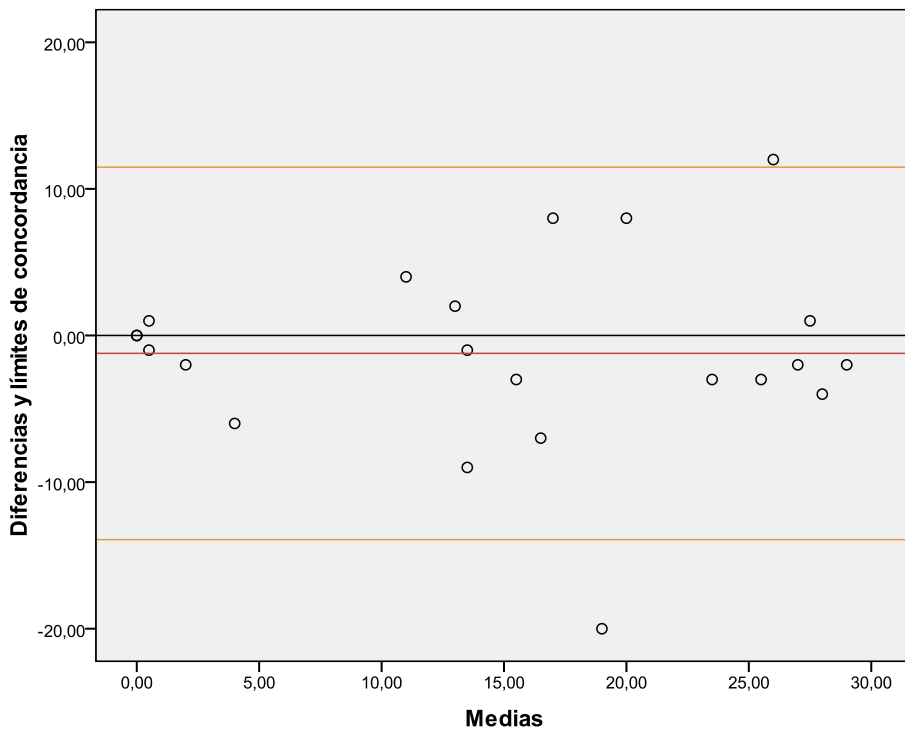


Figura 7. Gráfico de Bland y Altman para los resultados de la concordancia interobservador entre el juez 2 y el observador entrenado 1 con la escala EVEM 1.3

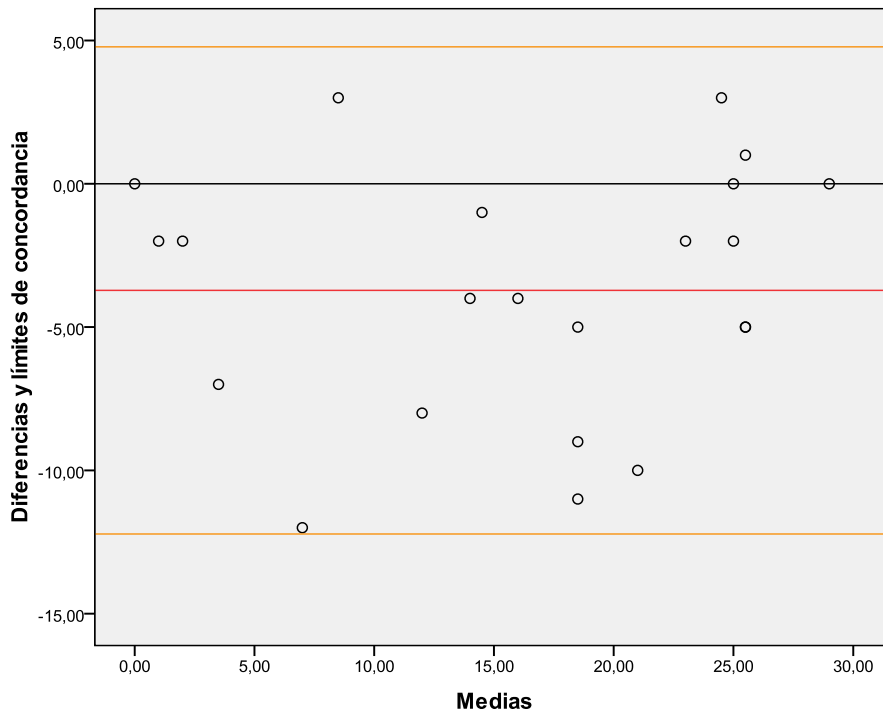
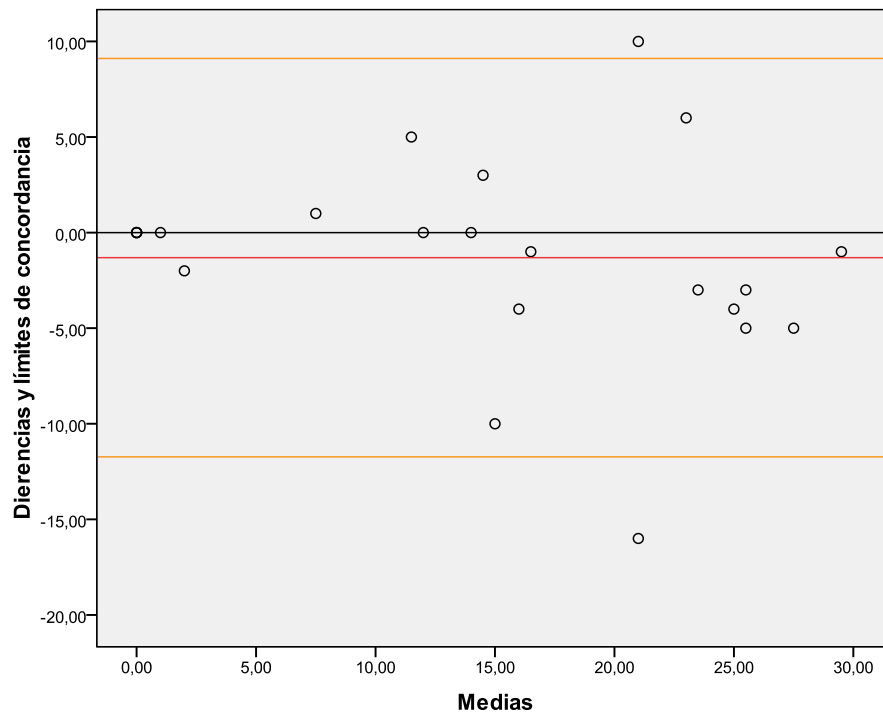


Figura 8. Gráfico de Bland y Altman para los resultados de la concordancia interobservador entre el juez 2 y el observador entrenado 2 con la escala EVEM 1.3



Para la concordancia interobservador entre los observadores entrenados, los resultados se muestran en la tabla 28. Los tests de contraste de hipótesis para los índices Kappa mostraron en todos los casos significación estadística ($p < 0.05$). La concordancia fue pobre ($\kappa < 0,2$) en 1 ítem, débil ($\kappa = 0,21-0,4$) en 8 ítems, moderada ($\kappa = 0,41-0,6$) en 5 ítems y buena ($\kappa = 0,61-0,80$) en 1 ítem. El CCI global de la escala fue $CCI = 0,82$ (IC95%: 0,62-0,92).

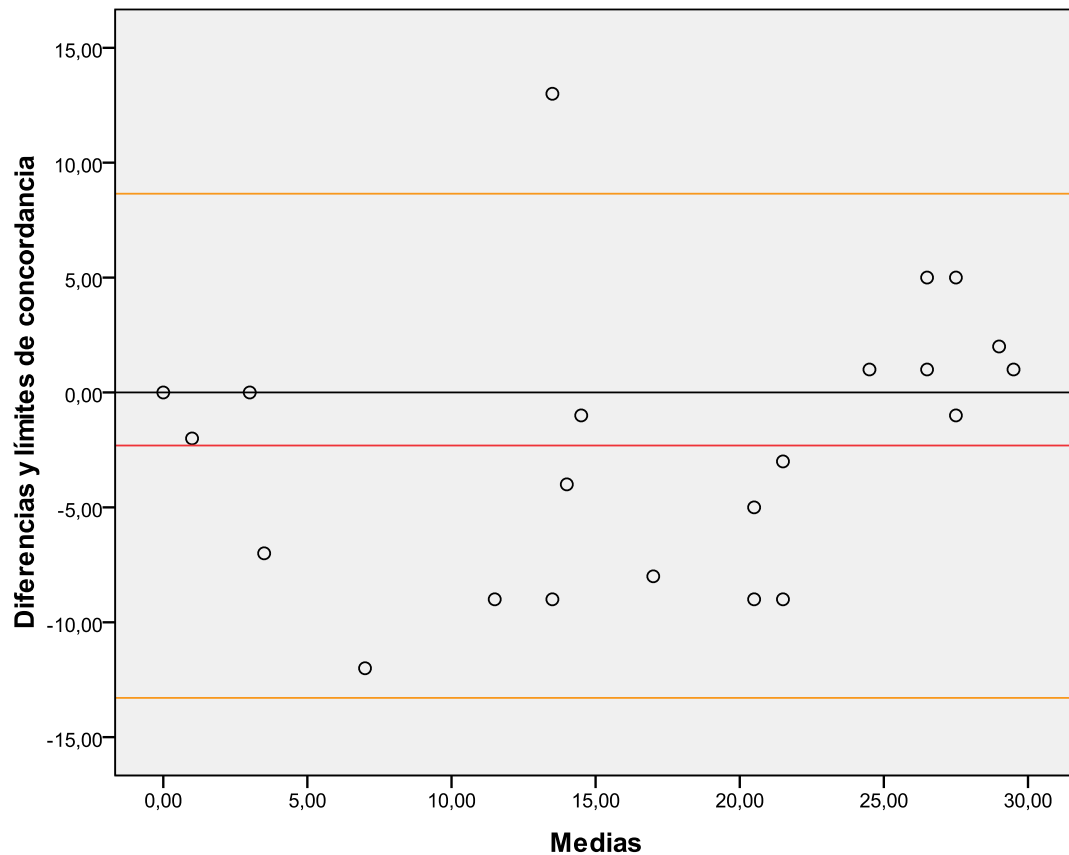
Tabla 28. Concordancia interobservador en los observadores entrenados 1 y 2 con la escala EVEM 1.3

ítem	observador 1 - observador 2	
	Kappa	ICS
1. Empatía	0,44	
2. Posicionamiento	0,53	
3. Concordante	0,38	
4. Preguntas abiertas	0,79	
5. Escucha reflexiva	0,39	
6. Sumarios	0,30	
7. Validación	0,31	
8. Objetivos	0,31	
9. Plan de acción	0,10	
10. Resistencias	0,45	
11. Mantenimiento	0,45	
12. Recaída	nc	0,73
13. Evocación	0,25	
14. Colaboración	0,37	
15. Autonomía	0,38	
16. Compasión	0,44	

N=22; ICS: Índice de concordancia simple; nc: no calculable

En la figura 9 se exponen gráficamente los resultados con el método de Bland y Altman.

Figura 9. Gráfico de Bland y Altman para los resultados de la concordancia interobservador entre los observadores entrenados con la escala EVEM 1.3



Finalmente, en agosto de 2013 se realizó un segundo análisis de la concordancia interobservador entre los dos jueces y los dos observadores entrenados para testar los cambios introducidos en la escala EVEM 1.3, en su transición a la escala EVEM 1.4. Las entrevistas se testaron con la escala en su versión Likert 0-2 y Likert 0-4. Se calcularon, además de los índices Kappa, los Coeficientes de correlación intraclase. Se ofrece el resultado del Índice de concordancia simple donde no fue posible calcular el índice Kappa. Debido a un error con la base de datos, no disponemos de los datos referentes a los ítems 12 a 15 en el juez 1 con la puntuación 0-2.

Para la concordancia interobservador entre expertos, los resultados se exponen en la tabla 29.

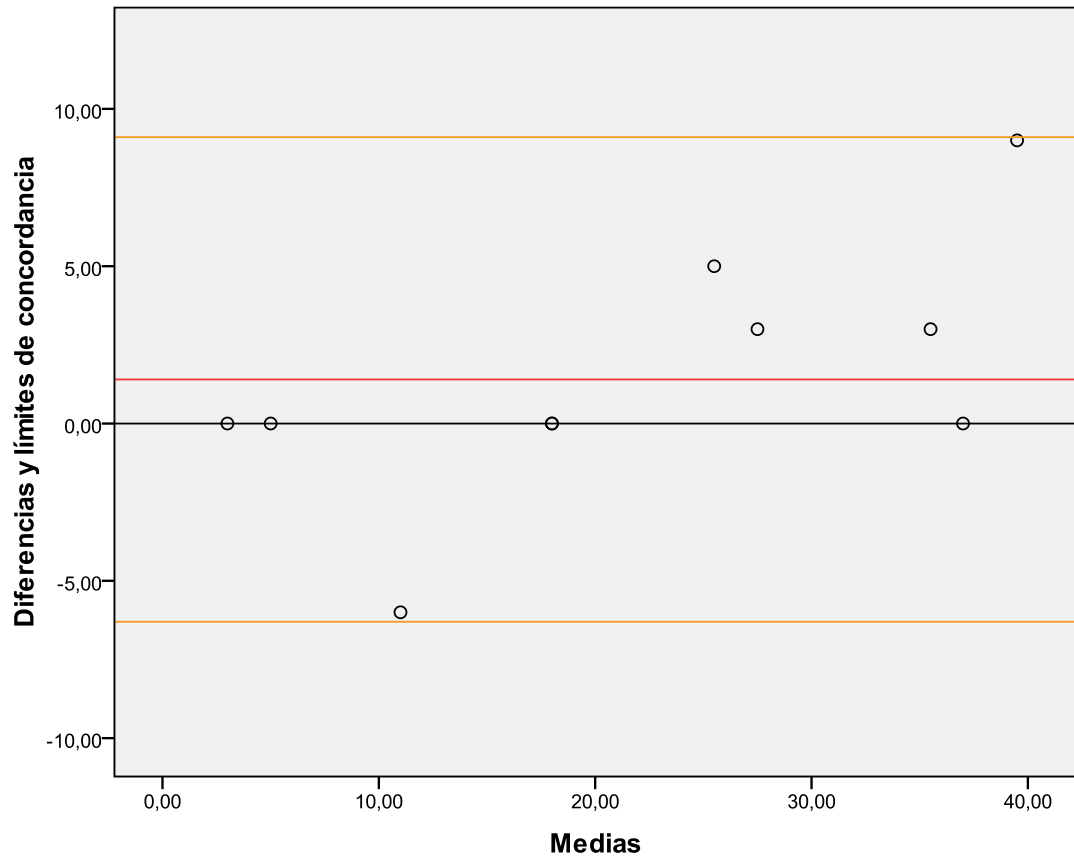
Tabla 29. Concordancia interobservador entre expertos con la escala EVEM 1.4, con las puntuaciones 0-2 y 0-4.

ítem	puntuación 0-2			puntuación 0-4		
	ICS	Kappa	CCI	ICS	Kappa	CCI
1. Empatía		1	1	0,80	nc	0,97
2. Posicionamiento		0.85	0.94	0,90	nc	0,98
3. Concordante		0.70	0.85		0,75	0,85
4. Preguntas abiertas	0.80	nc	0.91		0,71	0,95
5. Escucha reflexiva		0.62	0.85	0,80	nc	0,96
6. Sumarios		1	1		1	1
7. Validación		0.85	0.94		0,87	0,98
8. Objetivos		0.69	0.90	0,80	nc	0,90
9. Plan de acción		0.70	0.71		0,74	0,67
10. Discordia		0.84	0.77		0,62	0,72
11. Mantenimiento		1	1	0,71	nc	0,96
12. Evocación		0.69	0.90	-	-	-
13. Colaboración		0.85	0.94	-	-	-
14. Autonomía		0.85	0.94	-	-	-
15. Compasión		0.83	0.93	-	-	-

N=10; ICS: Índice de concordancia simple; CCI: Coeficiente de correlación intraclase; nc: no calculable

Gráficamente se exponen los resultados con el método de Bland y Altman.

Figura 10. Gráfico de Bland y Altman para los resultados de la concordancia interobservador entre expertos con la escala 1.4



Para la concordancia interobservador entre el juez 1 y el observador entrenado 1, los resultados se exponen en la tabla 30.

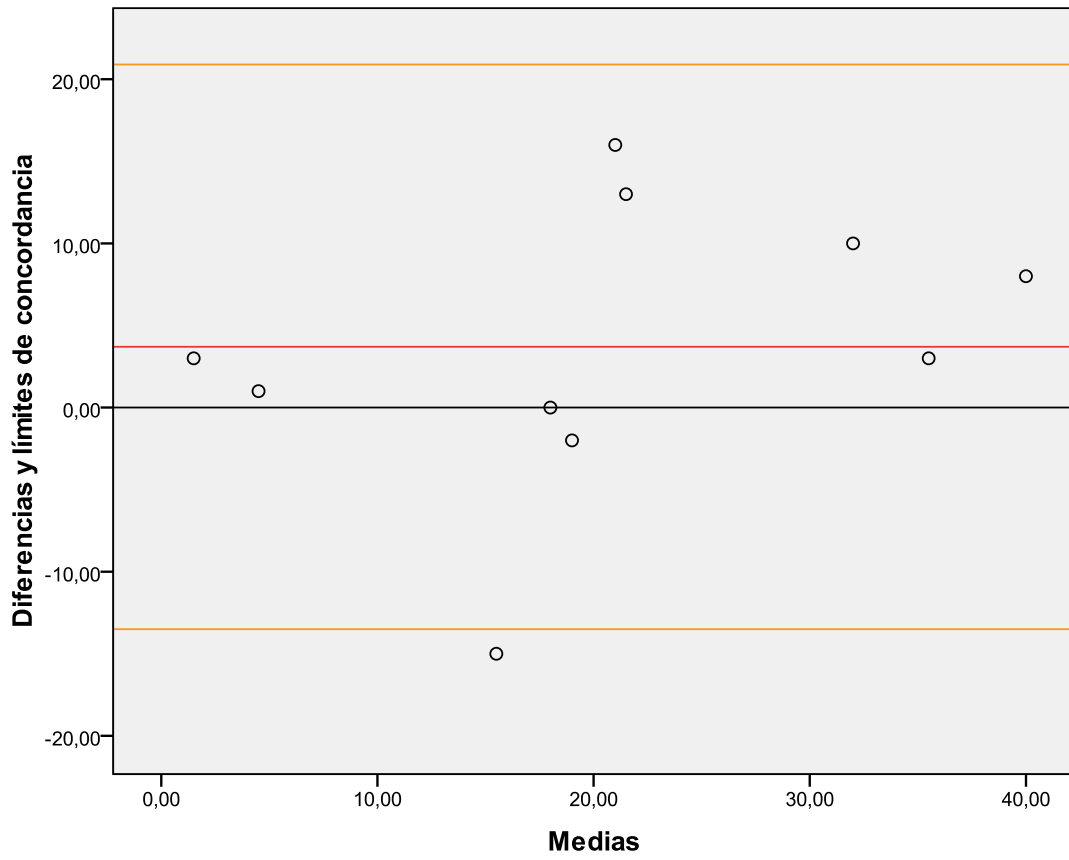
Tabla 30. Concordancia interobservador entre el juez 1 y el observador entrenado 1 con la escala EVEM 1.4, con las puntuaciones 0-2 y 0-4.

ítem	puntuación 0-2			puntuación 0-4		
	ICS	Kappa	CCI	ICS	Kappa	CCI
1. Empatía		0.82	0.70		0.84	0.84
2. Posicionamiento		0.51	0.49	0.55	nc	0.70
3. Concordante		0.35	0.66	0.55	nc	0.76
4. Preguntas abiertas	0.33	nc	0.62	0.22	nc	0.50
5. Escucha reflexiva		0.12	0.58		0.30	0.81
6. Sumarios		0.61	0.64		0.25	0.50
7. Validación		0.50	0.49	0.33	nc	0.74
8. Objetivos		0.20	0.36	0.44	nc	0.15
9. Plan de acción		0.24	0.23	0.44	nc	0.15
10. Discordia		0.47	0.57	0.55	nc	0.65
11. Mantenimiento		0.52	0.43		0.25	0.55
12. Evocación		0.25	0.55	-	-	-
13. Colaboración		0.50	0.70	-	-	-
14. Autonomía		0.33	0.67	-	-	-
15. Compasión		0.08	0.59	-	-	-

N=10; ICS: Índice de concordancia simple; CCI: Coeficiente de correlación intraclase; nc: no calculable

Gráficamente se exponen los resultados con el método de Bland y Altman.

Figura 11. Gráfico de Bland y Altman para los resultados de la concordancia interobservador entre el experto1 y el observador 1 con la escala 1.4



Para la concordancia interobservador entre el juez 1 y el observador entrenado 2, los resultados se exponen en la tabla 31.

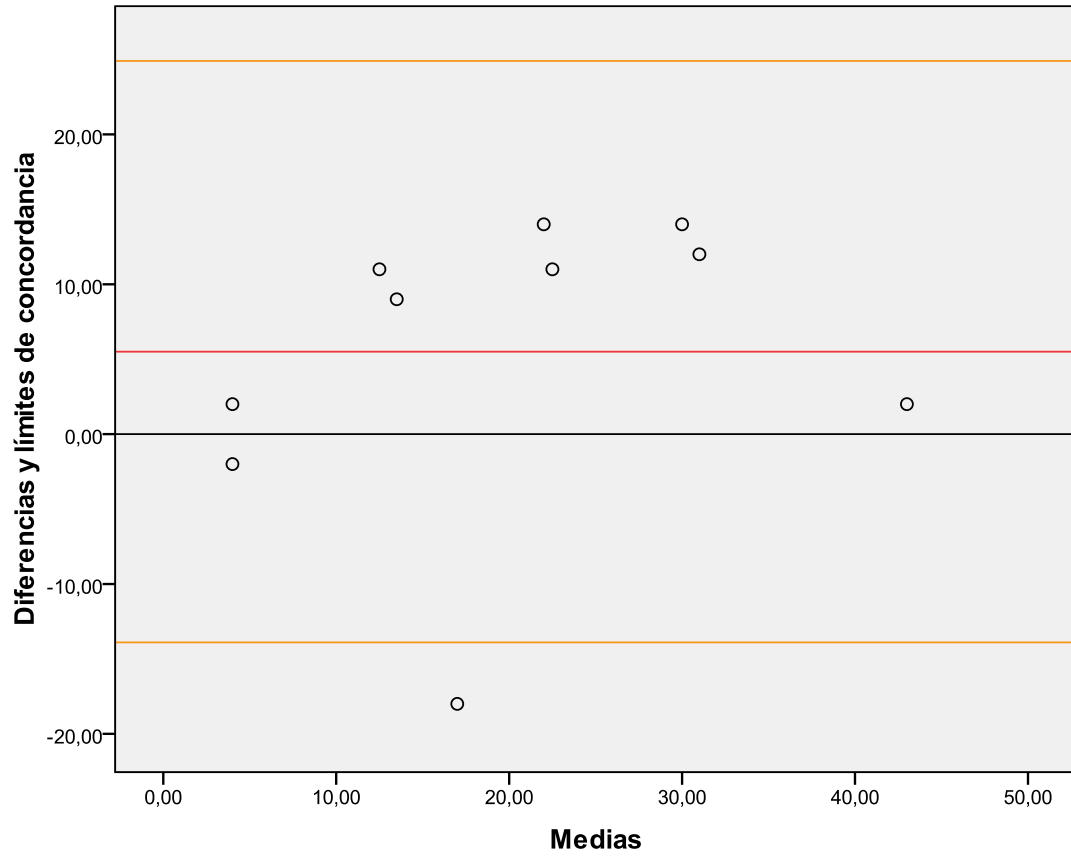
Tabla 31. Concordancia interobservador entre el juez 1 y el observador entrenado 2 con la escala EVEM 1.4, con las puntuaciones 0-2 y 0-4

ítem	puntuación 0-2			puntuación 0-4		
	ICS	Kappa	CCI	ICS	Kappa	CCI
1. Empatía		0.41	0.42	0.8	nc	0.85
2. Posicionamiento		0.36	0.59	0.5	nc	0.47
3. Concordante		0.37	0.70	0.2	nc	0.58
4. Preguntas abiertas	0.6	nc	0.49	0.2	nc	0.43
5. Escucha reflexiva		0.23	0.67	0.4	nc	0.58
6. Sumarios	0.8	nc	0.62	0.5	nc	0.41
7. Validación		0.54	0.39	0.3	nc	0.26
8. Objetivos		0.29	0.66	0.2	nc	0.58
9. Plan de acción	0.5	nc	0.58	0	nc	0.62
10. Discordia		0.24	0.28	0.4	nc	0.25
11. Mantenimiento	0.5	nc	0.64	0.2	nc	0.29
12. Evocación		0.12	0.65	-	-	-
13. Colaboración		0.13	0.53	-	-	-
14. Autonomía		0.32	0.79	-	-	-
15. Compasión		0.27	0.74	-	-	-

N=10; ICS: Índice de concordancia simple; CCI: Coeficiente de correlación intraclase; nc: no calculable

Gráficamente se exponen los resultados con el método de Bland y Altman.

Figura 12. Gráfico de Bland y Altman para los resultados de la concordancia interobservador entre el experto1 y el observador 2 con la escala 1.4



Para la concordancia interobservador entre el juez 2 y el observador entrenado 1, los resultados se exponen en la tabla 32.

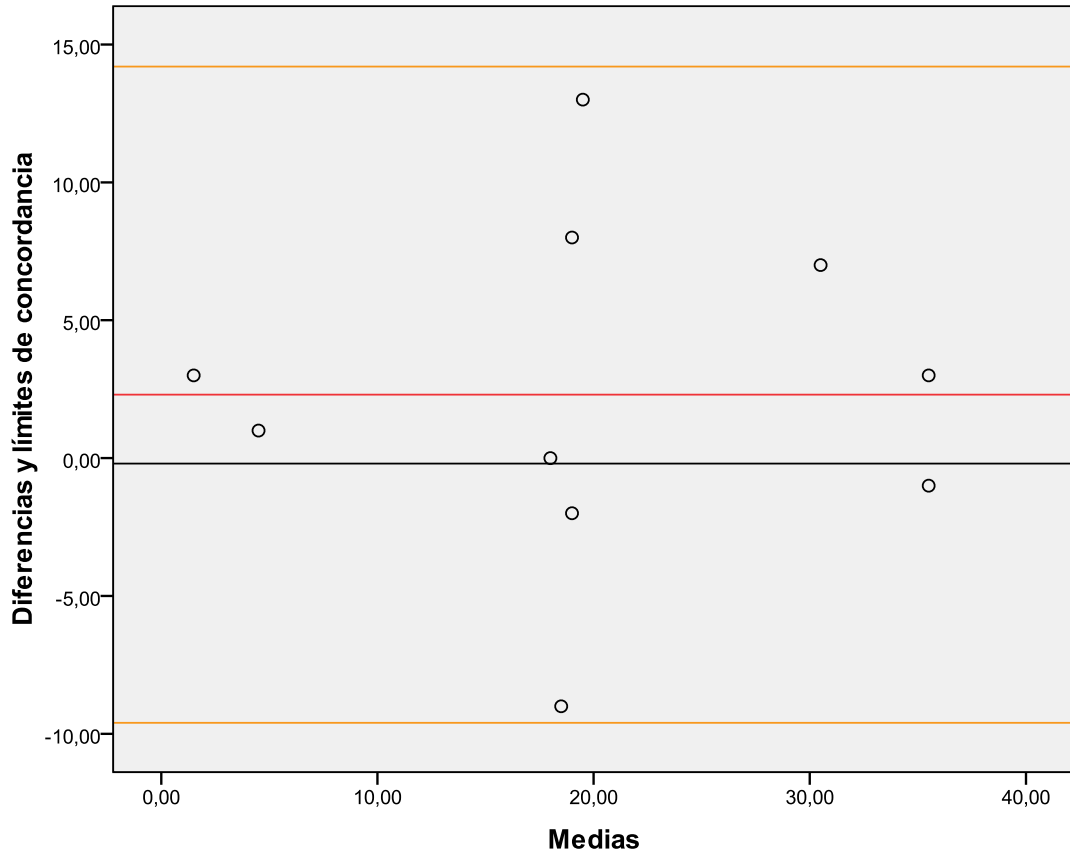
Tabla 32. Concordancia interobservador entre el juez 2 y el observador entrenado 1 con la escala EVEM 1.4, con las puntuaciones 0-2 y 0-4.

Ítem	puntuación 0-2		puntuación 0-4		
	Kappa	CCI	ICS	Kappa	CCI
1. Empatía	0.82	0.92		0.42	0.85
2. Posicionamiento	0.67	0.55		0.42	0.77
3. Concordante	0.65	0.86	0.77	nc	0.95
4. Preguntas abiertas	0.53	0.74	0.11	nc	0.46
5. Escucha reflexiva	0.45	0.80	0.66	nc	0.88
6. Sumarios	0.61	0.64		0.25	0.50
7. Validación	0.49	0.72	0.33	nc	0.83
8. Objetivos	0.35	0.66		0.24	0.45
9. Plan de acción	0.15	0.42	0.44	nc	0.46
10. Discordia	0.63	0.83	0.88	nc	0.96
11. Mantenimiento	0.52	0.43	0.66	nc	0.66
12. Evocación	0.53	0.74	0.44	nc	0.70
13. Colaboración	0.65	0.78	0.44	nc	0.70
14. Autonomía	0.49	0.72	0.55	nc	0.74
15. Compasión	0.28	0.64	0.44	nc	0.70

N=10; ICS: Índice de concordancia simple; CCI: Coeficiente de correlación intraclase; nc: no calculable

Gráficamente se exponen los resultados con el método de Bland y Altman.

Figura 13. Gráfico de Bland y Altman para los resultados de la concordancia interobservador entre el experto 2 y el observador 1 con la escala 1.4



Para la concordancia interobservador entre el juez 2 y el observador entrenado 2, los resultados se exponen en la tabla 33.

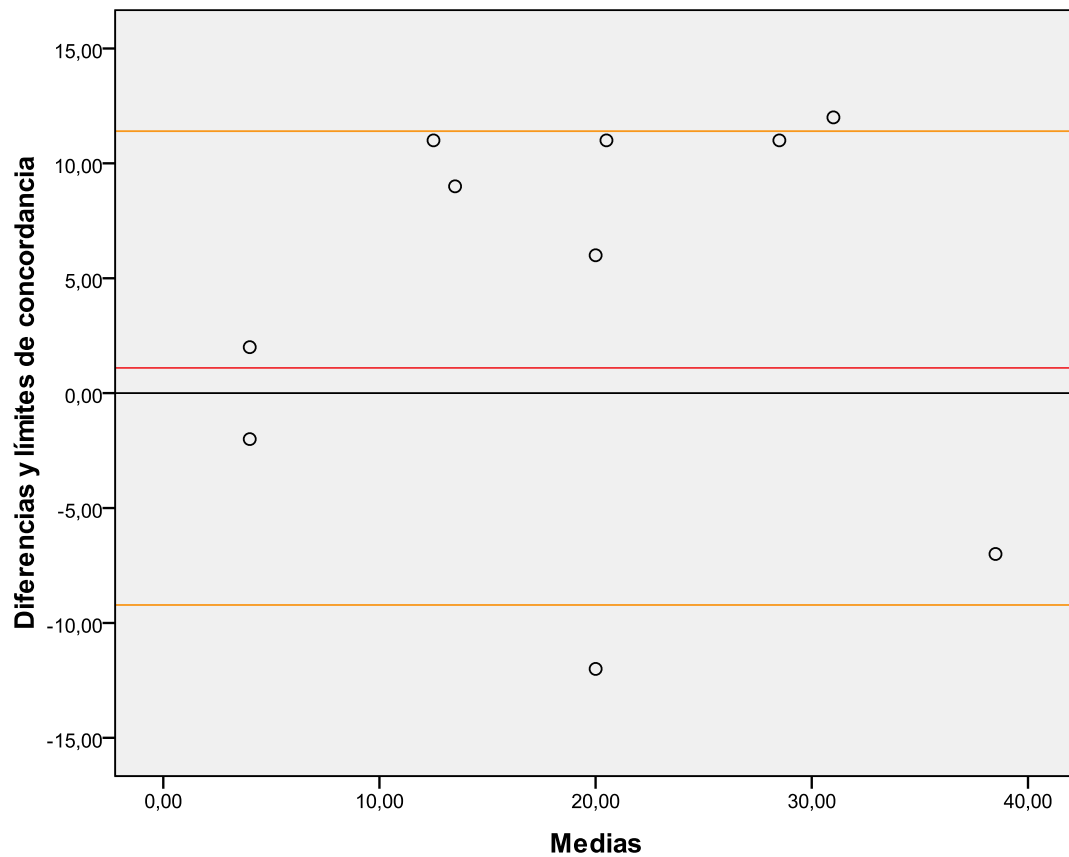
Tabla 33. Concordancia interobservador entre el juez 2 y el observador entrenado 2 con la escala EVEM 1.4, con las puntuaciones 0-2 y 0-4.

Ítem	puntuación 0-2			puntuación 0-4		
	ICS	Kappa	CCI	ICS	Kappa	CCI
1. Empatía		0.41	0.82	0.3	nc	0.87
2. Posicionamiento		0.24	0.52	0.5	nc	0.67
3. Concordante		0.33	0.74	0.2	nc	0.71
4. Preguntas abiertas		0.50	0.71	0.3	nc	0.42
5. Escucha reflexiva		0.57	0.77	0.2	nc	0.60
6. Sumarios	0.8	nc	0.62	0.5	nc	0.41
7. Validación		0.54	0.57	0.3	nc	0.36
8. Objetivos	0.5	nc	0.58	0.2	nc	0.51
9. Plan de acción	0.7	nc	0.75	0.1	nc	0.88
10. Discordia		0.42	0.67	0.5	nc	0.60
11. Mantenimiento	0.5	nc	0.64	0	nc	0.52
12. Evocación		0.27	0.70	0.4	nc	0.59
13. Colaboración	0.5	nc	0.51	0.6	nc	0.64
14. Autonomía		0.42	0.78	0.4	nc	0.68
15. Compasión		0.39	0.67	0.3	nc	0.42

N=10; ICS: Índice de concordancia simple; CCI: Coeficiente de correlación intraclase; nc: no calculable

Gráficamente se exponen los resultados con el método de Bland y Altman.

Figura 14. Gráfico de Bland y Altman para los resultados de la concordancia interobservador entre el experto 2 y el observador 2 con la escala 1.4



Para la concordancia interobservador entre el observador entrenado 1 y el observador entrenado 2, los resultados se exponen en la tabla 34.

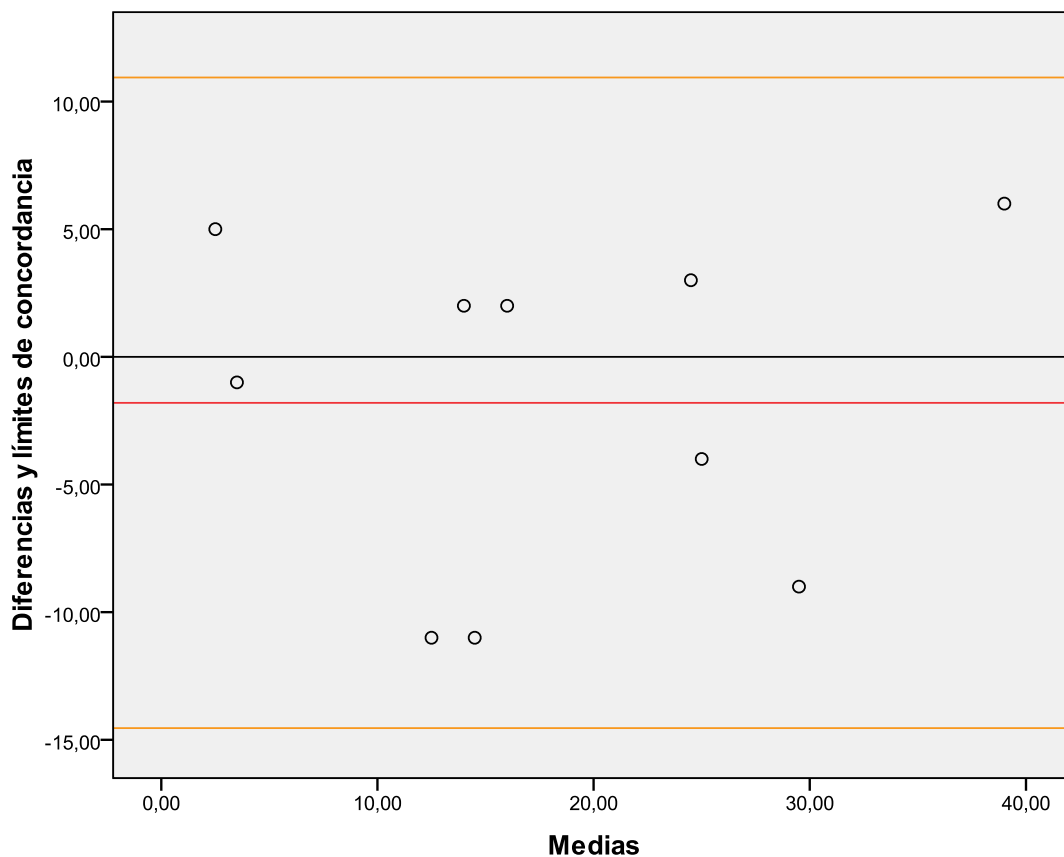
Tabla 34. Concordancia interobservador entre el observador entrenado 1 y el observador entrenado 2 con la escala EVEM 1.4, con las puntuaciones 0-2 y 0-4

Ítem	puntuación 0-2			puntuación 0-4		
	ICS	Kappa	CCI	ICS	Kappa	CCI
1. Empatía		0.21	0.80	0.44	nc	0.88
2. Posicionamiento		0.52	0.77	0.55	nc	0.76
3. Concordante		0.30	0.72	0.33	nc	0.72
4. Preguntas abiertas		0.53	0.70		0.44	0.80
5. Escucha reflexiva		0.45	0.87	0.33	nc	0.80
6. Sumarios	0.88	nc	0.74	0.66	nc	0.80
7. Validación		0.50	0.76		0.34	0.72
8. Objetivos		0.10	0.67	0.33	nc	0.36
9. Plan de acción	0.33	nc	0.17	0.22	nc	0.54
10. Discordia		0.53	0.86	0.44	nc	0.43
11. Mantenimiento		0.16	0.16	0.20	nc	0.27
12. Evocación		0.47	0.75		0.24	0.57
13. Colaboración		0.36	0.54		0.13	0.45
14. Autonomía		0.45	0.76	0.44	nc	0.73
15. Compasión		0.65	0.78	0.55	nc	0.67

N=10; ICS: Índice de concordancia simple; CCI: Coeficiente de correlación intraclase; nc: no calculable

Gráficamente se exponen los resultados con el método de Bland y Altman.

Figura 15. Gráfico de Bland y Altman para los resultados de la concordancia interobservador entre el observador entrenado 1 y el observador entrenado 2 con la escala EVEM 1.4



El porcentaje de índices Kappa buenos o muy buenos ($\kappa > 0,61$) fue mayor en la escala EVEM 1.4 0-4 (50% vs 34,4%). A su vez, el porcentaje de índices kappa pobres ($\kappa < 0,2$) fue menor en la escala EVEM 1.4 0-4 (0% vs 7,8%).

En la tabla 35 se exponen los resultados de los índices Kappa con las escalas EVEM 1.4 0-2 y EVEM 1.4 0-4.

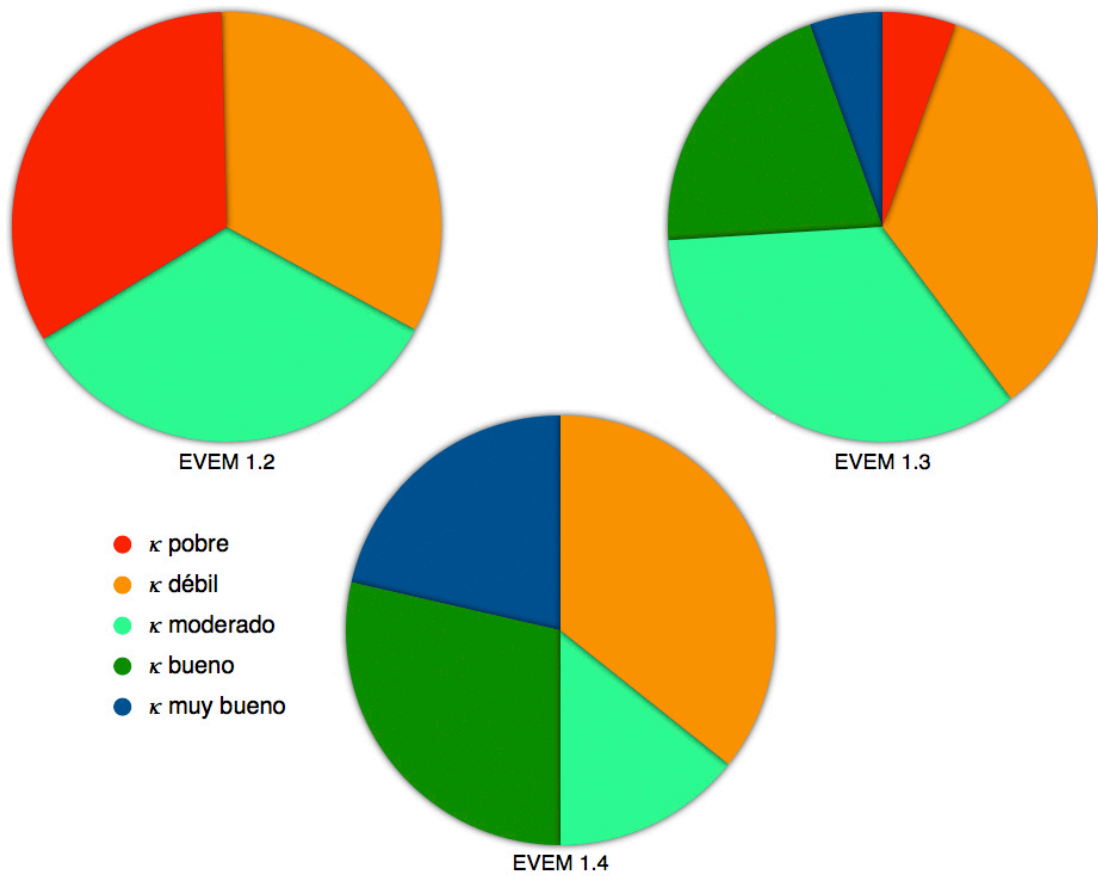
Tabla 35. Índices Kappa en la concordancia interobservador con las escalas EVEM 1.4 0-2 y EVEM 1.4 0-4

	κ pobre (<0,2)		κ débil (0,21-0,4)		κ moderado (0,41-0,6)		κ bueno (0,61-0,8)		κ muy bueno (>0,81)	
	puntuación		puntuación		puntuación		puntuación		puntuación	
	0-2	0-4	0-2	0-4	0-2	0-4	0-2	0-4	0-2	0-4
exp 1- exp 2	0/14	0/6	0/14	0/6	0/14	0/6	5/14	4/6	9/14	2/6
exp 1- obs 1	2/14	0/4	5/14	3/4	5/14	0/4	1/14	0/4	1/14	1/4
exp 1- obs 2	2/11	0/0	7/11	0/0	2/11	0/0	0/11	0/0	0/11	0/0
exp 2- obs 1	1/15	0/4	2/15	2/4	6/15	2/4	5/15	0/4	1/15	0/4
exp 2- obs 2	0/10	0/0	4/10	0/0	6/10	0/0	0/10	0/0	0/10	0/0
total	7,8%	0%	28,1%	35,7%	29,7%	14,3%	17,2%	28,6%	17,2%	21,4%

exp=experto; obs=observador; κ =índice Kappa

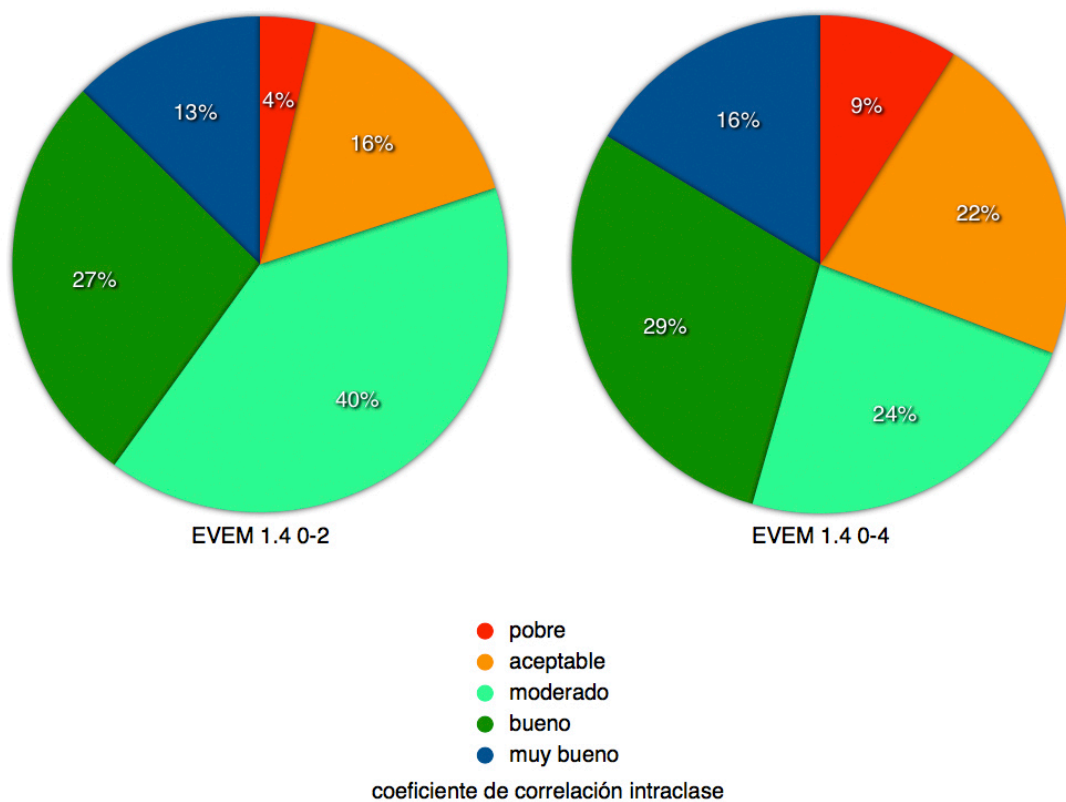
En la figura 16 se establece una comparación evolutiva de los índices Kappa en la concordancia interobservador desde la escala EVEM 1.2 a la escala EVEM 1.4.

Figura 16. Comparación evolutiva de los índices Kappa del EVEM 1.2 al EVEM 1.4



En la figura 17 se exponen los resultados de los Coeficientes de correlación intraclase (CCI) con las escalas EVEM 1.4 (0-2) y EVEM 1.4 (0-4). El porcentaje de ítems con la puntuación $CCI > 0.71$ (concordancia buena o muy buena) fue mayor en la escala EVEM 1.4 0-4 (45,6% vs 40%). En el apartado de discusión se recogerán estos datos para exponer las implicaciones que tuvieron en la evolución del instrumento. Menos de un 10% de los resultados de los CCI fueron pobres (3,64% en la escala EVEM 1.4 0-2 y 9% en la escala EVEM 1.4 0-4).

Figura 17. Comparación de los coeficientes de correlación intraclase entre las escalas EVEM 1.4 con las puntuaciones 0-2 y 0-4



El CCI global de la escala después de evaluar las 332 entrevistas del estudio Dislip-EM con la escala EVEM 1.4 fue de 0,97 (IC95%: 0,96- 0,97).

En estudios previos, el CCI global para la escala EVEM 1.2 fue de 0,75 (IC95%: 0,45- 0,9), y el CCI global para la escala EVEM 1.3 fue de 0,95 (IC95%: 0,88- 0,98).

Finalmente, el CCI global en el estudio de generalizabilidad (escala EVEM 2.0) fue de 0,97 (IC95%: 0,91- 0,99).

Consistencia interna

En la tabla 36 se exponen los valores del índice Alpha(α) de Cronbach para las diferentes submuestras de evaluadores y con las escalas EVEM 1.3, EVEM 1.4 y EVEM 2.0.

Tabla 36. Valores del índice α de Cronbach en las escalas EVEM 1.3 a EVEM 2.0

Escala		Alpha de Cronbach
EVEM 1.3	Global	0,97
EVEM 1.4 (0-2)	Juez 1	0,88
	Juez 2	0,86
	Observador 1	0,98
	Observador 2	0,82
EVEM 1.4 (0-4)	Juez 1	0,95
	Juez 2	0,93
	Observador 1	0,98
	Observador 2	0,92
	Global	0,97
EVEM 2.0	Juez 1	0,99
	Observador 1	0,99
	Observador 2	0,99
	Observador 3	0,99
	Observador 4	0,97
	Global	0,99

5.3.2 Dimensionalidad de la escala (análisis factorial)

Para realizar el análisis factorial se utilizó la muestra de 332 entrevistas del estudio Dislip-EM, que incluía entrevistas reales y entrevistas realizadas con pacientes estandarizados, de calidad heterogénea.

El índice de Kaiser-Mayer-Olkin fue de 0,95, y el resultado del test de esfericidad de Barlett fue de 5440,04 ($p < 0,0001$).

El siguiente paso del análisis de componentes principales consistió en calcular los autovalores (eigenvalue) y el total de la varianza explicada por cada factor. En la tabla 40 se exponen los resultados.

Tabla 37. Factores encontrados y proporción de la varianza total explicada.

Componente	Autovalores (Eigenvalue)	% de la varianza explicado
1	9,49	67,79
2	1,23	8,79
3	0,81	5,82
4	0,57	4,05
5	0,43	3,09
6	0,31	2,23
7	0,22	1,60
8	0,21	1,52
9	0,18	1,51
10	0,16	1,14
11	0,14	0,99
12	0,11	0,78
13	0,09	0,63
14	0,04	0,30

Se observa que los dos primeros factores o componentes explican el 76,6% de la varianza total de la escala.

Se obtuvo una matriz de componentes rotados y el coeficiente de correlación de cada ítem con los dos componentes encontrados, tal y como se expone en la tabla 38.

Tabla 38. Matriz de correlación de componentes.

ítem	correlación con el componente 1	correlación con el componente 2
1. Empatía	0,81	0,32
2. Posicionamiento	0,71	0,52
3. Concordancia	0,72	0,46
4. Preguntas abiertas	0,73	0,52
5. Escucha reflexiva	0,83	0,30
6. Sumarios	0,56	0,15
7. Validación	0,72	-0,09
8. Objetivos	0,22	0,93
9. Plan de acción	0,20	0,93
10. Discordia	0,76	0,38
12. Evocación	0,73	0,54
13. Colaboración	0,79	0,51
14. Autonomía	0,79	0,50
15. Compasión	0,78	0,47

Se observa que existe una correlación alta (por encima de 0.7 excepto en el ítem 6) de todos los ítems con el componente 1 de la escala, excepto los ítems 8 y 9. De forma complementaria, se observa una correlación cercana a 1 (positiva perfecta) con el componente 2 de los ítems 8 y 9. En el resto de ítems la correlación con el componente 2 es baja, y en 2 casos (ítems 6 y 7), cercana a 0 (no existe correlación). En el apartado de discusión se expondrán las consecuencias de tales hallazgos.

5.3.3 Análisis de la generalizabilidad de la fiabilidad

El análisis de la generalizabilidad se llevó a cabo con la escala EVEM 2.0, utilizando una muestra heterogénea de conveniencia de entrevistas del estudio Dislip-EM.

En las tablas 39 y 40 se exponen los resultados de la consistencia interna de la escala y de la concordancia interobservador entre el experto y los observadores entrenados. El número de entrevistas necesario para obtener una buena fiabilidad (un CCI por encima de 0.8) fue de 2 entrevistas. No obstante, los límites del IC95% no empiezan a ser aceptables hasta la evaluación de 4 entrevistas, y son excelentes con 6 entrevistas, por lo que se fijó el punto de corte en 6 entrevistas.

No hubo diferencias significativas en las dos submuestras del estudio, es decir, entre los médicos residentes de Medicina Familiar y Comunitaria y las psicólogas. Se mantuvo, en todos los casos, una excelente consistencia interna (α de Cronbach > 0.9).

Tabla 39. Evolución del CCI y de la consistencia interna de la escala EVEM en el estudio de generalizabilidad (submuestra de psicólogas)

número de entrevistas	experto - observador 1			experto - observador 2		
	CCI	IC95%	Alfa de Cronbach	CCI	IC95%	Alfa de Cronbach
2	0.94	-0.90 a 1	0.97	0.98	-0.71 a 1	0.99
4	0.98	0.70 a 1	0.99	0.98	0.73 a 1	0.99
6	0.99	0.90 a 1	0.99	0.99	0.92 a 1	0.99

CCI: Coeficiente de correlación intraclase; IC95%: Intervalo de confianza para el 95% de seguridad

Tabla 40. Evolución del CCI y de la consistencia interna de la escala EVEM en el estudio de generalizabilidad (submuestra de médicos residentes).

Número de entrevistas	experto - observador 3			experto - observador 4		
	CCI	IC95%	Alfa de Cronbach	CCI	IC95%	Alfa de Cronbach
2	0.99	0.00 a 1	0.99	0.90	-0.94 a 1	0.95
4	0.98	0.78 a 1	0.99	0.95	0.43 a 1	0.97
6	0.99	0.94 a 1	0.99	0.94	0.62 a 1	0.97

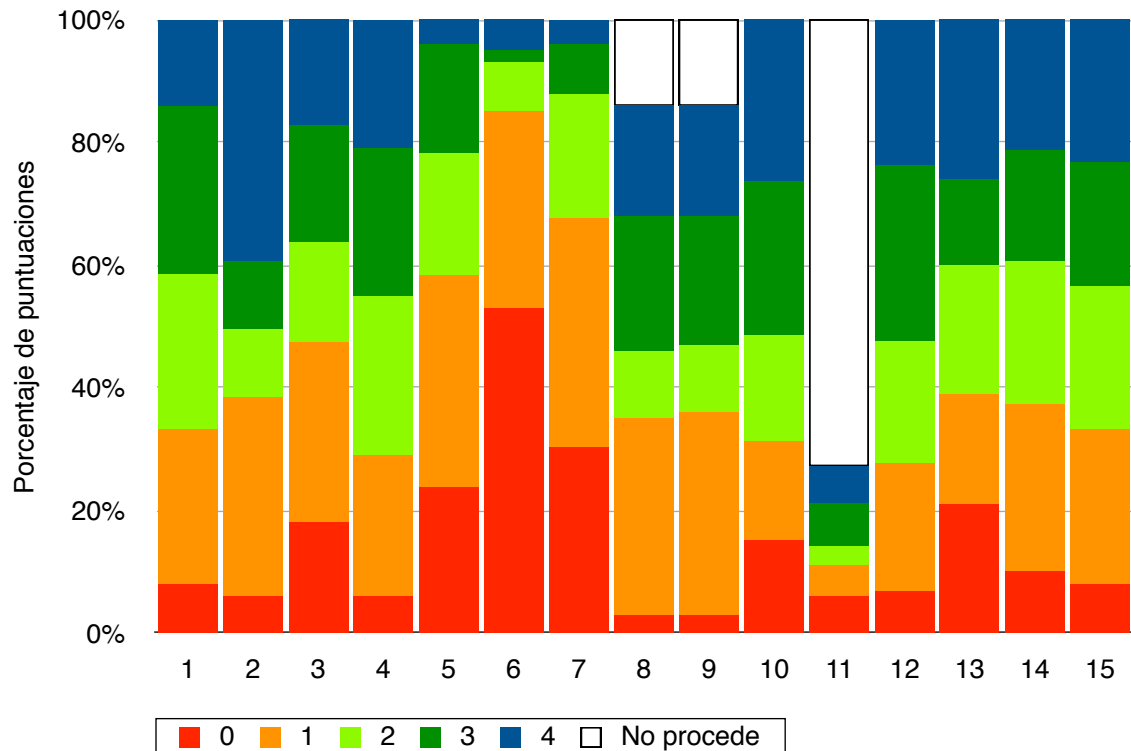
CCI: Coeficiente de correlación intraclase; IC95%: Intervalo de confianza para el 95% de seguridad

5.3.4 Refinamiento de la escala

Tasa de endose

Sobre una muestra heterogénea de 332 entrevistas procedentes del estudio Dislip-EM, se calcularon los valores de la tasa de endose, tal y como quedan reflejados en la figura 18.

Figura 18. Tasa de endose por ítem



Se observan, de forma aislada, puntuaciones bajas (< 5%), en las puntuaciones “4” del ítem 5, “3” del ítem 6 y “4” del ítem 7. En el caso del ítem 11 las puntuaciones bajas son generalizadas por el alto porcentaje de respuestas “no procede” (72%).

Correlación ítem-total

En la tabla 41 se exponen las correlaciones entre los ítems y el total de la escala. Se observa que solo el ítem 11 obtuvo un valor inferior a 0.442 y se descartó, por tanto, del análisis factorial y de la escala definitiva (EVEM 2.0).

Tabla 41. Correlación ítem-total de la escala EVEM 1.4

ítem	correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
1. Empatía	0,82	0,95
2. Posicionamiento	0,85	0,95
3. Concordancia	0,82	0,95
4. Preguntas abiertas	0,87	0,95
5. Escucha reflexiva	0,83	0,95
6. Sumarios	0,53	0,96
7. Validación	0,51	0,96
8. Objetivos	0,64	0,95
9. Plan de acción	0,63	0,95
10. Discordia	0,81	0,95
11. Mantenimiento	0,25	0,96
12. Evocación	0,89	0,95
13. Colaboración	0,93	0,95
14. Autonomía	0,92	0,95
15. Compasión	0,88	0,95

Respuesta del paciente

En la escala EVEM 1.0 se incorporó la puntuación correspondiente a la respuesta del paciente. En el análisis de concordancia interobservador llevado a cabo con la escala EVEM 1.4 se evaluó la concordancia entre las respuestas de los diferentes evaluadores, tal y como se expone en la tabla 42. En el análisis de la concordancia intraobservador con la escala EVEM 2.0 también se analizó, y se exponen los resultados en la misma tabla. En el apartado de discusión se comentarán con más detalle estos resultados y el papel de la respuesta del paciente en la escala final.

Tabla 42. Índices Kappa de la respuesta del paciente en el análisis de concordancia interobservador con la escala EVEM 1.4 y en la concordancia intraobservador con la escala EVEM 2.0.

	EVEM 1.4						EVEM 2.0				
	E1-E2	E1-O1	E1-O2	E2-O1	E2-O2	O1-O2	O1	O2	O3	O4	G
Kappa	1	0,34	0,01	0,34	0,01	0,54	-	0,75	-	0,75	0,62
ICS	-	-	-	-	-		0,5	0,83	0,83	0,83	0,75

ICS: índice de concordancia simple; E=experto; O=observador; G=global

5.3.5 Validez convergente

La validez convergente con otras escalas se ha testado con las escalas EVEM 1.0 y EVEM 2.0 frente a la escala BECCI, tal y como se detallaba en el apartado de material y métodos.

En la primera valoración, con la escala EVEM 1.0, los valores Kappa de los ítems de la escala fueron: $\kappa < 0,4$ en dos, $\kappa = 0,41-0,6$ en doce, y $\kappa = 0,61-0,8$ en cinco. En 3 ítems el κ no se pudo calcular, por lo que se empleó el ICS, con un rango que osciló entre el 89,7% y el 93%. El CCI global del EVEM 1.0 fue de 0,912 ($p < 0,001$). Los Kappa de los ítems del BECCI fueron: $\kappa = 0,41-0,6$ en seis, y $\kappa = 0,61-0,8$ en dos. En 3 ítems el ICS osciló entre el 58,6% y el 65,5%. El CCI del BECCI fue de 0,94 ($p < 0,001$). El coeficiente de correlación de Spearman entre el EVEM 1.0 y el BECCI fue 0,84 ($p < 0,001$). Se muestran los resultados en la tabla 43.

Tabla 43. Fiabilidad en el primer estudio de validez convergente entre la escala BECCI y el EVEM 1.0

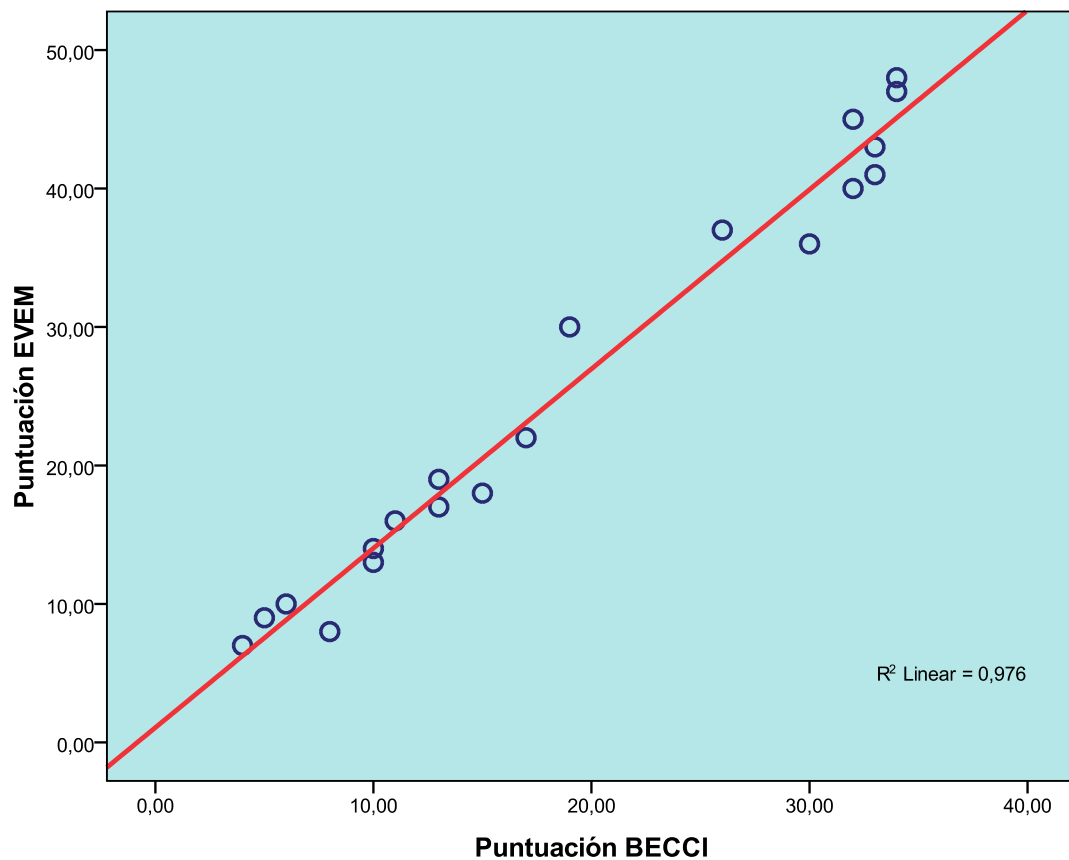
	Kappa <0.4 (pobre*)	Kappa 0.4-0.75 (moderado*)	Kappa >0.75 (excelente*)	ICS	CCI
EVEM 1.0	2 ítems	17 ítems	0 ítems	3 ítems (89,7-93%)	0,92
BECCI	0 ítems	8 ítems	0 ítems	3 ítems (58,6-65,5%)	0,94

ICS: Índice de concordancia simple; CCI: Coeficiente de correlación intraclase; *según la clasificación de Fleiss ¹⁵⁰.

En la segunda valoración, con la escala EVEM 2.0, el Coeficiente de correlación de Spearman entre el EVEM 2.0 y el BECCI fue de 0,98 ($p < 0,001$).

Gráficamente, se muestran los resultados en la figura 19.

Figura 19. Gráfica de puntuaciones de validez convergente EVEM 2.0- BECCI



5.3.6 Sensibilidad al cambio

La sensibilidad al cambio se evaluó calculando las puntuaciones obtenidas por los profesionales del estudio Dislip-EM con la escala EVEM 1.4, en 332 entrevistas, antes y después de la intervención formativa en Entrevista Motivacional.

No se observaron diferencias entre el grupo control y el grupo intervención antes de la formación impartida a los participantes de este último grupo en entrevista motivacional. El impacto de la formación se midió observando con el EVEM las diferencias en las puntuaciones antes y tras la formación recibida, obteniéndose una puntuación media antes de 23,63, y después de 38,57 ($t=-4,549$; $p<0,001$), mientras que en la evolución de la visita inicial a la visita final del estudio, la puntuación pasó de 22,51 a ser de 24,96 ($F=3.039$; $p=0.023$). De este modo, a mayor formación y más práctica clínica con el método, aumenta la puntuación en la escala.

5.3.7 Factibilidad

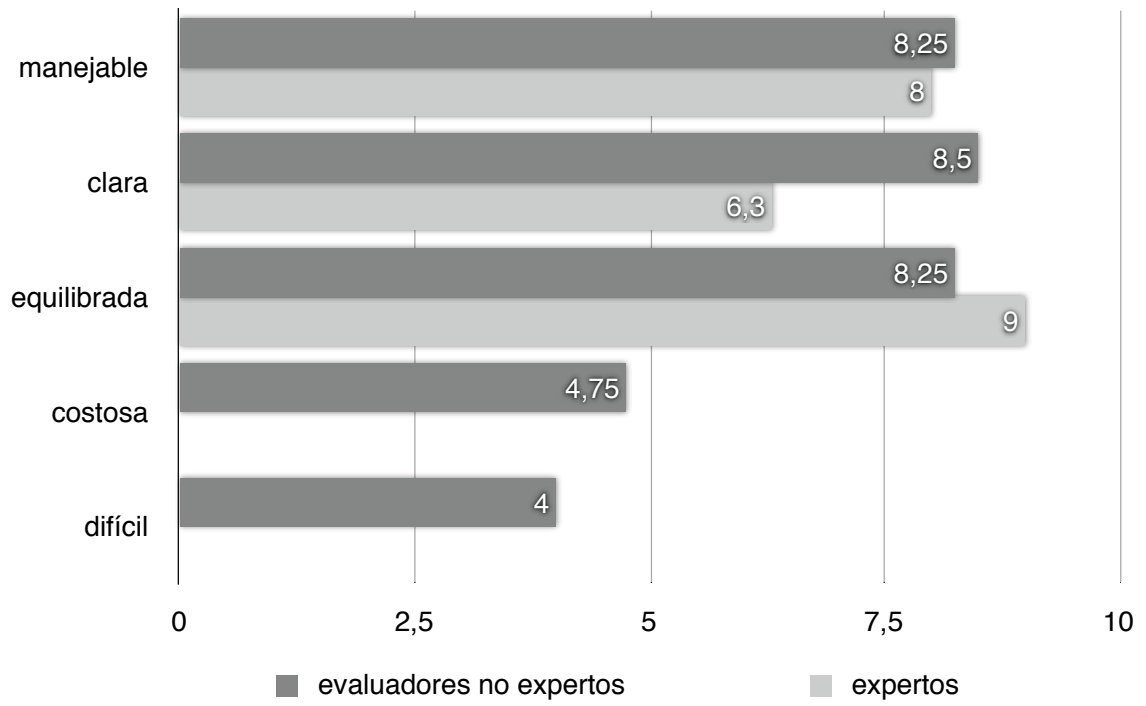
Atendiendo a las directrices de la ACGME (*The Accreditation Council for Graduate Medical Education*, agencia responsable de la acreditación de los programas de formación postgraduada en los Estados Unidos) ¹⁶³, los criterios de factibilidad se presentan como sigue:

- El tiempo requerido para la evaluación con el cuestionario es de unos 30 minutos.
- El número de ítems de la escala es de 14.
- El número de observadores preciso es de un mínimo de 2.
- Es necesario el entrenamiento de los observadores, y el coste de este entrenamiento está entre 5-7 horas. Se ha demostrado factible entrenar a 4 observadores de manera simultánea.
- La tecnología y el equipamiento necesarios para el uso de la escala son asequibles (disponer de un equipo para visualizar la videograbación y de una hoja de registro).

Se realizó una encuesta por correo electrónico destinada a conocer la opinión de los participantes en el proceso de validación de la escala. Respondieron a la encuesta 11 participantes. En la figura 20 se pueden observar los resultados, que se han desglosado según si se trataba de evaluadores no expertos o evaluadores expertos en Entrevista Motivacional. A los primeros se les solicitó que valoraran el proceso de entrenamiento como “difícil” o “costoso”. A todos, se les solicitó que evaluaran la escala como “manejable”, “clara” y “equilibrada”. En todas las preguntas, el rango de puntuación fue 0=nada y 10=totalmente. Las valoraciones realizadas le dan una nota de 8,1 en manejabilidad, 7,4 en claridad y 8,6 en equilibrio. Se observó una diferencia de puntuaciones entre los expertos y los evaluadores no expertos, siendo los primeros más críticos con la “claridad” de la escala. En las respuestas comentadas de los participantes a este respecto manifestaron dudas sobre el significado de los ítems de “espíritu”, lo que refuerza la idea de que no estaban familiarizados con el constructo teórico actualizado de la Entrevista Motivacional ^{19, 164}.

El grupo de evaluadores no expertos consideró que la escala no era costosa (puntuación de 4,75) ni difícil (puntuación de 4) de aprender.

Figura 20. Encuesta de valoración sobre la escala EVEM 2.0 y su proceso de entrenamiento.



6. Discusión

6.1 Discusión de los métodos

A continuación, se comentarán los posibles sesgos, limitaciones y otras consideraciones referentes a la validez interna y externa del estudio.

Tamaño muestral empleado

El primer aspecto relativo a la metodología seguida en este trabajo es la discusión sobre la muestra empleada. En este estudio se han empleado dos muestras, una más homogénea, la del primer análisis de validez convergente, y otra más heterogénea, la del Estudio Dislip-EM, que permitió obtener el resto de los datos del estudio, con las particularidades que se comentaron en el apartado de métodos. Se pasa a discutir los aspectos relacionados con ellas.

La muestra utilizada en la validez convergente fue de 30 profesionales (18 médicos y 12 enfermeras de APS). La del Estudio Dislip-EM fue de 39 médicos de familia que reclutaron 227 pacientes. La primera muestra permitió analizar 30 entrevistas y la segunda 332. Las muestras se analizaron por separado, cada una para distintos cometidos.

Para cada propiedad de la escala se han utilizado, no obstante, diferentes tamaños muestrales y muestras de diversa heterogeneidad. El hecho de que el análisis de la reproducibilidad se haya hecho en distintas etapas ha condicionado esas diferencias.

En el primer análisis de concordancia interobservador, con la escala EVEM 1.2, se utilizaron 10 entrevistas con pacientes estandarizados procedentes del estudio Dislip-EM. Esta muestra era inferior a lo deseado según las recomendaciones de Norman y Streiner ¹⁰⁵, que hubiesen situado el tamaño muestral en $2 \times 9 = 18$. Esta estrategia adoptada queda justificada por tratarse de un primer pilotaje de la escala, con cuyo análisis no se pretendía demostrar su reproducibilidad, sino obtener una primera aproximación que orientase acerca de la pertinencia de los criterios de evaluación de los ítems y de cómo estos reflejaban el constructo de lo que se pretendía medir.

En el segundo análisis de reproducibilidad sí se tuvo en cuenta el tamaño muestral deseado, y se evaluaron 22 entrevistas. Este tamaño difiere del que se utilizó, por ejemplo, en el análisis de reproducibilidad de la MITI (50 entrevistas) ¹⁶⁵, o en el del BECCI (48 entrevistas) ⁶¹, ambas escalas con 5 categorías de puntuación. Cuando se realizaron los segundos análisis de concordancia interobservador (agosto de 2012), la escala contenía tan solo 3 categorías de puntuación, lo que justifica las diferencias con otras escalas, pues el tamaño muestral requerido era menor. Igualmente, en los análisis de la concordancia interobservador iniciales (enero de 2013), el tamaño muestral fue el adecuado, de 22 entrevistas.

En el segundo análisis de la concordancia con el observador entrenado, con la escala EVEM 1.4 (agosto de 2013), se decidió utilizar una muestra reducida de tan solo 10 entrevistas, a pesar de que el número de categorías de la escala había aumentado de 3 a 5. No se pretendía evaluar la reproducibilidad, en este caso, cosa que ya se había hecho con anterioridad con la escala EVEM 1.3, sino comprobar que los cambios operados en la escala mantenían su consistencia interna y externa. Esta decisión se tomó porque el análisis se efectuó simultáneamente con la escala 1.4 pero en su versión de 3 y 5 categorías, con la intención de evaluar cuál de las dos tenía mejor concordancia. Al obtenerse mejores resultados con la escala de 5 categorías, pero sin encontrar diferencias significativas, se decidió no realizar análisis posteriores de reproducibilidad, también en base a criterios de factibilidad.

En el primer análisis de validez convergente se utilizó la escala EVEM 1.0, de 22 ítems, con 3 categorías. El tamaño muestral deseado hubiese sido de $2 \times 9 = 18$ entrevistas, y se analizaron 30. En el segundo análisis de validez convergente, con la escala EVEM 2.0, de 5 categorías, se utilizaron 20 entrevistas, a pesar de que el tamaño muestral deseado hubiese sido de $2 \times 25 = 50$ entrevistas. Esta decisión también se tomó en base a criterios de factibilidad, y al obtenerse una excelente correlación entre las dos escalas (el Coeficiente de correlación de Spearman entre el EVEM 2.0 y el BECCI fue de 0,98 - $p < 0,001$ -, ver figura 19), se decidió no realizar análisis posteriores, partiendo de la premisa de que aumentar la muestra de entrevistas no aportaría un valor añadido a lo que ya se conocía.

Las muestras que se utilizaron para el primer análisis de validez convergente con la escala EVEM 1.0 y para el primer análisis de concordancia interobservador entre expertos con la escala EVEM 1.2 fueron exclusivamente de pacientes estandarizados, con diversos escenarios clínicos y donde los profesionales empleaban la Entrevista Motivacional con diferentes niveles de integridad. El resto de submuestras fueron heterogéneas en cuanto a que estaban compuestas tanto de pacientes estandarizados como de pacientes reales.

El resto de propiedades psicométricas se analizaron con la muestra de 332 entrevistas procedentes del estudio Dislip-EM. La relación de pacientes estandarizados/pacientes reales en esta muestra fue aproximadamente de 2:1.

Sesgos de selección de las unidades de muestreo

Se entiende por sesgo toda aquella desviación de la verdad de los resultados (error) que se produce de forma sistemática y que afecta a la validez interna de los resultados ¹¹⁰. El sesgo de selección es cualquier error sistemático en el proceso de identificación de la población de estudio, concretamente en la forma en que los sujetos han sido seleccionados ^{166, 167}. El muestreo empleado en los “estudios-fuente” de los que se obtuvo la muestra de este estudio fue de conveniencia, como sucede en otros muchos estudios de validación de cuestionarios ^{168, 169, 170, 171, 172}. Esto fue así por la dificultad que supone encontrar profesionales que voluntariamente accedan a ser grabados durante el desarrollo de su actividad profesional habitual. Aunque no se contabilizaron ni analizaron las causas de rechazo, se conoce por experiencia que los principales motivos para no participar en este tipo de estudios son sobre todo la reticencia a ser observado y juzgado y la sobrecarga asistencial, además de otros factores que parecen intervenir en la decisión de no ser grabado con fines de investigación ¹⁷³.

Sobre el primer factor, tras una revisión sistemática publicada por Coleman, no se pudo concluir que el hecho de saberse observado modificara la conducta ni de pacientes ni de profesionales ^{120, 174}. Respecto al exceso de carga de trabajo, podría desanimar a los profesionales a participar dado que el proceso de registro de las consultas requiere de un tiempo para su ejecución. Así, al tener este tipo de profesionales y los centros donde trabajan unas características definidas ¹⁷⁵, se podría

estar dejando de estudiar el comportamiento comunicativo de una parte del universo de estudio. Además, aunque la mayoría de los profesionales piensan que las grabaciones de las consultas son una buena herramienta para la investigación ¹⁷³, se conoce que los que aceptan participar en este tipo de trabajo suelen ser personas con una mayor afinidad por la comunicación clínica, la docencia y la investigación ^{174, 176}, y por tanto es de suponer que este sesgo del participante voluntario podría haberse producido.

Sin embargo, en el presente estudio no se pretende describir cómo se establece la relación clínica en las consultas estimando la frecuencia de determinadas conductas, ni analizar las circunstancias adyacentes al proceso comunicativo. Al ser un estudio de validación de un cuestionario, los posibles sesgos de selección presentes no adquieren la relevancia que podrían tener en el anterior supuesto.

Según Jenicek, lo que sí se debe garantizar es que las muestras empleadas en la validación de las propiedades psicométricas o clinimétricas del instrumento de medida sean lo más heterogéneas posibles y abarquen el espectro o abanico de situaciones en las que posteriormente se vaya a emplear éste ¹²⁰.

En el caso de la escala EVEM, el instrumento de medida se diseñó para analizar la interacción de los médicos de APS con sus pacientes con riesgo cardiovascular que utilizaran la Entrevista Motivacional para ayudarlos en la consecución de cambios en el estilo de vida y en la adherencia terapéutica. En este sentido, el abanico de situaciones clínicas posible era limitado, pero abarcaba conductas altamente prevalentes como son el consumo de tabaco, la dieta, el ejercicio físico o la adherencia terapéutica a un fármaco. En cualquier caso, otras situaciones clínicas surgieron durante las entrevistas y fueron objeto de análisis con la escala, pues como se ha descrito en el apartado de métodos, las puntuaciones de los ítems no estaban condicionadas al abordaje de una diana terapéutica, sino a la interacción clínica de manera global. Así, surgieron situaciones inesperadas, o que no estaba previsto analizar inicialmente, como trastornos depresivos y de ansiedad, dificultades en la relación interpersonal, presencia de patologías concomitantes como trastornos músculoesqueléticos, etc.

La muestra de situaciones que implican cambios de hábitos es representativa de la población que acude a las consultas de Atención Primaria en España, con las limitaciones descritas.

Los sesgos en la selección de pacientes fueron los condicionados por el estudio Dislip-EM, tal y como se detalla en el apartado de Métodos. No hubo ningún otro sesgo que pudiera influir en los resultados de validación de la escala como el hecho de que el paciente estuviera poco o muy motivado, la presencia de patologías concomitantes que pudieran surgir en el seno de la entrevista (excepto el caso de bajas médicas de larga duración, que suponía un criterio de exclusión), la personalidad del individuo estudiado, su contexto socioeconómico, el sexo o el nivel de estudios.

La edad de los pacientes sí es un factor a tener en cuenta y que puede considerarse como sesgo de selección condicionado por los criterios de inclusión del estudio Dislip-EM, pero abarcando un rango amplio de edades representativo de los pacientes que se atienden habitualmente en los centros de Atención Primaria (40 a 75 años), si bien por la variable principal de resultados (riesgo cardiovascular) no se incluyeron sujetos de edad superior a 75 años, que sí que constituyen un subgrupo poblacional relevante de las consultas. Menos importante sería este sesgo en cuanto a la población menor de 40 años, pero debe de tenerse en consideración.

Otro sesgo de selección relevante en cuanto a la universalidad de los resultados fue el de los profesionales. En el estudio Dislip-EM se descartó la participación del colectivo de enfermería pues, aunque en el abordaje de los cambios en los estilos de vida es crucial el papel de este colectivo, la variable principal de resultado (el riesgo cardiovascular), podía estar vinculado a una prescripción farmacológica que las enfermeras no podían llevar a cabo. Tan solo en una escasa muestra de profesionales en el estudio de validez convergente con el BECCI se incluyeron profesionales de enfermería. A pesar de lo anterior, las dos variables que puedan condicionar la adherencia a la Entrevista Motivacional por parte de los profesionales, esto es, el modelo de relación acorde con el Espíritu y la puesta en marcha de habilidades específicas, no son inherentes a la formación del colectivo médico o de enfermería, por lo que sería de esperar que la escala se pueda aplicar de igual forma en el personal de enfermería, a falta de datos que lo confirmen en posteriores estudios.

No hubo sesgos de edad entre los profesionales incluidos en el estudio y sí se tuvo en cuenta el nivel previo de conocimientos de Entrevista Motivacional, pero se asignaron los profesionales a grupo control e intervención de manera aleatoria y las diferencias de puntuación en la escala en los dos grupos permiten afirmar que este sesgo no influyó en los resultados, ni del estudio Dislip-EM, ni de valoración de la escala. Una situación que no se controló fue la presencia de dos participantes del grupo control en las sesiones mensuales de análisis de videograbaciones que celebra el Grupo Catalán de Comunicación y Salud de la Sociedad Catalana de Medicina Familiar y Comunitaria, en las cuales se abordan a menudo habilidades relacionadas con la Entrevista Motivacional. Sería de suponer que este sesgo podría haber influido en los resultados de las puntuaciones en la escala de los dos grupos, al recibir estas dos personas un nivel de feedback formativo mayor que el resto de participantes, pero no fue así atendiendo a los resultados.

En cuanto a los pacientes estandarizados, hubo un sesgo de selección oportunista, como es de esperar, con criterios de permeabilidad al entrenamiento y de credibilidad en cuanto a los papeles a representar. Intencionalmente se esperaba encontrar personas capaces de recrear un determinado personaje. De la observación de las entrevistas se puede concluir que los contenidos que se esperaba que aportaran lo fueron de manera uniforme, sin encontrar diferencias cualitativas importantes. Sí que se observó una deficiencia en la respuesta al profesional en uno de los seis actores, de modo que cuando el profesional demostraba un nivel de aplicación de la Entrevista Motivacional mayor, en especial en la actitud evocativa, el paciente respondía pobremente, sin permitir que se desarrollara el modelo en su plenitud. Del análisis comparativo de homogeneidad de los grupos intervención y control no se desprende que este hecho haya tenido influencia en las puntuaciones globales.

Conviene mencionar finalmente un sesgo de selección que sí se aplicó en los primeros estudios de concordancia y en el estudio de generalizabilidad de la fiabilidad. En el primer caso, fueron los jueces quienes seleccionaron entrevistas de diversa calidad para obtener una muestra representativa de situaciones con las que poder testar la escala en sus primeras fases. En el segundo caso, las entrevistas se seleccionaron en base a criterios también de variabilidad y de dificultad interpretativa, de forma expresa,

para comprobar si el entrenamiento con la escala podía discriminar lo que parecía ser Entrevista Motivacional de lo que realmente era Entrevista Motivacional, a través de situaciones que parecían estar “centradas en el paciente” por las formas cuando en realidad no lo estaban en su contenido.

Se puede concluir, por tanto, que los sesgos de selección que se han producido no han afectado de forma relevante a la validez de los resultados de la escala EVEM.

Sesgos de información

Este sesgo incluye cualquier error sistemático en la medida de información u observación del fenómeno a estudio. De las potenciales principales fuentes de sesgos de información ¹⁷⁷, las aplicables a estudios de validación de cuestionarios son que el instrumento de medida no sea adecuado y que hubiera imprecisiones en la clasificación o errores introducidos por los encuestadores o evaluadores.

Que una escala no sea adecuada significa que no mediría lo que se supone que debe medir. La adecuación de una escala a los fines pretendidos se analiza tanto de forma aparente por un grupo de expertos (validez aparente y de contenido), como a través del análisis de la dimensionalidad de la escala en el que se demuestre empíricamente que el instrumento mide al menos parte del constructo teórico en el que se encuadra y sobre el que se basan las interpretaciones ^{92, 97, 99}. Sin embargo, como se ha demostrado, la herramienta no sólo tiene documentada validez aparente y de consenso, sino que tiene unos contenidos válidos al contener dos dimensiones que explicarían aproximadamente 3/4 partes de la varianza. Por tanto, se puede considerar que el cuestionario es adecuado.

Otro potencial sesgo de información lo constituyen las observaciones por parte de los evaluadores. Para evitar al máximo este sesgo, la mecanización de los vídeos y su clasificación (grupo control o intervención, pre o post formación, visita inicial o de seguimiento, procedencia de las entrevistas, etc.) fue llevada a cabo por una investigadora (NBB) que no participó en el proceso de evaluación. Tampoco los evaluadores decidieron qué entrevistas ver del total de entrevistas del estudio para el

análisis de concordancia interobservador e intraobservador, y la asignación proporcional en la evaluación completa de las 332 entrevistas del estudio también fue realizada de forma externa a los evaluadores por la investigadora JBF. Tan solo en 4 casos, donde la entrevista se había llevado a cabo en catalán y los evaluadores no conocían la lengua, las entrevistas fueron valoradas por el doctorando como alternativa.

Otra posible fuente de errores sería la introducción de las variables en la base de datos. Para ello se crearon plantillas modelo en las primeras fases del estudio, y en la evaluación del grueso de las entrevistas del estudio Dislip-EM una base de datos online en Google. De este modo, los datos quedaban introducidos de manera automática en el formulario, sin posibilidad de retocarlos, y almacenando una copia de seguridad ante posibles pérdidas. La revisión de los datos fue llevada a cabo por LAPT y NBB, de modo que los evaluadores tampoco tuvieron acceso a ellos y, en caso de incoherencias o errores de introducción de datos, los revisores se pusieron en contacto con los evaluadores para subsanarlos sin concederles acceso a la base de datos global.

En la validación de la escala han intervenido cuatro observadores. Cuantos menos observadores intervengan, menor variabilidad de los resultados y menor probabilidad de cometer sesgos de información ^{110, 177}. Para la realización del estudio se contaba con dos expertos, en los que se analizó la concordancia interobservador para asegurar la homogeneidad de un patrón de referencia (JMBF y MCN) antes de proceder al entrenamiento de los otros dos observadores. La elección de los observadores a entrenar (JMNR y JCAO) no fue al azar. Los dos eran expertos a su vez en Entrevista Motivacional, y provenían de entornos culturales distintos a los de los jueces: JMNR de Galicia y JCAO del País Vasco. Se consideró que esta elección podría tener una serie de inconvenientes, como que los observadores cuestionaran la escala durante el proceso de entrenamiento al tratarse de clínicos expertos en el método, pero la ventaja de aportar visiones diferentes, sin perder de vista que el estudio fuente (Dislip-EM) era un estudio multicéntrico llevado a cabo en entornos culturales variados: Cataluña, Galicia, Andalucía y Extremadura. El proceso de entrenamiento estuvo condicionado por el hecho de que los dos observadores JMNR y JCAO fueran expertos, como se comentaba, pero a su vez las aportaciones que hicieron durante

todo el proceso de entrenamiento y en la elaboración del manual definitivo de la escala han sido cruciales y han enriquecido de una forma sustantiva el presente trabajo de investigación.

En el caso de los participantes en el estudio de generalizabilidad de la fiabilidad, se seleccionó a cuatro participantes con criterios opuestos a los dos observadores JMNR y JCAO, esto es, personas con escasa o nula formación en Entrevista Motivacional. A su vez, se amplió la muestra al colectivo de psicología, pues aunque podría introducir más variabilidad interesaba saber si la escala podría ser aprendida para utilizarse en entornos sanitarios por personal no médico. El resultado fue que no hubo diferencias entre los observadores EMRR y JJCM -médicos de familia-, por un lado, y GRD y CDP -estudiantes de último año de psicología- por otro, obteniéndose excelentes resultados con un reducido periodo de formación y una muestra de tan solo 6 entrevistas.

En cuanto al número, si bien incrementando el número de observadores aumenta en consonancia la variabilidad, esto estuvo condicionado por la factibilidad del trabajo de campo. Como se ha comentado, el estudio Dislip-EM aportó 332 entrevistas evaluables. Si se considera que los evaluadores son clínicos en ejercicio de su profesión, además de docentes, la repartición de las entrevistas a visualizar entre los cuatro evaluadores minimizó la dificultad de llevar a cabo la tarea y, por tanto, los costes del estudio.

Con el fin de comprobar la claridad de los ítems, identificar posibles ambigüedades o dificultades en su comprensión o en las instrucciones de administración del test por parte de los evaluadores, se realizó, como es recomendado^{99, 104}, un pilotaje. Dicho pilotaje se llevó a cabo con 10 entrevistas elegidas en base a criterios de variabilidad (unas con mayor adherencia al modelo de Entrevista Motivacional y otras con menor, y con pacientes en diferentes situaciones) del total de entrevistas general del estudio Dislip-EM de que se disponía en ese momento. Aun partiendo de un manual de usuario amplio e ilustrativo, con la intención de reducir la subjetividad en la codificación de los ítems, el proceso de cuestionamiento de la pertinencia de los criterios de evaluación e incluso de los propios ítems fue continuo, lo que condicionó la pérdida de la secuencia necesaria para evaluar la generalizabilidad de la escala, a

expensas de enriquecer el manual y la propia escala. Hubo, pues, aquí, un sesgo de información que condicionó los resultados, pero mejoró la investigación cualitativa en términos de saturación de datos.

Validez externa de los resultados

La validez externa es la capacidad de generalizar o aplicar los resultados de un estudio a otras poblaciones y otras situaciones. Para eso, según Bermejo-Fraile, “Hace falta primero que esas conclusiones sean válidas y fiables, y en segundo lugar que la población a la que se quieren extrapolar no difiera de las características relevantes de la población en la que se ha realizado el estudio”¹¹⁰. O dicho de otra forma, que las condiciones en las que se realizó el estudio sean representativas de las situaciones en las que se quiere aplicar¹⁷⁸.

Por lo que respecta a los resultados de validez y fiabilidad de este estudio, se comentarán más adelante. Sobre la extrapolación de los resultados a otras poblaciones y situaciones clínicas, la agencia responsable de la acreditación de los programas de formación postgraduada en los Estados Unidos (*The Accreditation Council for Graduate Medical Education -ACGME-*)¹⁶³, emitió un documento que recoge los principales elementos que hay que tener en cuenta a la hora de valorar su validez externa, a saber:

- El propósito para el que se ideó el instrumento.
- Las características de los profesionales medidos con el instrumento.
- Las características de los evaluadores que utilizaron el instrumento.
- El ámbito en el que se llevó a cabo la evaluación.
- El tamaño de la muestra.
- El método de muestreo empleado.

El objetivo de la escala es medir y evaluar en qué grado el profesional sanitario desarrolla en su interacción con el paciente una serie de estrategias y habilidades según el modelo de relación e interacción que propone la Entrevista Motivacional.

Las características específicas de los profesionales medidos con la escala están explícitamente presentados en el apartado de métodos. La escala EVEM está diseñada para evaluar la aplicación de la Entrevista Motivacional en entornos de APS, en el abordaje de cambios de conducta y con simultaneidad de dianas terapéutica, por parte de profesionales sanitarios. Por ello, a pesar de que la escala solo ha sido testada en profesionales médicos, y en menor medida en profesionales de enfermería, es de esperar que cualquier profesional sanitario que desarrolle el método en el entorno citado de APS sea susceptible de ser medido con la escala. En cualquier caso, la escala EVEM partió de la escala CICAA ¹⁶⁰, que mide un modelo de relación clínica centrado en el paciente, y que a su vez ha sido testada en diferentes entornos y con diferentes profesionales (médicos de familia, enfermeras, otras especialidades médicas o psicólogos clínicos), lo cual le otorga validez externa al instrumento.

Sobre los evaluadores, para los fines de este trabajo han intervenido 3 tipos de evaluadores externos: 2 expertos en Entrevista Motivacional que adecuaron los contenidos de la escala, 2 expertos en Entrevista Motivacional no familiarizados con la escala y que recibieron el entrenamiento y 4 observadores entrenados no expertos en Entrevista Motivacional. Como se ha comentado en el apartado de sesgos de información, el hecho de que los evaluadores entrenados (JCAO y JMNR) fueran expertos, no comportó per se una mayor fiabilidad de entrada a la escala. En el estudio de generalizabilidad de la fiabilidad se observó que un entrenamiento con observadores no expertos resulta en alcanzar de forma más rápida y eficaz la fiabilidad suficiente para que puedan utilizar la escala. En los estudios donde se utilizó el EVEM para asegurar la integridad de la Entrevista Motivacional, evaluadores no expertos lograron buena concordancia. A falta de más datos, pues, sobre el análisis de la generalizabilidad, el supuesto de que si los observadores son expertos en Entrevista Motivacional la fiabilidad es mayor parece quedar en entredicho, y con los datos de que disponemos se puede afirmar que un mayor nivel de conocimientos teóricos y prácticos sobre Entrevista Motivacional redundaría en una mayor dificultad en el aprendizaje de la escala. La interpretación de este fenómeno viene dada por la asunción de que, a mayores conocimientos y experiencia, mayor es la capacidad de detección de situaciones en las que el instrumento de medida no es capaz de discernir entre la aplicación del método en clínica y lo que teóricamente sería “correcto”. Una dificultad mayor en el uso de escalas de valoración radica en las limitaciones que tiene

el instrumento para abarcar todo el amplio abanico de situaciones clínicas y variabilidad en la ejecución de las estrategias por parte del profesional. A mayor experiencia clínica, pues, más fácil es detectar aquello que el instrumento no detecta y ver sus limitaciones. Esto refuerza la decisión de haber contado con evaluadores expertos como observadores entrenados, pues a pesar de que tuvo sus costes en cuanto a tiempo y esfuerzo, la escala que se ha obtenido es mucho más fiel al modelo “real” de aplicación de la Entrevista Motivacional de lo que lo hubiese sido una escala testada solo con observadores entrenados no expertos que no aportaran ni criticaran nada del instrumento de medida.

El ámbito donde se ha probado la escala es el clínico, a nivel urbano y rural, en centros docentes y no docentes, y en el nivel de APS. No se ha testado en centros de salud rurales o en ambientes hospitalarios.

Aunque se concluye que el tamaño global de la muestra es adecuado, el número de entrevistas evaluadas con pacientes reales fue de 96, lo que dificulta la extrapolación de los resultados a todo el entorno de APS. Además, aunque se ha comprobado la fiabilidad y utilidad del cuestionario en escenarios clínicos muy diferentes (consultas de enfermería de APS y de medicina de familia, pacientes con patologías incidentes y crónicas, pacientes reales y simulados), no se ha realizado un análisis pormenorizado estratificando por diferentes motivos de consulta o tipos de profesional sanitario. Tampoco se ha evaluado su comportamiento en situaciones especiales, como por ejemplo en encuentros difíciles, comunicación de malas noticias, situaciones de urgencia, comunicación con niños o inmigrantes o pacientes no hispano-parlantes, etc., circunstancias todas ellas que suelen darse de forma natural en muchas consultas clínicas.

Por último, sobre el tipo de muestreo, la muestra de videograbaciones disponibles a partir de los “estudios-fuente” no es posiblemente representativa de la población general de profesionales sanitarios de un medio de APS, ya que no se efectuó un muestreo probabilístico de la población de profesionales.

Aún así, las evidencias presentadas en este trabajo avalan de manera cautelara el uso de la escala con los fines, nivel de entrenamiento de los evaluadores, ámbitos y

contextos clínicos en los que se ha testado, pudiendo constituir una primera valoración que permite sentar unas sólidas bases, desde el punto de vista clinimétrico, para validar posteriormente su aplicación formal en éstos y otros escenarios y ámbitos.

6.2. Discusión de los resultados

A continuación se comentan de forma pormenorizada los resultados obtenidos en este estudio siguiendo el orden planteado en el apartado de Objetivos.

6.2.1 Validez cualitativa de la escala

La evaluación cualitativa del cuestionario incluyó la determinación de la validez aparente, de contenido y de consenso. Para ello se siguieron las recomendaciones de Haynes et al.⁹⁷, constituyendo un grupo de expertos que utilizó un procedimiento normalizado de valoración en una escala de cinco puntos sobre la relevancia, representatividad, especificidad y claridad de cada ítem. Aunque no existen recomendaciones específicas sobre el punto de corte a partir del cual un ítem se puede considerar como relevante, representativo, claro y específico, sí que al menos esta sistemática ayuda a identificar los elementos de la escala que requieren refinamiento. Además, el grupo de expertos puede realizar recomendaciones sobre la eliminación de ítems, el cambio en la redacción de otros y la incorporación de nuevos. De este modo, en la transición del CICAA-estándar al CICAA-M1M se pasó de una escala de 29 ítems a otra de 19; se añadieron 7 ítems, se suprimieron 17 y se modificaron 11. Además de la validez de consenso, los expertos que participaron en la fase inicial de validación cualitativa consideraron que el cuestionario presentaba validez aparente y de contenido.

Sin embargo, la etapa de construcción del cuestionario, lejos de terminar aquí, continuó a lo largo de 6 años. Se han seguido varios ciclos de un proceso de revisión de la escala y de su manual, propuesta de modificaciones y tests de fiabilidad a medida que se iban produciendo los cambios en el constructo teórico tal y como se

detallan en la Introducción. Ello ha permitido pasar de la escala EVEM 1.0, que recogía en esencia lo que el consenso de expertos había arrojado en el CICAA-M1M con algunas modificaciones de carácter operativo, a la escala EVEM 2.0, que incorpora las últimas aportaciones al constructo teórico de la Entrevista Motivacional recogidas en la tercera edición del libro ¹⁹. En este proceso no solo la literatura ha jugado un papel importante (el panel de expertos partió de los conocimientos adquiridos con la primera edición del libro en su edición española ¹⁷⁹, que a fecha de hoy no tiene sucesora, una obra que se remonta a 1991). La asistencia a las diversas conferencias internacionales de Entrevista Motivacional (Interlaken-Suiza- en 2008, Estocolmo-Suecia- en 2010, Venecia-Italia- en 2012 y Ámsterdam-Holanda- en 2014), por un lado, y el seguimiento del continuo debate interno en el seno de MINT, han resultado fuentes de adquisición de conocimiento que obligaban a replantearse lo que se había estado haciendo hasta el momento y tratar de mejorarlo. En este sentido, unos profesionales que han desarrollado otras escalas han optado por no modificarlas (como sucede con el BECCI), y en cambio otros siguen el proceso de revisión continua, como se ha considerado oportuno hacer en este trabajo. Buen ejemplo de ello es la nueva edición de la MITI (MITI 4.0), todavía no disponible para el público y que ya se está debatiendo en el seno de MINT.

Es conveniente citar aquí otros aspectos en la fase de validación cualitativa que resultan relevantes y particulares de esta escala, y que pasamos a detallar a continuación.

.. El papel protagonista de la comunicación no verbal

Uno de los aspectos más relevantes de este estudio, y de hecho uno de los rasgos diferenciales de la escala EVEM respecto de otras escalas, es que evalúa el comportamiento no verbal de profesional y paciente. En el proceso de validación de la MITI ¹⁶⁵ este comportamiento se obvió, en palabras de los autores para ganar fiabilidad, y en el análisis del BECCI ⁶¹, a pesar de que una de las fuentes eran videgrabaciones de consultas, se dio orden expresa a los evaluadores de obviar el comportamiento no verbal para no interferir en lo que estaban oyendo.

En relación con los resultados de la validación cualitativa, llama la atención, como ya se puso de manifiesto en el apartado de resultados, que el ítem sobre el que hubo más consenso y al que se otorgó mayor importancia fue el de “Sintoniza con el paciente a través de la comunicación no verbal” (ítem que se mantendría sin modificar hasta la versión 2.0, donde quedó integrado en el ítem de “empatía”). Todo el proceso de adecuación de los ítems de la escala ha estado impregnado de esa importancia inicial que se le dio a la comunicación no verbal, desde las primeras discusiones sobre cómo evaluar la empatía hasta las últimas, sobre cómo evaluar la discordia. Este hecho diferencial ha hecho, por otro lado, que se identifiquen formas de comunicación que suponen discordia entre profesional y paciente que otros autores no han identificado, como las respuestas de huida y de incomodidad, y que condicionan la relación terapéutica y probablemente la consecución de resultados en salud. En consonancia con lo anterior, la bibliografía al respecto enfatiza claramente la importancia y la necesidad de evaluar los componentes de la comunicación no verbal en los encuentros clínicos, y existe suficiente experiencia en la descripción de las variables más importantes, así como en la forma de evaluarlas ^{180, 181}.

.. Abordaje de varias dianas terapéuticas simultáneamente

En el paso del EVEM 1.2 al EVEM 1.3, se consideró oportuno eliminar de la escala el apartado dedicado a la “conducta en cuestión”. Por un lado, se dejó la puerta abierta a que se abordaran varias dianas terapéuticas a la vez (en la evaluación de las entrevistas del estudio Dislip-EM, principal fuente de datos de la investigación, sucedió así).

Pero más allá de que las dianas terapéuticas sean varias, cambia el paradigma de lo que el profesional hace “con la conducta” a lo que el profesional hace “con el paciente”. La mayoría de los ítems se evalúan en función de la relación asistencial que se crea. Cada una de las estrategias puestas en juego ayudan o dificultan en la aproximación al modelo motivacional, no solo cuando se habla del tabaco o de la dieta, sino también cuando se prescribe un fármaco, se programa una analítica o se pasa un cuestionario sobre estilos de vida.

Siguiendo el supuesto de que la escala evalúa el comportamiento del profesional (y su reacción en el paciente) de manera cualitativa, en lugar de contabilizando conductas,

los ítems se reformulan no solo en función de la aparición o no de una determinada estrategia, sino en la calidad con que se ofrece y, en algunos casos, en el efecto que produce. Se recogen, pues, matices de las entrevistas que se perdían en las primeras versiones y que se consideran de vital importancia.

.. Integración del Modelo Transteórico en la escala actual: la diferenciación de los componentes relacional y direccional y el abandono de las referencias a mantenimiento y recaída.

El Modelo Transteórico (MTT) había estado presente desde el principio en el EVEM 1.0. Sin embargo, como se ha descrito en la Introducción, se trataba de un modelo que se había distanciado de la Entrevista Motivacional y no parecía tener lugar en una escala de reciente aparición que fuese a evaluar su integridad. Se pasó de hablar de un método con estrategias “estadio-específicas”, sin un claro trasfondo relacional (MTT), a un método relacional con un componente direccional (la Entrevista Motivacional). Es por ello que algunos ítems, redactados originalmente con una orientación basada en el MTT, se suprimieron o se fusionaron con otros ítems que abrazaban más este modelo relacional. A su vez, el método clínico de la Entrevista Motivacional daba la misma importancia a todas las estrategias empleadas independientemente del “momento del cambio” en que se encontrara el paciente, por lo que perdía sentido hablar de “mantenimiento” o “recaída” como algo distinto de lo que pudiera ser un paciente clásicamente “precontemplativo”: las preguntas abiertas, la escucha reflexiva, los sumarios y la validación debían de estar presentes en todo momento. A su vez, la muestra insuficiente de entrevistas en que el paciente estuviera en “recaída” y el posterior análisis factorial, que aconsejaba descartar el ítem de “mantenimiento”, son factores que se han venido a sumar a la decisión de suprimir los ítems “estadio-específicos” que aún quedaban en la escala. A continuación se proponen algunos ejemplos de cómo, de manera específica, se traduce lo anterior en los cambios efectuados en la escala.

En el paso del EVEM 1.2 al EVEM 1.3, se plantea, por una cuestión operativa, eliminar los ítems 15 (“*Una vez iniciado el cambio, desarrolla con el paciente estrategias para su mantenimiento*”) y 16 (“*Acomoda al paciente en la recaída en un clima de aceptación, tratando de potenciar su autoeficacia*”). El motivo era que, en aquel

momento, se estaban evaluando entrevistas con pacientes estandarizados cuyo rol era precontemplativo o contemplativo, y no se podían evaluar los ítems 15 y 16.

No obstante, y más allá de lo que los ítems pudieran restar de fiabilidad a la escala, se sigue el constructo teórico en cuanto a sus procesos, por un lado, y por otro no se abandonó la idea de que la herramienta tuviese una función formativa, por lo que se decidió mantenerlos. De este modo las etapas de mantenimiento y de recaída se contemplaban en el continuo asistencial, y se describían estrategias específicas para ayudar en el proceso de cambio que no estaban reflejadas en el resto de elementos de la escala, a diferencia de los que sucedía con los ítems 9 y 12.

El ítem 9 (*“Facilita el discurso del cambio”*) era de difícil valoración, y dependía a su vez de lo que ocurría en otras estrategias, como se detallará más adelante. El ítem 12 (*“Ofrece la información adaptada a los problemas y necesidades del paciente”*), tal y como estaba formulado, no resultaba discriminatorio de un modelo motivacional. Podría no haber diferencias en la valoración de este ítem cuando se utilizaba un modelo informativo y, por tanto, no aportaba ningún elemento distintivo en el constructo teórico. A su vez, otros ítems recogían aspectos de la forma en que se ofrecía la información, el “cómo”, tal y como se comentará después.

También en esta transición el ítem 3 de la escala 1.2 (*“Realiza un adecuado posicionamiento del paciente en relación con la conducta en cuestión”*) quedaba redactado como *“Facilita que el paciente se posicione”* y pasaba a ser el ítem 2 de la escala 1.3. Se consideró que, cualitativamente, este redactado tenía una connotación más en la línea del espíritu colaborador que del cumplimiento de una tarea específica, en consonancia con los saltos cualitativos que se habían venido incorporando a la escala.

Otro cambio que es necesario mencionar aquí es la eliminación del ítem 9 (*“Facilita el discurso del cambio”*), en la escala EVEM 1.3. Se había definido el facilitar el discurso del cambio en función de facilitación y evocación. Ambos elementos quedaban recogidos en los ítems *“Muestra empatía”* (por la facilitación que supone la sintonía no verbal acompañada de frases empáticas), *“Realiza una escucha reflexiva”* (por lo que las reflexiones tienen de facilitador) y *“Emplea preguntas abiertas”*, por lo que suponen en cuanto a evocación.

Profundizar en si se estaba facilitando el diálogo de cambio en esos términos podía suponer tener que ir a cada uno de los componentes del diálogo de cambio y ver, por un lado, si se evocaban, y por otro si se reflejaban. La complejidad de esa tarea era contraria la vocación simplificadora que se tenía al ir introduciendo los cambios. Se concluyó que una buena ejecución de la empatía, acompañada de preguntas abiertas y de escucha reflexiva (y posteriormente de un espíritu evocativo), eran un buen predictor de la facilitación del diálogo de cambio.

En cualquier caso, se consideró que una buena escucha reflexiva se debía de traducir en la aparición de diálogo de cambio, de modo que se incluyó este concepto en las puntuaciones del ítem de “escucha reflexiva”. De nuevo, se seguía primando el componente relacional sin dejar de lado el componente direccional.

A su vez, se modificaron los criterios de puntuación del ítem de “preguntas abiertas” para contemplar, además del predominio (que no de la presencia de una ratio o porcentaje) de preguntas abiertas sobre las cerradas, que estas preguntas debían de ser evocadoras, con una intención exploratoria clara, es decir, con una “direccionalidad”. Esto, sumado a la escucha reflexiva y la aparición de sumarios podía ser a priori un buen potenciador del discurso de cambio.

Por lo anteriormente descrito también se planteaban otras dudas, y es sobre el “contenido” de las preguntas abiertas, de las reflexiones o de los sumarios. Éstos tienen un efecto potenciador del discurso de cambio, pero pueden tener un efecto altamente desmotivador si se centran en los aspectos negativos de la conducta, o sólo se utilizan para mostrar empatía sin “direccionalidad”.

El terapeuta tiene que empatizar con el paciente para que la terapia sea efectiva, es el paso previo e imprescindible, pero luego viene la terapia: si se logra un alto grado de entendimiento con el paciente pero el terapeuta se limita a lamentarse con él, lo único que se consigue es acompañarlo en su tránsito por una conducta problemática, pero se asiste de manera pasiva al afianzamiento en esa conducta. Actuando así, se abandona el modelo de guía y se asume el rol de acompañante.

Para ilustrar lo anterior se propone un ejemplo. Imagínese que un profesional hace preguntas abiertas a un paciente sobre su hábito de fumar, y se concentra en lo difícil que es y en lo mal que se siente el paciente por el hecho de fumar, de manera que a través de las preguntas abiertas se va configurando un mapa de creencias sobre las

dificultades, la falta de motivos para dejarlo, las consecuencias en forma de ansiedad de intentarlo y el escaso grado de compromiso. Todo esto, además, se le va reflejando al paciente, y se le hace un resumen con todo ello (con o sin pregunta activadora). Se podría tener una puntuación (en la escala 1.2) en preguntas abiertas, escucha reflexiva y resúmenes de $2+2+2=6$ (o $2+2+1$ si no hay pregunta activadora), y sin embargo se está jugando un papel de acompañante, no de guía, y por tanto el terapeuta se aleja del modelo motivacional.

Imagínese, en cambio, que un segundo profesional hace pocas preguntas abiertas pero en la dirección del cambio, refleja los elementos del cambio de manera suficientemente potente como para crear una relación empática y hace un breve resumen al final recogiendo el diálogo de cambio generado. La puntuación (en la escala 1.2) podría ser $1+1+1=3$, pero estaría mucho más cerca del modelo motivacional (y probablemente sería más efectivo como terapeuta) que el primer profesional.

En la escala 1.3, al primer profesional se lo puntuaría como $2+1+1=5$, y al segundo profesional como $2+2+1=6$. El cambio cualitativo comporta, pues, mayor puntuación para un modelo que sigue el constructo de Entrevista Motivacional (modelo “guía”) que para un modelo “acompañante”.

Finalmente se cita aquí la eliminación del ítem 10 de la escala 1.2 (*“Ha explorado el grado de compromiso que el paciente tiene respecto a un posible cambio de conducta”*) en la escala EVEM 1.3, al fusionarse con el ítem 9 (*“Promueve el diseño de un plan de acción/seguimiento con el paciente”*). Dicho diseño implicará una tarea evocativa en el plan de acción destinada a, cuando sea oportuno, preguntar *qué* se va a hacer, *cómo* y *cuándo*, es decir, evocar los componentes del compromiso. De manera complementaria, en el ítem 2 de la escala 1.3 se puntúa al alza al profesional que pregunta el *por qué* (disposición al cambio), de modo que el compromiso queda bien representado en la escala 1.3.

A este respecto cabe también tener en cuenta un factor cultural que se ha percibido en la visualización de las entrevistas. Sin entrar a hacer un análisis antropológico o sociológico, que se alejan del cometido investigador de este estudio, sí se puede dejar constancia de las implicaciones de preguntar directamente por el compromiso para el cambio al paciente.

De las 332 entrevistas que se han evaluado para el estudio Dislip-EM, no se ha observado en prácticamente ninguna una pregunta directa sobre el compromiso (“Después de todo lo que hemos hablado, ¿a qué se compromete usted?”). Sí, por el contrario, se ha abordado de forma tangencial el tema en los términos que se planteaban antes: “¿Cuál cree que es el siguiente paso?”, “¿Qué cree que podría hacer para mejorar su colesterol con lo que le he comentado?”. Dicho de otro modo, parece que en un entorno de APS si se pregunta de forma directa por el grado de compromiso el paciente no lo recibe bien, a pesar de que es una manera inexpugnable de resolver la ambivalencia en uno u otro sentido, de romper la inercia hacia el *status quo*, y sin embargo no aparece reflejado ni en las entrevistas con pacientes estandarizados ni en las que se evalúa la interacción con paciente reales. La inercia es a ir evocando paulatinamente en lugar de preguntar de forma directa, e ir configurando el compromiso a través de las preguntas abiertas y la escucha reflexiva. Dicha observación a posteriori apoya la idea de que el ítem 10 de la escala 1.2 (vigente desde el CICAA-M1), no aportaba valor a la misma y sí podía generar confusión en la evaluación final por la tendencia de los terapeutas a evitar la pregunta, independientemente de que se utilice un modelo directivo u otro colaborativo.

. .Resistencias y discordia

Los cambios que se produjeron en el ítem de “Resistencias” no acabaron en la versión 1.3, sino que fueron producto de una amplia discusión entre los expertos que llevaron a cabo el refinamiento de la escala, incorporando los cambios propuestos al ítem 10 de la escala 2.0 (“Evita la discordia con el paciente”). Por lo que respecta a la escala 1.3, se incorporó el cambio de paradigma que se estaba produciendo en la transición de la segunda edición del libro *La Entrevista Motivacional* a la tercera, y que ya se apuntaba en la publicación *Motivational Interviewing in Health Care*²⁷. Dicho cambio de paradigma, reflejado en el documento de consenso sobre el discurso de cambio³⁹ que incorporaba los trabajos en psicolingüística de Paul Amrhein²⁶, implicaba que las “resistencias” no eran inherentes al paciente, sino generadas por el terapeuta. A su vez, invitaba a diferenciar “resistencias” de “discurso de mantenimiento”, entendidas las primeras como producto de la interacción entre terapeuta y paciente y el segundo como un elemento natural del discurso del paciente cuando se le invita a narrar su

vivencia. Se podría decir que el “discurso de mantenimiento” tiene un efecto más neutral sobre el lenguaje de compromiso, mientras que las “resistencias” son un mal predictor de la aparición de lenguaje de compromiso.

Tal y como estaba formulado el enunciado del ítem en la escala 1.0, parecía denotar que las resistencias “ya estaban ahí” y que la tarea del profesional era “detectarlas” y “revertirlas”. En la escala 1.3 se partió de la asunción de que una Entrevista Motivacional de calidad no genera resistencias, y que la detección de resistencias cuando aparecen es un mal menor que se puede revertir. El peor de los escenarios posibles sería que el profesional genere resistencias pero no lo detecte.

En la tercera conferencia internacional de Entrevista Motivacional (Venecia, 2012) ya se habían hecho muchos avances en el campo de los estudios psicolingüísticos en la aplicación de la Entrevista Motivacional, y se empezó a utilizar el término Discordia para referirse a lo antes se habían llamado Resistencias.

Siguiendo estas indicaciones, el profesional que se adhiere al constructo de la Entrevista Motivacional 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.

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:

- 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.

Se define que el profesional detecta y da respuesta a la discordia cuando, tras su aparición, el profesional rápidamente actúa para minimizar su efecto. Entre las diferentes respuestas se destacarían: el disculparse, reflejar lo que acaba de decir el paciente, realizar una reflexión más ampliada (de lo que acaba de decir el paciente, así como de cosas que ha comentado anteriormente), dar una respuesta empática y ceder parte del control al paciente, cambiar de tema, realizar una respuesta paradójica,

De todo lo anterior se destacan dos particularidades que la escala EVEM recoge y que complementan el constructo original, pero que no se han descrito hasta la fecha en la literatura en Entrevista Motivacional:

- La primera es que la evaluación de la discordia se basa, sobre todo, en la observación de la interacción profesional-paciente a nivel no verbal. Este hecho es novedoso y particular de la escala EVEM. De no tener en cuenta lo anterior, hay multitud de respuestas del paciente que hubiesen pasado ignoradas a la observación de un evaluador centrado solo en el lenguaje oral, y que por tanto no podrían ser evaluadas.
- En consonancia con lo primero, se han detectado dos tipos de respuestas no descritas en la literatura en relación con la aparición de discordia: la respuesta de huida y la de incomodidad, ambas descritas anteriormente. Dichas respuestas, en base a las observaciones realizadas, son mucho más frecuentes en nuestro entorno cultural que las otras cuatro: beligerancia, interrupción, negación o desmerecimiento. Este salto cualitativo contribuye en gran medida a confirmar la justificación de la presente investigación.

. *Oferta de información y direccionalidad*

En el paso de la escala EVEM 1.2 a la 1.3, el ítem 12 ("*Ofrece la información adaptada a los problemas y necesidades del paciente*") se eliminó. Se consideró que la aportación de información* *per se* no discriminaba al modelo motivacional del modelo informativo, e incluso podía tener puntos en común con el modelo confrontativo. Las diferencias entre los tres modelos radican en el *cómo* se ofrece la información. Pero aun poniendo atención al *cómo* (de una forma neutral en los modelos motivacional e informativo y de manera coercitiva en el confrontativo), se seguía sin diferenciar entre los dos primeros.

Alternativamente, cuando se habla de un modelo de *Guía* en contraposición a un modelo *Directivo*, una de las diferencias es que la información se ofrece a petición del paciente en el modelo *Guía*. Asimismo, uno de los motivos por los que el modelo *Directivo* se aleja del modelo *Centrado en el Paciente* es que no tiene en cuenta los problemas y necesidades de éste.

Para resolver estas cuestiones en la escala 1.3 se hicieron dos modificaciones:

- La oferta de información quedaba englobada en el ítem 3 (*“Trabaja de forma concordante con el posicionamiento del paciente”*), apartándose de su definición original ligada al Modelo Transteórico -en desuso en la Entrevista Motivacional- y aproximándose a una visión más colaborativa y menos estadio-dependiente.
- La oferta de información (y recursos terapéuticos) se debía de hacer *a petición del paciente*, y ello llevaba implícito que se tuvieran en cuenta sus problemas y necesidades.

**En la escala 1.3 se habla de “recursos”, pues el profesional puede ofertar no solo información para ayudar en el cambio, sino también recursos terapéuticos, que en ocasiones son requeridos por el propio paciente y que, en un entorno de APS están siempre encima de la mesa.*

. Cambios en las puntuaciones, pasando de una escala Likert 0-2 a una escala Likert 0-4.

Durante el proceso de entrenamiento en el uso de la escala, una de las cuestiones que más se puso de relieve fue la dificultad de tener que puntuar 0, 1 o 2 sin disponer de posiciones intermedias. Esto resultaba en que a veces era difícil decidir entre un 0 o un 1, y a veces entre un 1 o un 2. A pesar de los esfuerzos por concretar al máximo los límites de cada puntuación en cada ítem, la realidad hacía evidente que las cosas no siempre eran blancas o negras, y que había matices intermedios. En el fondo se había diseñado un instrumento que medía las habilidades de forma global, en lugar de hacerlo de un modo cuantitativo, pero como era de esperar la fiabilidad no era tan buena al tratar de darle ese matiz cualitativo en las puntuaciones con rango tan estrecho.

La solución que se propuso fue la de ampliar el rango a una escala Likert ordinal de 0-4. Ello supuso volver a modificar todo el manual para definir las puntuaciones intermedias en los ítems, pero a la vez ofrecía la posibilidad de profundizar aun más en los matices de cada una de las puntuaciones. El resultado no solo fue una mejor concordancia interobservador con la escala Likert 0-4, sino que los observadores se sintieron más cómodos con ella y hubo unanimidad al destacar la mayor facilidad de

aplicación. La ampliación del rango de puntuaciones la convertía, pues, en una escala más dinámica y flexible.

. *Incorporación de los ítems de “Espíritu”: Evocación, Colaboración, Autonomía y Compasión.*

Otro salto cualitativo importante fue la introducción del ítem 12, que posteriormente se pasó a cuantificar de manera individual. Esto es, en lugar de hacer un sumatorio de las 4 subcategorías, se reconvirtió a cada una de ellas en un ítem con entidad propia.

Con la escala prácticamente definitiva, el equipo investigador lanzó la propuesta de incluir este último elemento en la evaluación, que sería en cierta medida el equivalente a las puntuaciones globales de la MITI o el MISC. No obstante, la justificación no tenía nada que ver con las semejanzas o divergencias con estas dos escalas, sino que obedecía al propósito de analizar las analogías existentes en el seno de la escala entre los ítems que se tenían hasta la fecha -que medían tareas específicas o estrategias del método- con el sustrato ideológico subyacente del terapeuta, en consonancia con el constructo teórico de la Entrevista Motivacional tal y como se ha descrito anteriormente.

Si bien es cierto que en la mayoría de los ítems, tanto en su formulación como en la descripción de las puntuaciones, se ha tenido en cuenta en qué medida estaban en consonancia con la *Evocación*, la *Colaboración* y la *Autonomía*, los investigadores invitaron a evaluar estas categorías por separado.

Tratando de ser coherentes con la metodología utilizada hasta la fecha de revisar todo lo descrito en base a las nuevas aportaciones, y con la reciente aparición de la tercera edición del libro *La Entrevista Motivacional en 2013*¹⁹, se incorporó el cuarto elemento, la *Compasión*. Se pudo profundizar en la interpretación de este concepto gracias a un grupo focal reunido en el primer Foro del Grupo Español de Trabajo en Entrevista Motivacional (Tarragona, octubre de 2012).

De todo lo anterior se desprende que la escala ha demostrado una excelente validez cualitativa, tanto en su construcción como en su adaptación continua al constructo teórico de la Entrevista Motivacional, tal y como se ha expuesto en los apartados anteriores.

6.2.2 Fiabilidad

Como se desprende de los datos obtenidos, el instrumento que se presenta se puede considerar fiable, con una consistencia interna alta y con unos índices de reproducibilidad globales muy adecuados. Se discuten a continuación los detalles del análisis de la fiabilidad en cuanto a la estabilidad de la escala y su consistencia interna.

Reproducibilidad de la escala: concordancia intra e interobservador

La concordancia interobservador se ha testado con las versiones 1.2, 1.3, 1.4 y 2.0 de la escala EVEM, con diferentes submuestras de evaluadores (jueces y observadores entrenados), tal y como se describió en el apartado de métodos. En la figura 16 se muestra una comparación evolutiva de los índices Kappa entre las escalas EVEM 1.2 y 1.4, en la que se observa que en las versiones posteriores de la escala la concordancia es mejor. Esto es, a medida que se ha ido avanzando en la validación cualitativa de la escala, el proceso de adaptación al marco teórico ha ido acompañado de una mejora de los resultados de la concordancia interobservador, por lo que se puede afirmar que la escala actual es más adecuada y más fiable para medir la Entrevista Motivacional de lo que lo era en sus versiones iniciales. El largo y riguroso proceso de validación cualitativa seguido, pues, queda además justificado y consolidado por los resultados estadísticos.

La concordancia intraobservador, como se aprecia en las tablas 18 y 19, es peor en la escala EVEM 1.3 entre los jueces que la concordancia interobservador, tanto en el test como en el retest (tabla 25 bis). Sin embargo, este fenómeno no se observa en los observadores entrenados con la escala EVEM 2.0, donde los resultados de la concordancia intraobservador (tablas 20 a 23) no resultan peores que los de la

concordancia interobservador (tablas 39 y 40). La explicación de los resultados obtenidos viene dada por el hecho de que, entre el primer y el segundo análisis de concordancia interobservador entre expertos con la escala EVEM 1.3, hubo algunas modificaciones en los criterios de puntuación en el manual de la escala, y cuando se volvieron a valorar las 22 entrevistas en el retest se evaluaron con criterios no totalmente superponibles. Esta situación, que desde el punto de vista metodológico tiene sus limitaciones, viene motivada por el hecho de que, a la vez que se testaba la fiabilidad de la escala, como había sucedido con las versiones anteriores, se introducían los cambios oportunos en el manual después de discutir los puntos en desacuerdo entre los jueces. No fue así con la escala EVEM 2.0, que ya era el producto de la revisión anterior y no experimentó cambios posteriores a los análisis de fiabilidad.

Los cambios antes citados fueron mínimos, no obstante, y no afectaron a los resultados de la concordancia interobservador (el CCI global fue de 0,88 (IC95%: 0,71-0,95) tanto en el test como en el retest, con mínimas diferencias en los índices Kappa). Las diferencias observadas, a su vez, permiten afirmar que la concordancia interobservador es mejor que la intraobservador, pero sin ser notables, y que este fenómeno no se produce en la concordancia interobservador con los observadores entrenados, siendo probablemente un artefacto, ya que en otros estudios la concordancia intraobservador suele ser mejor que la interobservador^{182, 183}.

Respecto de la variabilidad en la concordancia intraobservador en los observadores entrenados con la escala EVEM 2.0 (tablas 20 a 23), se aprecia que en el observador 2 (tabla 21) la concordancia es mejor que en el observador 3 (tabla 23). Este hecho no se explica por diferencias en el entrenamiento, que fue idéntico para todos los observadores, y puede estar influenciado por el hecho de que muchos índices Kappa no se pudieron calcular debido a que el tamaño muestral reducido influyó en el hecho de que no todas las puntuaciones posibles estuvieran representadas en las tablas de contingencia. Si miramos los valores del CCI, las diferencias entre el observador 2 (CCI=0,99; IC95%: 0,92-1,00) y el observador 4 (CCI=0,94; IC95%: 0,62-1,00) no son relevantes, aunque sí se observa mayor dispersión de puntuaciones en el observador 4, por lo que los datos son menos fiables en este observador.

Tampoco se observaron diferencias importantes en la concordancia interobservador ni en la intraobservador entre los diferentes subgrupos de la muestra, es decir, entre las estudiantes de psicología y los médicos residentes.

Otro dato que es necesario destacar aquí es que con la escala EVEM 1.3 (figuras 4 a 9) hay una tendencia a puntuar a la baja (el valor de las medias está por debajo de 0 en todos los casos), respecto de la escala EVEM 1.4, donde hay una tendencia a puntuar al alza, tal y como se aprecia en las figuras 10 a 15. En el caso del observador entrenado 1, se observa que esta tendencia a puntuar a la baja es mayor y que hay más dispersión en los límites de concordancia respecto de lo que sucede con el resto de observadores. En la concordancia interobservador con la escala EVEM 1.4 la dispersión observadas en los gráficos de Bland y Altman se reducen, con lo que la fiabilidad observada en la versión posterior de la escala es mayor.

La explicación de estos datos viene determinada porque los criterios de puntuación en el manual de la escala EVEM 1.4 eran menos restrictivos que con la escala EVEM 1.3, en consonancia con la ampliación del número de categorías de puntuación de 3 a 5 categorías, lo que permitía que se pudieran utilizar puntuaciones intermedias menos categóricas que las anteriores, donde la estrategia o la habilidad a veces se puntuaba de forma prácticamente dicotómica (“existe” o “no existe”). Como se ha descrito en los resultados de sensibilidad al cambio, no obstante, eso no influyó negativamente en el hecho de que la escala detectara diferencias significativas entre los grupos intervención y control del estudio Dislip-EM.

En las figuras 16 y 17 y en la tabla 35 se observa que no hay diferencias notables en las dos versiones de la escala EVEM 1.4 con las distintas categorías de puntuación (0-2 y 0-4). No obstante, en la versión de la escala ordinal con 5 categorías de puntuación los valores de los índices Kappa fueron mejores tanto porque se redujeron en los extremos menos fiables como porque se ampliaron en los extremos más fiables. Este hecho, unido a la preferencia de los observadores por la escala de 5 categorías, marcó la decisión del equipo investigador de elegir la escala en su versión 0-4.

Comparado con los resultados obtenidos con otras escalas, en el estudio de valoración de la MITI ¹⁶⁵ los CCI tuvieron un rango de 0,52 a 0,97, con un 70% de valores >0,75. En el presente estudio, los CCI con la versión 1.4 de la escala en los jueces estuvieron en un rango de 0,71 a 1, con un 93% de valores >0,75, y en los observadores entrenados en un rango de CCI=0,27-0,88, con un 33% de valores en el rango excelente(>0,75). Del mismo modo que sucedió con la evaluación de la MITI, en

los jueces los valores de concordancia eran mejores que en los observadores entrenados. Los resultados, pues, no difieren de los obtenidos con la escala que se considera como *gold standard* en la evaluación de la Entrevista Motivacional, e incluso son mejores en algunos aspectos.

En el estudio de validación de la escala BECCI⁶¹, los CCI globales fueron de 0,79 en una submuestra y de 0,93 en la otra, de un total de 48 entrevistas. En la escala EVEM el CCI global obtenido del análisis de las 332 entrevistas del estudio Dislip-Em fue de 0,97. Respecto de la escala que, por su constructo teórico, sería la más comparable al EVEM, los resultados obtenidos con el EVEM mejoran a los obtenidos en el BECCI.

Consistencia interna

La consistencia interna de la escala se ha demostrado elevada, tal y como se expone en la tabla 36, y se ha mantenido por encima de 0,95 en las diferentes versiones, con mínimos cambios entre los diferentes evaluadores, alcanzando el valor máximo ($\alpha=0,99$) en la última versión de la escala (EVEM 2.0). El análisis de las 332 entrevistas del estudio Dislip-EM mostró un $\alpha=0,97$, lo que demuestra que la escala presenta una fiabilidad interna excelente.

Los resultados de la consistencia interna de la escala con la versión de 3 categorías de la escala EVEM 1.4 (0-2), fueron peores que con la escala de 5 categorías (EVEM 1.4 0-4), aunque las diferencias fueron mínimas. No obstante, eso refuerza la decisión de haber elegido la escala de 5 categorías en lugar de la de 3.

6.2.3 Dimensionalidad de la escala (análisis factorial)

Un requisito indispensable para la realización del análisis factorial exploratorio es que la matriz de correlaciones inicial permita localizar agrupamientos relevantes entre ítems^{99, 105}. Para ello, hubo primeramente que calcular dos estimadores que aseguraran que la matriz de correlaciones era adecuada (el test de Barlett y el índice

de Kaiser-Meyer-Olkin –KMO-). Los resultados de ambos confirmaron la adecuación de la matriz y que existía una alta correlación entre las variables, ya que el índice KMO fue de 0,947 (por tanto mayor de 0,7) y el resultado del test de esfericidad de Barlett fue de 5440,04 ($p < 0,0001$). Por tanto, era procedente realizar el análisis factorial.

Con él se han identificado dos componentes claramente definidos que explican el 76,6% de la varianza, es decir, del total del modelo teórico propuesto, porcentaje que se puede catalogar como alto si se compara con los obtenidos con otros instrumentos clinimétricos.

En la tabla 38 se muestra la matriz de correlación de componentes. En un primer análisis se incluyó el ítem 11 (“mantenimiento”), observándose una correlación muy fuerte con el componente 2 de la solución factorial (0,81). Sin embargo, tal y como se puede observar en la tabla 41, la correlación ítem-total del ítem 11 obtuvo un valor inferior a 0,442, por lo que se descartó del análisis factorial definitivo. El hecho de que los ítems 8 y 9 (“objetivos” y “plan de acción”) fueran excluyentes respecto del ítem 11 (esto es, al estar en etapa de mantenimiento no se evaluaban objetivos y plan de acción y viceversa), reforzó la idea de abandonar el modelo estadio-específico.

El nuevo análisis factorial excluyendo el ítem 11 mostró que el componente 1 incluye todos los ítems, pero la correlación es peor con los ítems 6 (“sumarios”), 7 (“validación”), 8, y 9. Los ítems 8 y 9 muestran una buena correlación (0,93 en ambos casos) con el componente 2 comparados con el resto de ítems, y una baja correlación (0,22 y 0,20 respectivamente) con el componente 1 de la solución factorial. A pesar de tratarse de ítems que se podrían denominar como estadio-específicos, un análisis en profundidad lleva a concluir que lo que éstos miden de forma independiente es el componente *direccional* de la Entrevista Motivacional. Si se hace una evaluación con la escala teniendo en cuenta exclusivamente las puntuaciones del resto de ítems excluyendo el 8 y el 9, se podría estar trabajando con el paciente desde una perspectiva de equilibrio (*equipoise*), tal y como se ha descrito en la introducción. Con el manual en la mano (anexo 13), posicionar al paciente no implica “decidir” qué conducta hay que cambiar, sino poner de manifiesto la perspectiva del paciente respecto del cambio de conducta. Preguntar por el compromiso hacia un cambio de conducta no implica recoger ese compromiso. Acompañar a un paciente que no ha

decidido una diana terapéutica -tal vez porque no la haya, o no sea terapéutica- en su proceso de crecimiento personal hacia el cambio, es concordante con su posicionamiento si éste es de indecisión.

En este sentido, los ítems 8 y 9 marcan la dirección del cambio. Cuando el terapeuta pregunta específicamente por una diana terapéutica y cómo se piensa llevar a cabo el cambio está invitando al paciente a decantarse hacia un cambio de conducta que será evocado con preguntas abiertas y sumarios y reforzado por escucha reflexiva y validación, potenciando el diálogo de cambio, y con ello el compromiso. Este componente direccional representado en los ítems 8 y 9 marca el uso de las estrategias específicas de la Entrevista Motivacional en una u otra dirección. Las preguntas abiertas se pueden utilizar con una actitud evocativa ante lo desconocido o ante un conflicto a resolver, se pueden usar con la intención de incrementar la ambivalencia o con una actitud exploratoria cuando no hay ambivalencia. Del mismo modo sucede con la escucha reflexiva. Se puede reflejar en la dirección del cambio, potenciando el diálogo de cambio, o se puede reflejar en la dirección exploratoria, invitando al paciente a seguir ahondando en su conflicto interno para resolverlo. Preguntar, pues, qué es lo que el paciente quiere cambiar, y cómo lo quiere cambiar, implica un posicionamiento del terapeuta dirigido a reforzar la intención de cambio del paciente y sus propias estrategias para llevarlo a cabo.

En resumen, la exploración y puesta de manifiesto de una determinada diana de cambio, representada especialmente en los ítems 8 y 9, implica una relación terapéutica direccional hacia el objetivo de cambio y el plan de acción, y activa el resorte de las estrategias específicas (preguntas abiertas, sumarios, validación y escucha reflexiva) hacia el objetivo u objetivos de cambio evocados por el terapeuta. La ausencia de una diana terapéutica específica (lo que equivaldría a una puntuación de “no procede” en los ítems 8 y 9), marcará un uso más exploratorio que direccional, en el sentido de reforzar el conflicto del paciente para ayudarle a resolver su ambivalencia sin una postura específica del terapeuta hacia ninguno de los dos lados de la balanza, sino con una asunción de “neutralidad”.

Los ítems que se correlacionan mejor con el componente 1 son los relativos al Espíritu de la Entrevista Motivacional: evocación, colaboración, autonomía y compasión, y las

habilidades de empatía y escucha reflexiva, así como el ítem de discordia. Se ha decidido denominar a este componente *relacional* en atención a lo anterior.

En la introducción se expusieron los elementos del espíritu de la Entrevista Motivacional, que tal y como quedan descritos en la tercera edición del libro¹⁹ son evocación, colaboración, aceptación (aquí el término “aceptación” engloba los conceptos de “autonomía” y “empatía”) y compasión. El componente *relacional* engloba a todos los ítems (aunque con una baja correlación con los ítems 8 y 9 del componente *direccional*), pero se correlaciona mejor con aquellos que están más relacionados con el espíritu de la Entrevista Motivacional. A su vez, también lo está con el ítem 10 (“discordia”). Tal y como se ha descrito en los resultados de la validación cualitativa y en la primera parte de esta discusión, el término discordia implica un cambio en la relación, una ruptura disonante con el espíritu de la Entrevista Motivacional según los términos antes descritos. Es lógico observar, pues, que una entrevista en la que la discordia no está presente (máxima puntuación en el ítem) se correlacione bien con el componente *relacional*.

Por lo que respecta a las estrategias (preguntas abiertas, escucha reflexiva, sumarios y validación), aunque su correlación con el componente *relacional* es buena (mejor en el caso de la escucha reflexiva), es menor que los ítems que describen la ejecución de las habilidades relacionadas con el espíritu. Hay que tener en cuenta dos factores que explican estos resultados y el hecho de que no aparezca un tercer factor de tipo *estratégico*.

En primer lugar, tal y como se han ido redactando y evaluando los ítems de habilidades, éstos se evalúan de forma más cualitativa que cuantitativa, como se describía en la introducción, a diferencia de otras escalas. Esto es, las preguntas abiertas deben de tener una intencionalidad evocativa y exploratoria, y esto conlleva una mejor puntuación que no el hecho de que haya más preguntas abiertas que cerradas: lo importante es que las que se hagan, se hagan con una actitud evocativa. La escucha reflexiva lleva implícita una actitud de empatía no verbal, sin la cual no se entiende la estrategia y por tanto se puntuaría a la baja. En el caso de los sumarios y de la validación no es necesario que aparezca un elemento específico de espíritu para evaluar la estrategia. Esto conduce a concluir que, a mayor correlación con el componente *relacional* de los ítems relacionados con estrategias, mayor presencia de ese componente en el ítem, y por tanto mayor relación con el espíritu global de la

Entrevista Motivacional, y viceversa: el componente *relacional* engloba a las estrategias en la escala.

En segundo lugar, el hecho de que la escala se haya testado en una muestra de profesionales con poca habilidad en su uso, es decir, con un recorrido relativamente corto en la utilización del método, puede estar condicionando las bajas puntuaciones en sumarios (media=0,72) y validación (media=1,2), y ello los resultados del análisis factorial. En la observación de las entrevistas se ha constatado la escasa utilización que los profesionales del estudio hicieron de estas dos estrategias, hecho que concuerda con las puntuaciones medias observadas, tal y como se puede apreciar en la figura 18, donde se observa que las peores puntuaciones correspondieron a los ítems 5, 6 y 7 (escucha reflexiva, sumarios y validación).

En comparación con los resultados obtenidos en el análisis factorial de la escala MITI¹⁶⁵, donde se extrajeron más factores en la solución factorial, se observan coincidencias importantes al estar relacionados el ítem de empatía y el espíritu global con el componente 1, que sería el equivalente al componente *relacional* del EVEM. En el caso de la MITI, no obstante, aparecen otros componentes que se podrían calificar de “estratégicos”, relacionados con las preguntas abiertas y la escucha reflexiva. Como se comentó en la introducción, dicha escala evalúa los comportamientos en función de su aparición o no, pero no cualitativamente, lo que explicaría que otros componentes surjan en el análisis factorial y que eso no suceda en el EVEM, al estar las estrategias integradas en el componente *relacional*.

6.2.4 Generalizabilidad de la fiabilidad

En el apartado de material y métodos se ha descrito la metodología seguida para valorar la generalizabilidad de la fiabilidad de la escala. La muestra seleccionada para esta finalidad fue de conveniencia e incluyó a dos grupos de evaluadores con escasa o nula formación en Entrevista Motivacional, provenientes de ámbitos distintos: médicos residentes de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria y estudiantes de último año de psicología. El objetivo de esta selección fue valorar, además del “coste” del aprendizaje en la escala, esto es, que el número de entrevistas a evaluar no sea elevado¹¹⁵, la factibilidad en el aprendizaje desde ópticas diversas.

Para ello se siguió la metodología propuesta por Mercer et al.¹¹³, que establecen el punto de corte del coeficiente de correlación intraclase (CCI) a alcanzar por los evaluadores por encima de 0,8. En las tablas 39 y 40 se pueden observar los resultados de la fiabilidad en los observadores con el entrenamiento con 2, 4 y 6 entrevistas. A pesar de que con 2 entrevistas se alcanza un CCI por encima de 0,8, los intervalos de confianza son demasiado amplios (y el resultado poco fiable, por tanto), y no es hasta las 4 entrevistas cuando se reduce considerablemente. Con 6 entrevistas el intervalo de confianza para el 95% de seguridad es aceptable, manteniéndose los CCI por encima de 0,90, por lo que se puede concluir que la escala se puede aprender y utilizar de forma fiable con un número de 6 entrevistas. De este modo, y siguiendo la recomendaciones propuestas por Kraan et al.⁹³, que cifran el número de entrevistas a evaluar para alcanzar un CCI fiable en 12-15 casos por observador, los resultados obtenidos con la escala EVEM son excelentes con la mitad de entrevistas. En comparación con los resultados obtenidos en entrenamientos con la MITI¹⁸⁴, donde fueron necesarias 15 entrevistas para alcanzar el $CCI > 0,8$, se puede afirmar que la escala EVEM tiene una excelente fiabilidad cuando se entrena en su uso a observadores con menor número de entrevistas a evaluar respecto de los estándares y de la escala principal de referencia de evaluación de la Entrevista Motivacional.

Es necesario mencionar que no hubo diferencias importantes entre los evaluadores, a pesar de que sí se observa que el evaluador 4 tiene puntuaciones por debajo de los otros 3. Tampoco se observaron diferencias entre el grupo de médicos y el de psicólogas, por lo que se puede concluir que la escala es aprehensible para personas con poco conocimiento de la Entrevista Motivacional y tanto con formación médica como psicológica, lo que está en relación con el constructo teórico del método, aplicable en diversos contextos, tal y como se ha descrito en la introducción. No obstante, las entrevistas utilizadas en la formación de los observadores en la escala provenían del estudio Dislip-EM, es decir, se trataba de interacciones de profesionales médicos con pacientes con riesgo cardiovascular. Si bien se ha analizado la capacidad de observadores con formación en psicología para evaluar encuentros en un entorno de APS, no ha sido así con observadores con formación médica valorando entrevistas en un entorno de terapia psicológica. Esta limitación por lo que respecta a la generalizabilidad de la fiabilidad de la escala se encuentra fuera de los objetivos del presente estudio.

6.2.5 Factibilidad y otros atributos de la escala

Factibilidad

Además de demostrar su validez y fiabilidad, la escala EVEM resulta factible, esto es, demuestra su posibilidad de utilización en condiciones reales.

Atendiendo a las directrices de la ACGME a que se hacía referencia en la discusión de los métodos ¹⁶³, los criterios de factibilidad se definen como sigue:

- Tiempo requerido para la evaluación con el cuestionario.
- Número de ítems de la escala.
- Número de observadores preciso.
- Necesidad o no de entrenamiento de los observadores y nivel requerido.
- Tecnología y equipamiento necesarios.
- Costes.

La escala EVEM se ha testado mayoritariamente en entrevistas en un contexto de APS, con una duración aproximada de 10 minutos por entrevista. En el manual se recomienda visualizar la entrevista una primera vez atendiendo a los aspectos de comunicación no verbal y tratando de valorar los ítems de espíritu, empatía, posicionamiento y concordancia con el posicionamiento y discordia. En una segunda visualización se aconseja prestar más atención a los ítems de estrategias (preguntas abiertas, escucha reflexiva, sumarios y validación), a los objetivos y el plan de acción. Puede ser necesaria una tercera visualización de algún segmento de la entrevista que pueda resultar dudoso por cualesquiera motivos (técnicos o de la propia entrevista). Ello supone que un observador entrenado puede tener suficiente con una sola visualización o requerir de dos con alguna puntualización, pero en el peor de los casos no debería de llevar más de 30 minutos rellenar la hoja de puntuación, y se puede hacer en 15 minutos con entrenamiento si la entrevista no es demasiado compleja. En los estudios de validación de la MITI ¹⁶⁵ se visualizaron segmentos de 20 minutos de entrevista, siguiendo una metodología parecida (primera audición poniendo atención a los resultados globales y segunda audición para contabilizar las estrategias), por lo que el tiempo de evaluación se extiende fácilmente a 50 minutos en un observador bien entrenado. Con todo, los fragmentos de 20 minutos no corresponden a la

entrevista en su totalidad, como lo es el caso de la escala EVEM, sino a un fragmento de la misma, que suele ser el del inicio, con lo que se dificulta la generalización de todas las conductas observadas y presenta limitaciones que no corresponde discutir aquí. En definitiva, el tiempo de evaluación es mayor con la MITI y, a falta de datos con las otras escalas disponibles, resulta la más breve en su aplicación teniendo en cuenta el contexto para el que ha sido diseñada.

Por lo que respecta al número de ítems de la escala, la escala EVEM tiene 14 ítems, 3 ítems más que el BECCI ¹²⁶ y 2 más que la MITI (en su versión 3.1) ¹²⁴, con la salvedad de que 2 ítems son estadio-específicos (objetivos y plan de acción). No resulta, pues, globalmente, una escala mucho más costosa que sus predecesoras por lo que respecta al número de ítems. Si se pone atención a la escala de la que partió el EVEM, la escala CICAA, el número de ítems se reduce de 29 a 14 (ver tabla 16) en la adecuación y refinamiento de la nueva escala.

En cuanto al número de observadores preciso, la escala se ha testado con 8 observadores, alcanzándose el máximo nivel de fiabilidad con 2 y manteniendo unos buenos índices de concordancia intraobservador e interobservador con 5 observadores.

El entrenamiento de los observadores con la escala EVEM 2.0 se llevó a cabo según la metodología expuesta en el apartado de material y métodos. Desde el primer momento en que los observadores recibieron la escala y el manual hasta la visualización y puntuación de las 6 entrevistas necesarias para alcanzar una buena fiabilidad el tiempo dedicado por los observadores fue de 5-7 horas. Si se tiene en cuenta que, siguiendo la metodología empleada, se podrían formar a 10 evaluadores a la vez, el tiempo requerido por el entrenador (5-7 horas a lo largo de 3-4 semanas) es más que aceptable, particularmente cuando se compara el coste del entrenamiento con la MITI, que es de unas 40 horas a lo largo de 2-3 meses.

En cuanto a la tecnología y el equipamiento necesarios para llevar a cabo el entrenamiento, a diferencia de lo que se suele hacer con la MITI, donde se realizan reuniones presenciales en el *coding lab*, en el caso de la escala EVEM el entrenamiento se realizó a través de videoconferencia, permitiendo a su vez la participación de sujetos desde lugares distantes del país (Córdoba, San Sebastián y

Barcelona). La tecnología necesaria fue disponer de un ordenador personal con conexión a internet y una plataforma como Vimeo -de pago en la versión que se utilizó en este estudio, pero sin coste adicional al tratarse de la misma que se utilizó para el estudio Dislip-EM-, que permitiera el acceso remoto a los vídeos seleccionados para su evaluación, y el acceso a una hoja de datos de google docs, gratuita y disponible en internet. El coste comparativo, pues, de recursos materiales, entre lo que supuso el entrenamiento con la escala EVEM y el mantenimiento de un *coding lab* como el que se utiliza para formar a los entrenadores en el uso de la MITI, resulta en un coste mucho menor para la escala EVEM.

De lo expuesto en el apartado de resultados (ver figura 20) se puede concluir que, para los evaluadores, la escala resulta muy manejable, notablemente clara y muy equilibrada, resultando poco costosa y fácil de aprender.

Aceptabilidad

El procedimiento de evaluación de la herramienta de medida en este estudio debe ser aceptado por todos los actores implicados: el que lo aplica (el investigador, encuestador, paciente estandarizado o evaluador externo) y los sujetos medidos (ya sea el paciente o el profesional sanitario)⁹⁴. El sujeto medido debe aceptar el procedimiento empleado para no cometer errores en su uso (sesgos de información). El profesional que acceda a ser evaluado debe estar convencido de los méritos del método en cuestión antes de aceptar el reto de que le sea aplicado. Generalmente esto es más fácil cuando los fines de la evaluación son formativos, ya que el impacto educativo aumenta la satisfacción del profesional por la ganancia personal que obtiene en su nivel competencial. Sin embargo, cuando los fines son investigadores, sumativos o bien de mejora de la calidad, el grado de aceptabilidad por lo general decae significativamente.

Donde más cautela quizá es preciso tener es en la participación de los pacientes, dado que su aceptabilidad dependerá principalmente de cuestiones ético-legales como el respeto a la confidencialidad de los registros, la custodia apropiada de las grabaciones y cuestionarios, el grado de información sobre los objetivos y procedimientos a realizar y los métodos de obtención del consentimiento a la

participación en el proceso. En España el Grupo de Comunicación y Salud de semFYC¹⁸⁵, ha emitido unas recomendaciones éticas sobre los aspectos relacionados con las videograbaciones de encuentros clínicos para su uso en investigación y en docencia que en el caso del presente estudio se han respetado tanto en las fases de registro de las consultas procedentes de los “estudios-fuente” como en el posterior proceso de evaluación y manejo de la información clínica de los casos analizados. Las consideraciones éticas a este respecto son las tenidas en cuenta, además, por el protocolo del estudio Dislip-EM, que cuenta con la aprobación de la comisión de ética del Centro de Investigación Sanitaria del Distrito Sanitario Córdoba-centro, con fecha de 19/05/2008.

Universalidad

La flexibilidad o universalidad de la escala dependerá del uso que se haga de la misma en situaciones clínicas diferentes (diferentes tipos de pacientes o profesionales), con profesionales de diversas especialidades (medicina de familia, enfermería, psicología clínica, psiquiatría, etc.), ámbitos sanitarios (consultas de APS, atención especializada, medicina hospitalaria, etc.), o diferentes contextos culturales o geográficos.

En el caso de la escala EVEM, el instrumento ha sido diseñado para su uso en consultas de APS. Se ha testado esencialmente con pacientes con riesgo cardiovascular, pero el hecho de que se abordaran diversas dianas terapéuticas de forma simultánea, que éstas implicaran cambios en los estilos de vida, y que se realizaran en el transcurso de las consultas habituales, donde han aflorado otros problemas médicos y sociales, permite afirmar que hay una variedad de situaciones clínicas en las que la escala se ha puesto a prueba.

El hecho de que estudio-fuente principal (el estudio Dislip-EM) sea un estudio realizado en diversos contextos geográficos de España, y que los evaluadores provienen también de lugares con características socioculturales diferentes (Andalucía, Cataluña, Galicia, Extremadura y País vasco), permite afirmar que la escala se ha testado en entornos diferentes, cuyo común denominador es el sistema de APS en España y la lengua castellana. Tan solo en algunas entrevistas, a título anecdótico, el evaluador asignado no pudo realizar la puntuación al haber sido grabada en una lengua que no comprendía, pero los diferentes evaluadores han realizado las valoraciones de profesionales de entornos culturales distintos a los

suyos. En ningún caso, no obstante, se ha testado el cuestionario en otros sistemas de APS fuera de España ni con otra lengua que no sea el castellano, no obstante.

La pequeña muestra de profesionales de enfermería que participó en el estudio de validez convergente con la escala BECCI no permite afirmar que la escala se haya testado en este colectivo profesional, aunque no es de esperar que, por el constructo teórico que mide, haya diferencias importantes respecto de las consultas de profesionales de medicina de familia. En otro orden de cosas estarían las consultas de psicología clínica, psiquiatría o trabajo social, que serían colectivos candidatos a ser evaluados con la escala EVEM pero en los cuales no se ha testado a fecha de hoy. Sí, en cambio, los evaluadores han constituido una muestra heterogénea tanto por su nivel de conocimientos y aplicación de la Entrevista motivacional (profesionales expertos vs médicos residentes), como por la procedencia de los mismos (médicos de familia vs estudiantes de psicología), sin que se hayan observado diferencias entre los dos colectivos de profesionales.

6.2.6 Refinamiento de la escala.

En el apartado de discusión de los resultados de la validez cualitativa de la escala se han expuesto los cambios que ha ido experimentando la escala en sus diferentes versiones hasta obtener la versión con la que se evaluó a los participantes del estudio Dislip-EM (332 entrevistas). Posteriormente, en base a los análisis psicométricos realizados, se decidió eliminar el ítem 11 (“mantenimiento”). Esta decisión vino motivada por dos hechos. El primero que, tal y como se observa en la figura 18, el alto porcentaje de respuestas “no procede” (72%), hacían difícil su valoración. La mayoría de los pacientes estandarizados se formaron según un guión en el que representaban a personas en fases poco proclives al cambio, para facilitar el desarrollo pleno del modelo motivacional, y no se obtuvieron muchas entrevistas en fase de mantenimiento. La pérdida de pacientes, por otro lado, en el trabajo de campo, resultó en una selección natural de las primeras entrevistas (en fases precoces del cambio) en detrimento de las entrevistas que se tendrían que haber registrado en fase de mantenimiento y no se obtuvieron y, por tanto, no pudieron ser evaluadas.

El análisis factorial, por otro lado, puso de manifiesto una baja correlación ítem-total (0,25) del ítem 11, lo que unido a lo anterior motivó la decisión de eliminar el ítem de la escala.

La propuesta de evaluación del ítem 11 en el manual se basaba en la combinación de tres estrategias para apoyar la autoeficacia del paciente y reforzar la relación terapéutica: empatizar con el estado actual del paciente, evocar estrategias de mantenimiento y prevención de recaída y estimular el compromiso con el cambio de conducta mediante escucha reflexiva. Se consideró que las tres estrategias estaban ampliamente representadas en la escala, y que la eliminación del ítem no comportaba un cambio relevante, como tampoco alteraba la consistencia interna el hecho de eliminarlo.

A este respecto, los ítems 8 y 9 (“objetivos” y “plan de acción”), que eran mutuamente excluyentes con el ítem 11 en la escala EVEM 1.4, pasaban de nuevo a ser ítems susceptibles de calificarse como “no procede” en etapas tempranas del cambio de conducta en el nuevo manual.

Respuesta del paciente

La evaluación de la respuesta del paciente se incorporó en la versión 1.0 de la escala EVEM. A pesar de que el encabezamiento de la escala se ha mantenido como en el original en todas las versiones, esto es, “¿En qué medida, el profesional...?”, las primeras versiones de la escala incidían más en el comportamiento del profesional que no en la interacción entre profesional y paciente a la hora de evaluar los ítems. Por ello se consideró oportuno incorporar una medida específica del comportamiento del paciente que pudiera resultar de utilidad en futuros estudios cuando se quisiera relacionar la variable “comportamiento del paciente” con la puntuación obtenida por el profesional en el global de la escala, así como en las variables de resultado de los ensayos clínicos. Dado que no era un objetivo de este estudio de investigación evaluar esas relaciones, no se aportan aquí más datos al respecto.

Sí que se considera oportuno, no obstante, describir el papel de la respuesta del paciente en la escala actual. En la tabla 42 se observan los resultados de los índices Kappa de la respuesta del paciente con las escalas EVEM 1.4 y 2.0. En el primer análisis, con la escala 1.4, se puso de manifiesto una escasa concordancia entre los evaluadores expertos y los evaluadores entrenados ($\kappa=0,03-0,34$) en su evaluación de la respuesta del paciente, a la vez que la concordancia entre expertos era excelente ($\kappa=1$), y la concordancia entre los observadores entrenados entre sí

resultaba mejor que con los expertos ($\kappa=0,54$). Por otro lado, en el análisis de la concordancia intraobservador en los observadores entrenados con la escala EVEM 2.0, los índices Kappa resultaron considerablemente mejores, con un índice global del análisis de la 24 entrevistas de $\kappa=0,62$ (acuerdo bueno). Al no disponer de datos de la concordancia intraobservador en los observadores entrenados con la escala EVEM 1.4, no se pueden comparar estos datos. Sin embargo, se considera que en este caso hubo un sesgo de información por un entrenamiento inadecuado de los evaluadores con la escala EVEM 1.4, que se detectó y corrigió con los evaluadores que utilizaron la escala EVEM 2.0.

6.2.7 Validez convergente.

La validez convergente de la escala EVEM se evaluó en dos momentos distintos con la escala BECCI. En una etapa muy temprana de la validación de la escala, por dos evaluadores no expertos, con la versión 1.0 en 2010 y con un estudio-fuente distinto del estudio Dislip-EM¹⁸⁶, y posteriormente con la versión 2.0 de la escala EVEM, con entrevistas procedentes del estudio Dislip-EM y por un solo evaluador, en 2014.

De la primera valoración se obtuvieron CCI excelentes (ver tabla 43) a pesar de encontrarse la escala en una fase muy temprana de validación cualitativa y sin haberse testado aún la fiabilidad, sumado al hecho de que los evaluadores no habían sido entrenados específicamente en el uso de la escala, sino que, a pesar de ser expertos en Entrevista Motivacional, la utilizaron guiados tan solo por el primer manual. El coeficiente de correlación de Spearman entre el EVEM 1.0 y el BECCI fue de 0,84 ($p<0,001$), con lo que quedaba demostrada la notable correlación entre relación entre las dos escalas.

En la segunda valoración, con la escala EVEM 2.0, el Coeficiente de correlación de Spearman entre el EVEM 2.0 y el BECCI fue de 0,98 ($p<0,001$). Atendiendo a los resultados que se muestran en la figura 19, la relación de linealidad es excelente, hecho que venía a confirmar lo que ya se apuntó 4 años antes, a pesar de los cambios introducidos en la escala y de las limitaciones metodológicas del primer estudio.

El hecho, pues, de que exista una alta correlación entre las dos escalas refuerza el hecho de que miden el mismo constructo teórico y demuestra la validez convergente de la escala EVEM con la escala BECCI. La decisión de evaluar este aspecto de la validez de la escala con la escala BECCI y no con la MITI fue motivada por diversos factores. En primer lugar, la familiaridad que el equipo investigador tenía con la escala BECCI era mayor, al haber realizado la traducción al castellano de la escala y su manual. En segundo lugar, la escala BECCI fue creada para testarse en entornos de APS, a diferencia de la escala MITI, por lo que se consideró más apropiada para medir su validez convergente con la escala EVEM. Por último, el hecho de no disponer de una versión validada en castellano de la escala MITI en nuestro entorno, además de ser uno de los motivos que justifica el presente trabajo, hubiese limitado metodológicamente la comparación entre las dos escalas.

Lejos de ser un objetivo de este estudio, el presente trabajo de investigación ha resultado pionero en la validación de la escala BECCI al castellano y en nuestro entorno. A pesar de que se han tenido en cuenta las recomendaciones referentes a traducción, adaptación cultural y validación de cuestionarios ¹⁸⁷, esto es, traducción directa, síntesis y traducción inversa y consolidación por comité de expertos, los análisis de fiabilidad con el BECCI en castellano no comprenden el análisis de la concordancia intraobservador y el tamaño muestral deseado no se alcanzó, al analizarse 30 entrevistas en la primera fase y 20 en la segunda, cuando para validar el cuestionario hubiese sido necesario evaluar un mínimo de 55 entrevistas ^{93, 99, 105, 107}. El proceso de validación del BECCI pues, no ha resultado todo lo extenso que hubiese sido deseable, aunque resulta suficiente para cumplir los objetivos de este estudio.

6.2.8 Sensibilidad al cambio.

La sensibilidad al cambio se evaluó calculando las puntuaciones obtenidas por los profesionales del estudio Dislip-EM con la escala EVEM 1.4, en 332 entrevistas, antes y después de la intervención formativa en Entrevista Motivacional.

Partiendo de que los dos grupos, el grupo control y el grupo intervención, eran homogéneos en cuanto a nivel de formación/experiencia en Entrevista Motivacional, se observaron dos hechos que refuerzan la afirmación de que la escala EVEM es

capaz de detectar cambios en la aplicación de la Entrevista motivacional. El primero es que en el grupo intervención, donde los participantes recibieron formación en Entrevista Motivacional, se detectaron diferencias estadísticamente significativas antes y después de la formación al evaluar a los profesionales participantes en entrevistas con pacientes estandarizados. El segundo, que al final del estudio, los participantes del grupo intervención, que habían tenido la ocasión de recibir una formación específica a lo largo del estudio basada en la supervisión de la práctica clínica con el método, tuvieron una puntuación mejor en las visitas finales que en las iniciales, detectándose diferencias estadísticamente significativas entre ambas.

No se considera oportuno hacer más extensión en este capítulo, puesto que la formación llevada a cabo sobre los participantes del grupo intervención del estudio Dislip-EM es el tema principal de otra tesis doctoral en curso.

6.3 Adecuación de la escala EVEM a los requisitos de calidad de los instrumentos de medición de la relación clínica

6.3.1 Criterios de calidad en la construcción y validación de cuestionarios

A continuación se enumeran los criterios de calidad propuestos por Carretero-Dios y Pérez⁹⁹ en la construcción y validación de cuestionarios, que se considera que son los más adecuados para evaluar la escala EVEM, y su grado de cumplimiento de los mismos (sí, no, no procede).

Justificación del estudio (A)

A.1. Los antecedentes sobre los que se asienta la justificación son relevantes. Sí

A.2. La creación/adaptación del instrumento va a suponer una aportación significativa para el área de estudio. Sí

A.3. El objetivo general de evaluación del test está claramente especificado. Sí

A.4. Se concreta la población a la que irá destinado el test. Sí

A.5. Se especifica el propósito o finalidad para el que van a usarse las puntuaciones del test. Sí

A.6. El proceso de creación/adaptación resulta viable. Sí

Delimitación conceptual del constructo a evaluar (B)

- B.1. Aparecen claramente especificados los intentos de conceptualización más relevantes del constructo de interés. Sí
- B.2. Las distintas propuestas conceptuales se presentan integradas en uno o varios marcos teóricos de referencia. Sí
- B.3. Se hace una revisión de los principales instrumentos de evaluación encargados de evaluar a éste o a constructos relacionados. Sí
- B.4. Tras la revisión se realiza una propuesta operativa de las facetas o componentes operativos del constructo a evaluar, la cual es sometida a evaluación a través de expertos. Sí
- B.5. Se presenta detalladamente la información relacionada con el juicio de expertos (selección de expertos, material utilizado, forma de evaluar, etc.). Sí
- B.6. Considerando los resultados de la evaluación de los expertos, los datos de investigación y los marcos teóricos de referencia, se concreta definitivamente la definición operativa del constructo. Sí
- B.7. Teniendo en cuenta la definición adoptada del constructo, se concretan las relaciones esperadas entre éste y otras variables. Dudoso
- B.8. Las relaciones predichas para la puntuación total en el constructo están adecuadamente justificadas. Sí
- B.9. En el caso de que el constructo esté compuesto por distintas facetas o componentes, también son establecidas las relaciones esperadas para cada uno de estos componentes. Sí
- B.10. Las relaciones predichas se presentan claras, especificándose cuándo el constructo va ser variable predictora, cuando predicha y cuando covariado. No

Construcción y evaluación cualitativa de los ítems (C)

- C.1. La información que justifica el tipo de ítems a construir (incluyendo formato, tipo de redacción, escala de respuesta, etc.) es presentada con claridad. Sí
- C.2. El autor hace uso de una tabla de especificaciones de los ítems para guiar la elaboración de éstos. No
- C.3. La tabla de especificaciones de los ítems recoge toda la información necesaria para la construcción de éstos. No
- C.4. Se justifica adecuadamente el número de ítems final de la escala a crear/adaptar. No
- C.5. La batería de ítems inicial está compuesta por al menos el doble de ítems por componente de los que finalmente pretenden usarse. Sí

- C.6. En caso de traducir los ítems, se ha usado una estrategia que asegura la equivalencia conceptual entre los originales y los traducidos. No procede
- C.7. En caso de haber traducido los ítems, el autor proporciona nuevos ítems vinculados a los componentes del constructo a evaluar. No procede
- C.8. Se presentan las evidencias de validez de contenido proporcionadas por la valoración de un grupo de jueces acerca de la batería inicial de ítems. Sí
- C.9. Aparece toda la información relacionada con el procedimiento seguido para la valoración de los ítems por parte de un grupo de jueces. Sí
- C.10. La valoración de los ítems por parte de un grupo de jueces ha sido llevada a cabo adecuadamente. Sí
- C.11. Los ítems eliminados una vez terminado el proceso de valoración llevado a cabo por un grupo de jueces están claramente especificados. Sí
- C.12. Los ítems conservados una vez terminado el proceso de valoración llevado a cabo por un grupo de jueces están claramente especificados. Sí

Análisis estadístico de los ítems (D)

- D.1. La delimitación del trabajo es clara (primer estudio de los ítems, estudio piloto o validación cruzada). Sí
- D.2. Los objetivos del análisis aparecen claramente especificados (homogeneidad y consistencia de la escala frente a validez de criterio). Sí
- D.3. Es facilitada toda la información referente a los ítems, instrucciones a los participantes, contexto de aplicación, etc. Sí
- D.4. La muestra de estudio tiene características similares a las de la población objetivo del test. Sí
- D.5. El tamaño de la muestra es adecuado para los objetivos del estudio. Sí
- D.6. El procedimiento de evaluación es similar al que se tiene planificado para la escala definitiva (muestreo). Sí
- D.7. Se especifican con claridad los criterios a considerar para la selección o eliminación de los ítems. Sí
- D.8. Los cálculos estadísticos efectuados resultan pertinentes. Sí
- D.9. Los resultados (cualitativos y cuantitativos) se discuten con claridad. Sí
- D.10. Las decisiones sobre los ítems tienen en cuenta cuestiones teóricas. Sí
- D.11. Se especifica claramente que ítems son eliminados y por qué. Sí
- D.12. Los ítems seleccionados quedan claramente delimitados. Sí

Estudio de la dimensionalidad del instrumento (estructura interna) (E)

- E.1. La delimitación del trabajo es clara (primer estudio de dimensionalidad de la escala o validación cruzada de resultados previos). Sí
- E.2. Los objetivos del análisis aparecen claramente especificados (estudio exploratorio frente a análisis confirmatorio, o ambos). Sí
- E.3. La información presentada sirve para justificar con claridad los objetivos propuestos. Sí
- E.4. Es facilitada toda la información necesaria para que el lector conozca los antecedentes que justifican la escala y la dimensionalidad esperada de ésta. Sí
- E.5. La información sobre la muestra es completa y pertinente. Sí
- E.6. La muestra de estudio tiene características similares a las de la población objetivo del test. Sí
- E.7. El tamaño de la muestra es adecuado para los objetivos del estudio. Sí
- E.8. El procedimiento de muestreo seguido es correcto para los objetivos del estudio. Sí
- E.9. En el caso de usarse un procedimiento exploratorio de análisis factorial, aparece justificada su necesidad. Sí
- E.10. Se razona con claridad el por qué ha decidido usarse un tipo concreto de análisis factorial exploratorio y no otro. Sí
- E.11. Con anterioridad a la aplicación del análisis factorial exploratorio, el autor informa sobre la adecuación de la matriz de correlaciones (esfericidad de Barlett e índice de Kaiser-Meyer-Olkin). Sí
- E.12. La interpretación de la dimensionalidad de la escala es efectuada sobre la solución factorial rotada. Sí
- E.13. El procedimiento de rotación factorial usado es justificado correctamente. Sí
- E.14. El procedimiento de rotación factorial usado es adecuado. Sí
- E.15. La información facilitada sobre la solución factorial resultante es la adecuada (número de factores, saturaciones factoriales relevantes de los ítems que los integran, porcentaje de varianza explicada y comunalidad). Sí
- E.16. Los procedimientos estadísticos usados para discutir cuáles son los factores relevantes a tener en cuenta son adecuados. Sí
- E.17. La discusión sobre los factores a tener en cuenta es enmarcada en la investigación teórica y empírica previa. Sí

- E.18. En el caso de aplicarse un procedimiento basado en el análisis factorial confirmatorio, el modelo de medida (forma de distribuirse los ítems) a analizar es claramente delimitado. No procede
- E.19. En el estudio, junto al modelo de referencia, se someten a diagnóstico comparativo propuestas alternativas. Sí
- E.20. Se justifica el procedimiento de estimación usado. Dudoso
- E.21. El procedimiento de estimación elegido en el estudio resulta adecuado. Dudoso
- E.22. Para el diagnóstico del modelo el autor usa simultáneamente varios índices. Sí
- E.23. En el trabajo se informa sobre el por qué de los índices seleccionados y cuáles van a ser los valores de corte a considerar para estimar la bondad de ajuste del modelo. Sí
- E.24. En el trabajo se presentan con claridad los resultados para los distintos índices de bondad de ajuste. Sí
- E.25. Si el autor hace modificaciones para mejorar el ajuste, las decisiones están claramente fundamentadas (teórica y empíricamente) y aparecen con claridad en el estudio. Sí
- E.26. El autor presenta el diagrama (*path diagram*) donde aparece la distribución de los ítems por factor, el “grado” en el que cada uno de éstos es predicho por el factor de pertenencia y, en general, todos los parámetros considerados relevantes en la especificación inicial del modelo. Sí

Estimación de la fiabilidad (F)

- F.1. En el trabajo se justifica el procedimiento de estimación de la fiabilidad a usar (adecuación teórica). Sí
- F.2. El método de estimación de la fiabilidad empleado se considera adecuado. Sí
- F.3. Si en el informe se usa el método test-retest, son proporcionados y discutidos los aspectos más significativos que afectan a este cálculo aparte de las cuestiones teóricas (intervalo temporal, condiciones de evaluación, correspondencia muestral, etc.). Sí
- F.4. Teniendo en cuenta los aspectos más significativos que afectan a la aplicación del método test-retest (intervalo temporal, condiciones de evaluación, correspondencia muestral, etc.), ésta se considera adecuada. Dudoso
- F.5. Si en el informe se usa el método de formas paralelas, son proporcionados y discutidos los aspectos más significativos que afectan a este cálculo, aparte de las cuestiones teóricas (datos sobre la equivalencia de las pruebas, además de la información común al test-retest, como intervalo temporal, condiciones de evaluación, correspondencia muestral, etc.). No procede

F.6. Teniendo en cuenta los aspectos más significativos que afectan a la aplicación de las formas paralelas (equivalencia de las pruebas, intervalo temporal, condiciones de evaluación, correspondencia muestral, etc.), ésta se considera adecuada. No procede

F.7. Si en el informe se usa el índice alpha de Cronbach, basado en la consistencia interna, son proporcionados y discutidos los aspectos más significativos que afectan a este cálculo, aparte de las cuestiones teóricas (número de ítems por componente del constructo y formato de éstos). Sí

F.8. Teniendo en cuenta los aspectos más significativos que afectan a la aplicación del alpha de Cronbach (número de ítems por componente del constructo y formato de éstos), ésta se considera adecuada. Sí

F.9. Si en el informe se usa un procedimiento basado en la obtención de dos mitades de un test para el cálculo de la consistencia interna, son proporcionados y discutidos los aspectos más significativos que afectan a este cálculo, aparte de las cuestiones teóricas (procedimiento para obtener las dos partes y número de ítems que las integran). No procede

F.10. Teniendo en cuenta los aspectos más significativos que afectan a la aplicación del procedimiento basado en la obtención de dos mitades de un test (número de ítems y formato de éstos), ésta se considera adecuada. No procede

F.11. El tamaño de la muestra de estudio es adecuado para los objetivos de la investigación. Sí

F.12. Las características de los participantes son adecuadas en función de los objetivos del test y finalidad de las puntuaciones. Sí

F.13. El procedimiento de evaluación utilizado es adecuado en función de las características de la prueba. Sí

F.14. Los resultados derivados de la estimación de la fiabilidad se muestran con claridad. Sí

F.15. La discusión de los resultados se hace teniendo en cuenta tanto aspectos metodológicos como teóricos. Sí

F.16. En el caso de obtenerse unos datos deficientes de fiabilidad, en el trabajo son discutidas las estrategias a adoptar. No procede

6.3.2 Recomendaciones específicas sobre las medidas de comunicación clínica

Existen multitud de recomendaciones específicas sobre las medidas de comunicación clínica, algunas de las cuales han sido referenciadas en este estudio⁹³. En este apartado se analizan los criterios de adecuación de la escala EVEM a las recomendaciones de Epstein et al. sobre el uso de cuestionarios para la investigación en comunicación clínica¹⁸⁸. Se presenta la discusión por apartados.

Que exista claridad en los conceptos que sean medidos.

El proceso de validación cualitativa que se ha aplicado a la escala ha permitido clarificar en gran medida los conceptos teóricos objeto de medición. Este proceso ha seguido dos criterios, el de simplificación y el de delimitación.

El proceso de simplificación ha consistido en un ejercicio de reformulación semántica de los ítems con el doble objetivo de, por un lado, clarificar el componente del constructo que se estaba midiendo, y por el otro acortar la longitud de las frases que definían a los ítems para mejorar su manejabilidad. Como ejemplo, el ítem 7 de la escala CICAA-M1M, se formulaba como “Ha explorado la idea y los sentimientos que tenía el propio paciente acerca de la conducta problema”. En este ítem se estaba evaluando el posicionamiento del paciente frente a la conducta, pero se evaluaban dos cosas a la vez: ideas y sentimientos. Eso dificultaba su evaluación, puesto que había profesionales que indagaban sobre las ideas y no sobre los sentimientos o viceversa. A su vez, dejaba una parte del constructo sin abordar, como era la experiencia previa del paciente o su intención de cambio y nivel de compromiso. Por otro lado, la frase resulta larga para su evaluación, y a su vez el sintagma verbal “ha explorado” puede hacer referencia a diversos modelos de relación clínica que no necesariamente se corresponden con la Entrevista Motivacional: se puede explorar desde una perspectiva clínica, informativa, confrontativa o evocativa, por ejemplo, y en la escala se tenía que hacer referencia a la perspectiva evocativa. Por ello, el ítem 2 de la escala EVEM 2.0, “Facilita que el paciente se posicione”, recoge algunos de los conceptos del marco teórico del ítem previo en una sola palabra, “posicionamiento”, que queda bien definida en el manual (aspectos cognitivos, conductuales y emocionales de la conducta del paciente), a la vez que se hace referencia a una actitud evocativa: “facilita”, en consonancia con el modelo motivacional.

Siguiendo el mismo ejemplo del ítem anterior se ilustra el proceso de delimitación. Las “ideas” y los “sentimientos” del paciente respecto de una determinada conducta marcarán lo que el paciente piensa (aspecto cognitivo), y lo que el paciente siente (aspecto emocional). El modelo motivacional consiste en un abordaje emocional profundo, es decir, tiene en cuenta los aspectos cognitivos, conductuales y emocionales del paciente respecto del cambio de conducta. Esta delimitación del constructo, que amplía el abordaje respecto de lo que planteaba el ítem anterior con el componente conductual, conlleva además un ejercicio de síntesis de lo que ese abordaje implica desde la perspectiva de la Entrevista Motivacional, sintetizado en la palabra “posicionamiento”, con lo que el ejercicio de delimitación, de nuevo, se acompaña de un ejercicio de simplificación. Ello resulta en una mayor claridad de la escala, acorde con el constructo teórico que está midiendo.

Que el nombre de la escala sea acorde al constructo que mide.

La escala original respondía al acrónimo CICAA, esto es, la síntesis de conectar, identificar, comprender, acordar y ayudar a actuar. Este modelo resulta coherente con los procesos de la Entrevista Motivacional (involucrar, focalizar, evocar y planificar), pero con algunas diferencias. El modelo CICAA asume que todas las tareas que el profesional debe llevar a cabo para conseguir los fines deseados en una consulta están interconectadas y entremezcladas a lo largo de toda la entrevista y de la relación entre el profesional clínico y el paciente, a modo de un rizoma (de ahí la denominación del modelo como rizomático). Así, no es posible llevar a cabo una tarea (por ejemplo escuchar) o habilidad sin que a la vez se estén desarrollando otras (por ejemplo conectar u obtener información). A pesar de las muchas coincidencias con el modelo motivacional, éste resulta más un modelo más lineal (originariamente descrito por “fases”) que rizomático, pero a la práctica se comporta como un modelo en espiral, pues cada vez que el profesional, por ejemplo, realiza escucha reflexiva, esta tiene una función relacional (involucrar), favorece la focalización y puede resultar evocativa, con lo que el modelo se reinicia potenciando el diálogo de cambio. Metafóricamente, el modelo CICAA se mueve como una estrella de mar, donde cada una de sus puntas se expande y se contrae en diferentes momentos para permitir el avance. El modelo motivacional, en cambio, se parece más a una rosa floreciendo.

El nombre de la escala, EVEM: Escala de Valoración de Entrevista Motivacional, no puede ser más explícito, puesto que expresa claramente lo que pretende, esto es, “valorar”, y lo que valora, “la Entrevista Motivacional”. Los ítems que forman el

conjunto de la escala no constituyen individualmente una característica exclusiva de la Entrevista Motivacional. Así, la empatía es un elemento común a muchos modelos de relación clínica, y la escucha reflexiva, aunque con otras denominaciones, es una estrategia ampliamente utilizada en psicoterapia. Pero el conjunto de actitudes y habilidades estratégicas que mide la escala conforman el constructo de la Entrevista Motivacional. El nombre, pues, de la escala, es coherente con lo que mide.

Que se hagan explícitas las bases teóricas en las que se sustente el instrumento y las relaciones entre sus componentes.

En el apartado de introducción se expusieron ampliamente los elementos del constructo teórico del que se partía, cómo éste había ido cambiando a lo largo de los años y la necesidad de una readecuación de los ítems de la escala original a la evolución del constructo teórico. Quedaron bien explicitadas, pues, las habilidades y estrategias que se iban a medir y su relación con el constructo teórico de la Entrevista Motivacional.

Que las escalas midan tanto los comportamientos de los profesionales como aspectos de la interacción entre el profesional y el paciente.

Muchos comportamientos que son objeto de medición con la escala dependen de la interacción entre profesional y paciente. No se entiende la empatía como algo autopercibido por el profesional, sino como el impacto de la actitud del profesional sobre el paciente, que puede observarse por su conducta reactiva a la actitud del profesional en una videograbación. No se entiende la discordia sino como la interacción diametralmente opuesta a la empatía y evaluada por el mismo principio. La escucha reflexiva de calidad comporta la aparición de diálogo de cambio y compromiso por parte del paciente. Son solo algunos ejemplos de cómo la escala mide la interacción entre profesional y paciente y no solo la actitud del profesional. Este hecho constituye un elemento conceptualmente diferencial de la escala EVEM respecto de lo que sucede con la evaluación con la escala MITI, por ejemplo. La escala MITI evalúa la actitud o la puesta en práctica de una determinada habilidad por parte del profesional a través de un transcrito de la conversación que se ha mantenido. La respuesta del paciente a lo que el profesional acaba de aportar no es tenida en cuenta como complementaria a la actitud del profesional, sino como parte de la

siguiente tarea a la que el profesional se enfrenta. El siguiente diálogo pretende ilustrar lo anterior:

1. Paciente: -Tengo que dejar de beber de una vez por todas.
2. Profesional: -Sientes que ha llegado el momento definitivo.
3. Paciente: -No estoy seguro, pero esto no puede seguir así.
4. Profesional: -Sientes que la situación es insostenible.
5. Paciente: -Sí, pero es tan difícil.
6. Profesional: -Lo entiendo.

Si se evalúan con la escala MITI las frases 2 y 4 se puntuarían como reflexión compleja + empatía, puesto que el profesional utiliza un parafraseado que recoge lo que el paciente le ha aportado previamente y a su vez lanza una frase empática al paciente. Sin embargo, la respuesta del paciente parece no autorizar del todo al profesional en sus afirmaciones: “no estoy seguro”, “es difícil”. El profesional está generando por igual diálogo de cambio y de mantenimiento. Desde la perspectiva de la escala EVEM las frases anteriores no pueden ser evaluadas sin tener en cuenta la reacción en el paciente, lo que viene después del “lo entiendo” y el paralenguaje y el lenguaje no verbal que acompañan a las frases 3 y 5 del paciente, puesto que estos datos permitirán afirmar si el profesional está realmente resultando empático o no, independientemente de que haya formulado una “frase empática”. Del mismo modo, la reacción del paciente nos informará sobre si la reflexión compleja del profesional está generando diálogo de cambio o de mantenimiento, si el énfasis lo ha puesto sobre el “esto no puede seguir así” o sobre el “no estoy seguro”. En definitiva, si la frase 6 del profesional viene a cerrar un círculo donde la actitud del profesional es empática y generadora de movimiento hacia el cambio, culminando en un “lo entiendo”, o si la formulación de una supuesta frase empática en el contexto de una reflexión compleja resulta disfuncional, cosa que resulta muy difícil de aclarar con el transcrito de una grabación de audio.

Las medidas tienen que tener en cuenta el contexto.

En el apartado de justificación se ha descrito la necesidad de contar con una herramienta que mida la integridad de la Entrevista Motivacional en un determinado contexto, como lo es la APS. La escala EVEM se ha diseñado, pues, y se ha testado, en un contexto determinado y definido. El resultado de tener en cuenta este contexto es que la forma de evaluar, como se ha descrito con anterioridad, es inherente a ese contexto. A modo de ejemplo, el hecho de que la evaluación de las estrategias como

escucha reflexiva o preguntas abiertas no se haga contabilizando conductas del profesional, como sucede con la MITI, sino evaluando cualitativamente si esas conductas están presentes qué reacción provocan en el paciente, se debe al hecho de que en un contexto de APS las consultas son breves, y la potencia que puede tener una frase empática, una pregunta abierta o una metáfora, aunque solo aparezca una vez a lo largo de la entrevista, puede ser considerable. Por contra, si contabilizáramos la conducta como “cuántas veces aparece”, se penalizaría al profesional, indicando que no está siguiendo el modelo motivacional. La manera en que la escala EVEM recoge las conductas de paciente y profesional no se entiende sin el contexto para el cual ha sido diseñada, pues.

Los instrumentos deben someterse a un adecuado proceso de validación.

Atendiendo a lo expuesto en la discusión de los resultados, tanto del proceso de validación cualitativa como de las propiedades psicométricas de la escala, se puede concluir que el instrumento se ha sometido a un adecuado proceso de validación. Una variable que los autores de las presentes recomendaciones sugieren es que el proceso de validación comprenda la validez de constructo, cosa que se ha medido con la sensibilidad al cambio que ha demostrado la escala.

6.4 Limitaciones del estudio

En la validación cualitativa de la escala, los expertos consultados que participaron en la validez de aparente, de contenido y de consenso habían aprendido el método en su mayoría con la primera edición del libro, de 1991, y ninguno de ellos era miembro activo de MINT. Este hecho comportó que la primera versión de la escala fuese coherente con un constructo teórico que fuera de España no estaba vigente, puesto que los profesionales vinculados a MINT que ofrecían formación en aquel momento seguían las propuestas del método teórico de la segunda edición del libro, de 2002. La vinculación de los investigadores a MINT permitió, no obstante, incorporar no solo las novedades de aquel momento, sino evolucionar en la adaptación de la escala al constructo teórico, que finalizaría con la publicación de la tercera edición del libro en 2013. Hasta esa fecha, y de modo coherente con el constructo teórico actual, la escala sufrió modificaciones en menor o mayor medida para adaptarse al marco teórico.

Los expertos en Entrevista Motivacional que participaron en el proceso inicial de entrenamiento de observadores con la escala, con la versión del EVEM 1.3, no realizaron el retest al analizarse la fiabilidad con la escala en su versión 1.4. Hubiese resultado interesante disponer de este dato para poder compararlo con los observadores entrenados no expertos, con la versión 2.0 de la escala. Los resultados pueden inducir a pensar que la fiabilidad es mejor con observadores entrenados no expertos y que el proceso de aprendizaje de la escala también sigue esta directriz. Sin embargo, hay que interpretar estos datos con cautela.

Los observadores que testaron la validez convergente entre el EVEM 1.0 y la escala BECCI no fueron entrenados en el uso de la escala. Este hecho, sumado a que la escala no había demostrado aún su fiabilidad, hace que los resultados obtenidos deban de ser interpretados con cierta reserva. A pesar de ello, son coherentes con todo lo observado en el proceso de validación y hay que tenerlos en consideración.

El análisis de la concordancia interobservador con la escala EVEM 1.4 de 5 categorías no se realizó con el tamaño muestral deseable. Esta decisión se tomó en base a criterios de factibilidad y porque no se perseguía analizar en profundidad la concordancia ítem por ítem, sino observar si globalmente se mantenían los buenos resultados de la concordancia interobservador, en particular si la escala mostraba diferencias significativas entre las versiones de 3 y 5 categorías, como se ha comentado en la discusión de los resultados. Al obtenerse unos buenos resultados de concordancia interobservador (excelentes entre los jueces), manteniendo la consistencia interna de la escala, se decidió no ampliar la muestra y pasar a utilizar la escala en el trabajo de campo del estudio Dislip-EM para realizar los análisis posteriores con la muestra definitiva de 332 entrevistas, lo que sirvió para confirmar la buena fiabilidad de la escala mediante los CCI.

El tiempo de entrenamiento necesario para el aprendizaje en la escala se pudo evaluar con los observadores no expertos, pero no con los expertos. Debido al proceso de revisión continua y adecuación que siguió la escala desde que se inició la formación a los observadores expertos hasta el análisis de fiabilidad con los mismos, el tiempo total de entrenamiento no se pudo contabilizar. Hubiese sido interesante disponer de este dato para compararlo con el tiempo necesario para formar a los observadores no expertos, del mismo modo que sucedía con los datos de la concordancia intraobservador.

La escala no ha sido evaluada en otros profesionales que tienen su ámbito de trabajo en entornos de APS, como podrían ser los de enfermería, psicología clínica, psiquiatría o trabajo social. Tampoco ha sido evaluada en otras especialidades médicas ni en ambientes fuera de la APS, aunque este no era uno de los objetivos del presente trabajo de investigación. Es de especial mención que se pudo contar con tal solo una pequeña muestra de profesionales del colectivo de enfermería para testar la escala, concretamente en el estudio de validez convergente entre las escalas EVEM 1.0 y BECCI. El hecho de no poder contar con una muestra amplia de enfermeras no permite extrapolar los resultados a este colectivo, aunque por las características de la escala y los datos del estudio de validación, es de esperar un comportamiento flexible de la misma y que se pueda aplicar sin modificaciones en este colectivo. Por lo que respecta al resto de profesionales, en estos momentos se planea testar la escala en encuentros con psicólogos, trabajadores y educadores sociales.

En consonancia con lo anterior, es de esperar que las entrevistas de otros colectivos profesionales sean de duración superior a las que se han evaluado con médicos en el entorno de APS. A este respecto, no se ha estipulado un tiempo máximo de entrevista susceptible de análisis, como sucede con la MITI (donde se suelen analizar fragmentos no mayores de 30 minutos). Futuros estudios podrían ayudar a resolver la conveniencia de mantener el techo máximo de tiempo abierto o limitarlo a un determinado segmento de la entrevista, y en este caso a qué segmento de la entrevista se tiene que poner más atención (al principio puede ser interesante observar el efecto de la Entrevista Motivacional en la involucración del paciente, pero más adelante entrarían en juego la negociación del plan de acción o el seguimiento).

La validación de la escala BECCI en castellano no incluyó análisis de concordancia intraobservador y hubiese sido deseable alcanzar un mayor tamaño muestral para valorar su fiabilidad global. A pesar de que no era el objetivo de este trabajo de investigación, se considera que el proceso de validación es suficiente para comparar ambas escalas (BECCI y EVEM), y los resultados obtenidos, inéditos, pueden sentar la base de un futuro estudio de validación más extenso.

Finalmente, la escala EVEM no se ha testado fuera de España. Aunque es de esperar un comportamiento flexible de la escala en entornos similares, particularmente de APS, no se pueden universalizar los resultados fuera del ámbito de la APS en España. En el momento actual se han establecido contactos con la Universidad Internacional

de Florida para poner en marcha un estudio en profesionales americanos en los que se utilizaría la escala EVEM.

6.5 Implicaciones en la práctica

6.5.1 Aplicabilidad práctica de los resultados del estudio

La escala EVEM demuestra en este estudio ser una herramienta válida, precisa, práctica y fiable para medir el desarrollo de la Entrevista Motivacional en entornos de APS.

De los resultados obtenidos en el proceso de validación se puede concluir que las aplicaciones prácticas de la escala EVEM son:

- Valoración de la aplicación de la Entrevista Motivacional en entornos de APS en situaciones experimentales, con pacientes simulados.
- Valoración de la Entrevista Motivacional en entornos de APS en situaciones reales.
- Valoración de la Entrevista Motivacional en el contexto de un proceso formativo.
- Mejora de habilidades en Entrevista Motivacional en un contexto de autoformación*.

*En este estudio de investigación, como se ha comentado con anterioridad, no se ofrecen datos sobre la aplicación de la escala EVEM en el proceso autoformativo, por tratarse de un tema inédito de investigación desarrollado por otra doctoranda. Sin embargo, se considera oportuno aportar esta información en este apartado.

La escala EVEM, pues, tiene una triple vertiente aplicativa, esto es, como herramienta de evaluación en habilidades en Entrevista Motivacional para seleccionar participantes en un estudio de investigación, como herramienta de fidelidad de los participantes en el estudio al método clínico, y como herramienta de evaluación de la formación en Entrevista Motivacional. De este modo, se responde a los objetivos del presente estudio al haberse testado la escala en sus 3 vertientes aplicativas.

En el apartado de limitaciones del estudio se discutirán las mismas en referente a lo anterior y a la universalidad de aplicación de la escala.

6.5.2 Recomendaciones para futuras investigaciones

La escala EVEM se ha testado en un contexto de APS con profesionales sanitarios, casi exclusivamente personal médico. A pesar de que la escala se ha diseñado en base a un constructo teórico que no depende del profesional que lo aplica, y por tanto es de esperar que su uso sea superponible al que podrían hacer profesionales de enfermería, trabajo social, psicología clínica o psiquiatría en entornos de APS, son necesarios estudios que confirmen esta hipótesis.

Más allá de los objetivos del presente trabajo de investigación estaría la posibilidad de testar la escala EVEM en entornos sanitarios no vinculados a la APS, por ejemplo en ámbitos hospitalarios o en atención especializada. La creación y validación cualitativa de la escala, así como su composición en ítems no restringen su uso al nivel de APS, por lo que es de esperar que la escala se comporte con flexibilidad en otros entornos no de APS, permitiendo su uso sin modificaciones, a falta de datos empíricos que lo confirmen.

No se dispone de una versión retrotraducida de la escala EVEM a otros idiomas, en especial el inglés. A pesar de que las herramientas de valoración de Entrevista Motivacional nacieron y se han desarrollado mayoritariamente en el mundo anglosajón, otros investigadores las han adaptado a sus lenguas y testado su validez, como por ejemplo el equipo del Karolinska Institutet¹⁸⁴, que validó la versión sueca de la MITI. Las características de aplicación de la escala EVEM hacen que pueda resultar una alternativa al uso de la MITI o del ya en desuso BECI en entornos de APS en Europa o Estados Unidos, no muy lejanos del modelo español aunque con algunos rasgos diferenciales. Así, es necesario realizar traducciones y validaciones de la escala a otras lenguas y testarla en sus entornos de aplicación para comprobar la validez de la escala fuera del ámbito de la APS en España.

Otro posible camino es probar el comportamiento de la escala como herramienta de evaluación sumativa y de certificación de la calidad asistencial, ámbito en el que la escala debe demostrar que también es fiable y válida. Para ello se precisaría disponer de un panel de evaluadores con nivel de experto y con una alta fiabilidad comprobada. Se debería también calcular el punto de corte en la puntuación final de la escala a partir del cual se puede llegar a tomar la decisión de seleccionar o certificar al aspirante.

Por último, a la espera de más resultados en el proceso formativo en Entrevista Motivacional que se desarrolló en el estudio Dislip-EM, la escala debe demostrar su validez como herramienta de autoevaluación.

7. Conclusiones

- 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.

8. 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. Miller WR, Rollnick S. Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior. New York: Guilford Press; 1991.
4. MINT. Motivational Interviewing Network of Trainers 1997 [accedido en enero de 2015]. Disponible en: http://www.motivationalinterviewing.org/about_mint.
5. 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.
6. Rogers C. Client-centered therapy. New York: Houghton Mifflin; 1965.
7. Miller WR, Wilbourne PL, Hettrema J. What works?: A summary of alcohol treatment outcome research. In: Miller RKHWR, editor. Handbook of alcoholism treatment approaches: Effective alternatives. 3rd ed. Boston: Allyn & Bacon; 2003. p. 13-63.
8. Miller WR, Sorensen JL, Selzer JA, Brigham GS. Disseminating evidence-based practices in substance abuse treatment: a review with suggestions. Journal of substance abuse treatment. 2006;31(1):25-39.
9. Hudson O'Hanlon W, Weiner-Davis M. En busca de soluciones. Barcelona: Paidós; 1990.
10. Rogers C. The interpersonal relationship: The core of guidance. In: Stevens B, Rogers C, editors. Person to person: The problem of being human. Moab, UT: Real People Press; 1989.
11. Miller WR, Moyers TB. The Forest and the Trees: Relational and Specific Factors in Addiction Treatment. Addiction. 2014.
12. Miller WR, Taylor CA. Relative effectiveness of bibliotherapy, individual and group self-control training in the treatment of problem drinkers. Addict Behav. 1980;5(1):13-24.
13. Rogers C. The nature of man. In: Doniger S, editor. The nature of man in theological and psychological perspective. New York: Harper & Brothers; 1962.

14. Brehm JW. A theory of psychological reactance. New York: Academic Press; 1966.
15. Brehm SS, Brehm JW. Psychological reactance: A theory of freedom and control. New York: Academic Press; 1981.
16. Festinger L. A theory of cognitive dissonance. Stanford, California: Stanford University Press; 1957.
17. Bem DJ. Self-perception: An alternative interpretation of cognitive dissonance phenomena. *Psychological review*. 1967;74(3):183-200.
18. Bem DJ. Self-perception theory. In: Berkowitz L, editor. *Advances in Experimental Social Psychology*. 6. New York: Academic press; 1972. p. 1-62.
19. Miller WR, Rollnick S. *Motivational Interviewing: helping people change*. New York, London: Guilford Press; 2013.
20. Bandura A. Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*. 1982;37:122–47.
21. Bandura A. *Social learning theory*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice Hall; 1977.
22. Polich JM, Armor DJ, Braiker HB. *The course of alcoholism: four years after treatment*. Santa Monica, CA: RAND; 1980.
23. 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.
24. Miller WR, Muñoz RF. *How to Control Your Drinking*. Albuquerque: University of New Mexico Press; 1982.
25. Miller WR, Rollnick S. *Motivational Interviewing: Preparing People for Change*. New York 2002.
26. 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.
27. Rollnick S, Miller WR, Butler C. *Motivational Interviewing in Health Care: helping patients change behavior*. New York, London: Guilford Press; 2008.
28. 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.

29. 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.
30. 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.
31. 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>.
32. Gordon T. Parent effectiveness training. New York: Wyden; 1970.
33. 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.
34. Miller WR, Sovereign RG, Kregge B. Motivational interviewing with problem drinkers: II. The Drinker's Check-up as a preventive intervention. *Behav Psychother*. 1988;16:251-68.
35. Rollnick S, Miller WR. What is Motivational Interviewing? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*. 1995;23(4):325-34.
36. Fromm E. The art of loving. New York: Bantam Books; 1956.
37. Moyers TB, Martin T, Catley D, Harris K, Ahluwalia JS. Assessing the integrity of motivational interviewing interventions: Reliability of the Motivational Interviewing Skills Code. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*. 2003;31:177-84.
38. 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.
39. Miller WR, Moyers TB, Amrhein P, Rollnick S. A Consensus Statement on Defining Change Talk. *MINT Bulletin*. 2006:6-7.
40. Charles C, Gafni A, Whelan T. Shared decision-making in the medical encounter: what does it mean? (or it takes at least two to tango). *Social science & medicine (1982)*. 1997;44(5):681-92.
41. Elwyn G, Edwards A, Kinnersley P, Grol R. Shared decision making and the concept of equipoise: the competences of involving patients in healthcare

- choices. *The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners*. 2000;50(460):892-9.
42. Morgenstern J, Kuerbis A, Amrhein P, Hail L, Lynch K, McKay JR. Motivational interviewing: a pilot test of active ingredients and mechanisms of change. *Psychology of addictive behaviors : journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors*. 2012;26(4):859-69.
 43. Prochaska J, DiClemente C. The transtheoretical approach. In: Norcross JC, editor. *Handbook of Psychotherapy Integration*. New York: Dow Jones; 1984.
 44. DiClemente C. Motivational interviewing and the stages of change. *Motivational interviewing: preparing people for change*. New York: Guilford Press; 2002. p. 201-16.
 45. West R. Time for a change: putting the Transtheoretical (Stages of Change) Model to rest. *Addiction*. 2005;100:1036–9.
 46. Sarkin JA, Johnson SS, Prochaska JO, Prochaska JM. Applying the transtheoretical model to regular moderate exercise in an overweight population: validation of a stages of change measure. *Preventive medicine*. 2001;33(5):462-9.
 47. Guo B, Aveyard P, Fielding A, Sutton S. Using latent class and latent transition analysis to examine the transtheoretical model staging algorithm and sequential stage transition in adolescent smoking. *Substance use & misuse*. 2009;44(14): 2028-42.
 48. Dunn C, Deroo L, Rivara FP. The use of brief interventions adapted from motivational interviewing across behavioral domains: a systematic review. *Addiction*. 2001;96(12):1725-42.
 49. 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(5):843-61.
 50. Burke BL, Dunn CW, Atkins DC, Phelps JS. The emerging evidence base for motivational interviewing: a meta-analytic and qualitative inquiry. *Journal of Cognitive Psychotherapy*. 2004;18(4):309-22.
 51. Rubak S, Sandbaek A, Lauritzen T, Christensen B. Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. *The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners*. 2005;55(513):305-12.

52. Hettema J, Steele J, Miller WR. Motivational interviewing. Annual review of clinical psychology. 2005;1:91-111.
53. McCambridge J, Strang J. Deterioration over time in effect of Motivational Interviewing in reducing drug consumption and related risk among young people. Addiction. 2005;100(4):470-8.
54. Miller WR. Motivational interviewing and the incredible shrinking treatment effect. Addiction. 2005;100(4):421.
55. Knight KM, McGowan L, Dickens C, Bundy C. A systematic review of motivational interviewing in physical health care settings. British journal of health psychology. 2006;11(Pt 2):319-32.
56. Martins RK, McNeil DW. Review of Motivational Interviewing in promoting health behaviors. Clinical psychology review. 2009;29(4):283-93.
57. Lundahl BW, Kunz C, Brownell C, Tollefson D, BL. B. A meta-analysis of motivational interviewing: twenty-five years of empirical studies. Research on Social Work Practice. 2010;20(2):137-60.
58. Lundahl B, Moleni T, Burke BL, Butters R, Tollefson D, Butler C, et al. Motivational interviewing in medical care settings: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Patient Educ Couns. 2013;93(2): 157-68.
59. Bóveda Fontán J, Pérula de Torres LA, Campiñez Navarro M, Bosch Fontcuberta JM, Barragán Brun N, Prados Castillejo JA. Evidencia actual de la entrevista motivacional en el abordaje de los problemas de salud en atención primaria. Atención Primaria. 2013;45(9):486-95.
60. Butler CC, Rollnick S, Cohen D, Bachmann M, Russell I, Stott NC. Motivational consulting versus brief advice for smokers in general practice: a randomized trial. The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners. 1999;49:611- 6.
61. 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.
62. Soria R, Legido A, Escolano C, Lopez Yeste A, Montoya JA. A randomised controlled trial of motivational interviewing for smoking cessation. The British

- journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners. 2006;56:768-74.
63. Cabezas C, Advani M, Puente D, Rodriguez-Blanco T, Martin C. Effectiveness of a stepped primary care smoking cessation intervention: cluster randomized clinical trial (ISTAPS study). *Addiction*. 2011;106:1696-706.
 64. Harland J, White M, Drinkwater C, Chinn D, Farr L, Howel D. The Newcastle exercise project: a randomised controlled trial of methods to promote physical activity in primary care. *Bmj*. 1999;319(7213):828-32.
 65. Adair JG. The Hawthorne effect: A reconsideration of the methodological artifact. *Journal of Applied Psychology*. 1984;69(2):334-45.
 66. Greaves CJ, Middlebrooke A, O'Loughlin L, Holland S, Piper J, Steele A, et al. Motivational interviewing for modifying diabetes risk: a randomised controlled trial. *The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners*. 2008;58(553):535-40.
 67. Hardcastle S, Taylor A, Bailey M, Castle R. A randomised controlled trial on the effectiveness of a primary health care based counselling intervention on physical activity, diet and CHD risk factors. *Patient Educ Couns*. 2008;70(1):31-9.
 68. Miller WR, Moyers TB, Ernst D, Amrhein P. *Manual for the Motivational Interviewing Skill Code (MISC)*. 2008.
 69. Miller WR, Mount KA. A small study of training in motivational interviewing: does one workshop change clinician and client behavior? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*. 2001;29:457-71.
 70. Elley CR, Kerse N, Arroll B, Robinson E. Effectiveness of counselling patients on physical activity in general practice: cluster randomised controlled trial. *Bmj*. 2003;326(7393):793.
 71. Lawton BA, Rose SB, Elley CR, Dowell AC, Fenton A, Moyes SA. Exercise on prescription for women aged 40-74 recruited through primary care: two year randomised controlled trial. *Bmj*. 2008;337:a2509.
 72. Green Prescriptions: New Zealand Ministry of Health; [accedido en enero de 2015]. Disponible en: <http://www.health.govt.nz/our-work/preventative-health-wellness/physical-activity/green-prescriptions>.

73. Ackerman E, Falsetti SA, Lewis P, Hawkins AO, Heinschel JA. Motivational interviewing: a behavioral counseling intervention for the family medicine provider. *Family medicine*. 2011;43(8):582-5.
74. Sjoling M, Lundberg K, Englund E, Westman A, Jong MC. Effectiveness of motivational interviewing and physical activity on prescription on leisure exercise time in subjects suffering from mild to moderate hypertension. *BMC research notes*. 2011;4:352.
75. Armstrong MJ, Mottershead TA, Ronksley PE, Sigal RJ, Campbell TS, Hemmelgarn BR. Motivational interviewing to improve weight loss in overweight and/or obese patients: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Obesity reviews : an official journal of the International Association for the Study of Obesity*. 2011;12(9):709-23.
76. Woollard J, Burke V, Beilin LJ. Effects of general practice-based nurse-counselling on ambulatory blood pressure and antihypertensive drug prescription in patients at increased risk of cardiovascular disease. *Journal of human hypertension*. 2003;17(10):689-95.
77. Woollard J, Burke V, Beilin LJ, Verheijden M, Bulsara MK. Effects of a general practice-based intervention on diet, body mass index and blood lipids in patients at cardiovascular risk. *Journal of cardiovascular risk*. 2003;10(1):31-40.
78. Rubak S, Sandbaek A, Lauritzen T, Borch-Johnsen K, Christensen B. General practitioners trained in motivational interviewing can positively affect the attitude to behaviour change in people with type 2 diabetes. One year follow-up of an RCT, ADDITION Denmark. *Scandinavian journal of primary health care*. 2009;27(3):172-9.
79. Rubak S, Sandbaek A, Lauritzen T, Borch-Johnsen K, Christensen B. Effect of "motivational interviewing" on quality of care measures in screen detected type 2 diabetes patients: a one-year follow-up of an RCT, ADDITION Denmark. *Scandinavian journal of primary health care*. 2011;29(2):92-8.
80. Rubak S, Sandbaek A, Lauritzen T, Borch-Johnsen K, Christensen B. An education and training course in motivational interviewing influence: GPs' professional behaviour--ADDITION Denmark. *The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners*. 2006;56(527):429-36.

81. Kreman R, Yates BC, Agrawal S, Fiandt K, Briner W, Shurmer S. The effects of motivational interviewing on physiological outcomes. *Applied nursing research : ANR*. 2006;19(3):167-70.
82. McHugh F, Lindsay GM, Hanlon P, Hutton I, Brown MR, Morrison C, et al. Nurse led shared care for patients on the waiting list for coronary artery bypass surgery: a randomised controlled trial. *Heart (British Cardiac Society)*. 2001;86(3):317-23.
83. Watkins CL, Auton MF, Deans CF, Dickinson HA, Jack CI, Lightbody CE, et al. Motivational interviewing early after acute stroke: a randomized, controlled trial. *Stroke; a journal of cerebral circulation*. 2007;38(3):1004-9.
84. Third International Conference on Motivational Interviewing [accedido en enero de 2015]. Disponible en: <http://www.icmi2012.com/>.
85. Perk J. European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *Eur Heart J*. 2012.
86. Perula LA, Bosch JM, Boveda J, Campiñez M, Barragan N, Arbonies JC, et al. Effectiveness of Motivational Interviewing in improving lipid level in patients with dyslipidemia assisted by general practitioners: Dislip-EM study protocol. *BMC family practice*. 2011;12:125.
87. Fourth International Conference on Motivational Interviewing (ICMI 2014) [accedido en enero de 2015]. Disponible en: <http://www.icmi-conference.org/ICMI/Agenda.html>.
88. Lesser AL. Problem-based interviewing in general practice: a model. *Medical education*. 1985;19(4):299-304.
89. Perula LA, Campiñez M, Bosch JM, Barragan Brun N, Arbonies JC, Boveda Fontan 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 family practice*. 2012;13:112.
90. Messick S. Test Validity and the Ethics of Assessment. *The American psychologist*. 1980;35(11):1012-27.
91. Kane MT. Current Concerns in Validity Theory. *J Educ Meas*. 2001;38(4): 319-42.
92. Streiner DL, Norman GR. *Health Measurement Scales. A practical guide to their development and use*. 3rd ed. New York: Oxford University Press; 2003.

93. Kraan HF, Crijnen AAM, Van-der-Vleuten CPM, Imbos T. Evaluation instruments for medical interviewing skills. In: Lipkin M, Putnam SM, Lazare A, editors. *The Medical Interview Clinical Care, Education, and Research*. New York: Springer; 1995. p. 460-72.
94. Pendleton D, Schofield T, Tate P, Havelock P. *The new consultation. Developing doctor-patient communication*. New York: Oxford University Press; 2003.
95. Argimón Pallás JM, Jiménez Villa J. *Métodos de investigación clínica y epidemiológica*. Barcelona: Harcourt; 2000.
96. Roter D, Larson S. The Roter interaction analysis system (RIAS): utility and flexibility for analysis of medical interactions. *Patient Educ Couns*. 2002;46(4): 243-51.
97. Haynes S, Richard D, Kunaby E. Content validity in psychological assessment: A functional approach to concepts and methods. *Psychol Assess*. 1995;7:238-47.
98. Clark LA, Watson D. Constructing Validity: Basic Issues in Objective Scale Development. *Psychol Assess*. 1995;3:309-19.
99. Carretero-Dios H, Pérez C. Normas para el desarrollo y revisión de estudios instrumentales. *Int J Clin Health Psychol*. 2005;5(3):521-51.
100. Grau G. Metodología para la validación de cuestionarios. *Medifam*. 1995;5(6): 351-9.
101. McColl A, Jacoby A, Thomas L, et al. Design and use of questionnaires: a review of best practice applicable to surveys of health service staff and patients. *Health Technol Assessment*. 2001;5(31).
102. Moreno R, Martínez RJ, Muñoz J. Directrices para la construcción de ítems de elección múltiple. *Psicothema*. 2004;16(3):490-7.
103. Cook DA, Beckman TJ. Current concepts in validity and reliability for psychometric instruments: theory and application. *Am J Med*. 2006;119:166.e7-.e16.
104. Lydeard S. The questionnaire as a research tool. *Fam Pract*. 1991;8(1):84-91.
105. Norman GR, Streiner DL. *Biostatistics. The Bare essentials*. Ontario, Canada: Hamilton; 1998.
106. Del Piccolo L, Putnam SM, Mazzi MA, Zimmermann C. The biopsychosocial domains and the functions of the medical interview in primary care: construct

- validity of the Verona Medical Interview Classification System. *Patient Educ Couns.* 2004;53:47-56.
107. Floyd FJ, Keith F. Factor analysis in the development and refinement of clinical assessment instruments. *Psychol Assess.* 1995;7(3):286-99.
 108. Batista-Foguet JM, Coenders G, Alonso J. Confirmatory factor analysis. Its role on the validation of health related questionnaires. *Medicina clinica.* 2004;122 Suppl 1:21-7.
 109. Fitzmaurice G. Statistical methods for assessing agreement. *Nutrition (Burbank, Los Angeles County, Calif).* 2002;18(7-8):694-6.
 110. Bermejo-Fraile B. Epidemiología clínica aplicada a la toma de decisiones en medicina. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra.* 2001;Monografía nº 1.
 111. Ram P, Grol R, Rethans JJ, Schouten B, van der Vleuten C, Kester A. Assessment of general practitioners by video observation of communicative and medical performance in daily practice: issues of validity, reliability and feasibility. *Medical education.* 1999;33(6):447-54.
 112. Fraser RC, McKinley RK, Mulholland H. Consultation competence in general practice: testing the reliability of the Leicester assessment package. *The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners.* 1994;44(384):293-6.
 113. Mercer SW, McConnachie A, Maxwell M, Heaney D, Watt GC. Relevance and practical use of the Consultation and Relational Empathy (CARE) Measure in general practice. *Fam Pract.* 2005;22(3):328-34.
 114. Dannefer EF, Henson LC, Bierer SB, Grady-Weliky TA, Meldrum S, Nofziger AC, et al. Peer assessment of professional competence. *Medical education.* 2005;39(7):713-22.
 115. Lang F, McCord R, Harvill L, Anderson DS. Communication assessment using the common ground instrument: psychometric properties. *Family medicine.* 2004;36(3):189-98.
 116. Ruiz Moral R. *Relación Clínica. Guía para aprender, enseñar e investigar.* Barcelona: Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria; 2004.
 117. Schirmer JM, Mauksch L, Lang F, Marvel MK, Zoppi K, Epstein RM, et al. Assessing communication competence: a review of current tools. *Family medicine.* 2005;37(3):184-92.

118. Elwyn G, Edwards A, Wensing M, Hood K, Atwell C, Grol R. Shared decision making: developing the OPTION scale for measuring patient involvement. *Quality & safety in health care*. 2003;12(2):93-9.
119. Liang MH. Longitudinal construct validity: establishment of clinical meaning in patient evaluative instruments. *Medical care*. 2000;38(9 Suppl):li84-90.
120. Jenicek M, Cléroux R. *Epidemiología. Principios, técnicas, aplicaciones*. Barcelona: Salvat; 1987.
121. 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.
122. 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.
123. Miller WR, Rose GS. Toward a theory of motivational interviewing. *The American psychologist*. 2009;64(6):527-37.
124. 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.
125. Rollnick S, Mason P, Butler C. *Health Behavior Change: a guide for practitioners*: Churchill Livingstone; 1999.
126. Lane C. *The Behaviour Change Counselling Index (BECCI). Form*. University of Wales College of Medicine; 2002.
127. Lane C. *The Behaviour Change Counselling Index (BECCI). Manual for Coding Behaviour Change Counselling*. University of Wales College of Medicine; 2002.
128. 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.
129. Gavilán Moral ED. *Estudio de validación del cuestionario CICAA para evaluar la comunicación clínica en consultas de Medicina y Enfermería*: Universidad de Córdoba; 2008.
130. Campiñez M. *Formulario del Índice del Consejo sobre el Cambio de Conducta*. MINT; 2008.
131. Campiñez M. *Manual del Índice del Consejo sobre el Cambio de Conducta*. MINT; 2008.

132. Martin T, Moyers TB, Houck J, Paulette C, Miller WR. Motivational Interviewing Sequential Code for Observing Process Exchanges (MI-SCOPE). Coder's Manual University of New Mexico. Center on Alcoholism, Substance Abuse, and Addictions (CASAA). Disponible en: <http://casaa.unm.edu/download/scope.pdf> [accedido en enero de 2015].
133. Allison J, Bes R, Rose G. Motivational Interviewing Target Scheme I MITS 2.1. An instrument for practitioners, trainers, coaches and researchers: MiCampus; 2012. Disponible en: http://www.motivationalinterviewing.org/sites/default/files/MITS_2.1.pdf [accedido en enero de 2015].
134. Rosengren DB, Bryan Hartzler B, Dunn CW, Wells EA, Ogle R. Video Assessment of Simulated Encounters (VASE-R). Administration and Scoring Manual. In: Alcohol & Drug Abuse Institute UoW, in cooperation with the VA Puget Sound Health Care System, editor.2005.
135. Martino S, Ball SA, Gallon SL, Hall D, Garcia M, Ceperich S, et al. Motivational Interviewing Assessment: Supervisory Tools for Enhancing Proficiency.2006. Disponible en: <http://www.motivationalinterview.org/Documents/MIA-STEP.pdf> [accedido en enero de 2015].
136. Resnicow K. 1-PASS coding system for motivational interviewing: Introduction and scoring. Atlanta: Rollins School of Public Health, Emory University; 2002.
137. Van Keulen HM, Mesters I, Brug J, Ausems M, Campbell M, Resnicow K, et al. Vitalum study design: RCT evaluating the efficacy of tailored print communication and telephone motivational interviewing on multiple health behaviors. BMC public health. 2008;8:216.
138. Van Keulen HM, Mesters I, Ausems M, van Breukelen G, Campbell M, Resnicow K, et al. Tailored print communication and telephone motivational interviewing are equally successful in improving multiple lifestyle behaviors in a randomized controlled trial. Annals of behavioral medicine : a publication of the Society of Behavioral Medicine. 2011;41(1):104-18.
139. Pineault R, Daveluy C. La planificación sanitaria. Conceptos, métodos, estrategias. Barcelona: Masson; 1987.
140. Carmona TG. Investigación cualitativa. In: Osuna AF, editor. Salud Pública y educación para la salud. Barcelona: Masson; 2002. p. 159-77.
141. Taylor S, Bogdan R. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Barcelona: Paidós; 1987.

142. Ruiz Moral R, Prados Castillejo JA, Alba Jurado M, Bellón Saameño J, Pérula de Torres LA. Validez y fiabilidad de un instrumento para la valoración de la entrevista clínica en médicos residentes de medicina de familia: el cuestionario GATHA-RES. *Atención Primaria*. 2001;27:469-77.
143. Tamblyn RM, Klass DJ, Schnabl GK, Kopelow ML. Sources of unreliability and bias in standardized-patient rating. *Teach Learn Med*. 1991;3:74-85.
144. Hasson F, Keeney S, McKenna H. Research guidelines for the Delphi survey technique. *J Adv Nurs*. 2000;32(4):1008-15.
145. Murphy MK, Black NA, Lamping DL, et al. Consensus development methods, and their use in clinical guideline development. *Health Technol Assessment*. 1998;2(3).
146. Jiménez J. Comparación de métodos cuantitativos de medida. *FMC*. 1994;1:404-10.
147. Viera AJ, Garrett JM. Understanding Interobserver Agreement: The Kappa Statistic. *Family medicine*. 2005;37(5):360-3.
148. Feinstein AR, Cicchetti DV. High agreement but low kappa: I. The problems of two paradoxes. *J Clin Epidemiol*. 1990;43(6):543-9.
149. Gallagher TJ, Hartung PJ, Gregory SW. Assessment of a measure of relational communication for doctor-patient interactions. *Patient Educ Couns*. 2001;45:211-18.
150. Fleiss JL, Levin B, Paik MC. *Statistical methods for rates and proportions*. New Jersey: John Wiley and Sons; 2003.
151. Bland J, Altman D. Statistical methods for assessing agreement between two methods of clinical measurements. *Lancet*. 1986;8476:307-10.
152. Landis JR, Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*. 1977;33:159-74.
153. Cox J, Mulholland H. An instrument for assessment of videotapes of general practitioners' performance. *BMJ*. 1993;306:1043-6.
154. Van Belle G, Fisher LD, Heagerty PJ, Lumley T. *Biostatistics. A Methodology for the Health Sciences* 2º ed. New Jersey: John Wiley & Sons; 2004.
155. Wass V, Van der Vleuten C, Shatzer J, Jones R. Assessment of clinical competence. *Lancet* 2001. 2001;357:945-49.

156. Van der Vleuten C. The assessment of professional competence: developments, research and practical implications. *Adv Health Sci Educ Theory Pract.* 1996;1(1):41-67.
157. Nunnally J, Bernstein I. *Teoría psicométrica.* Madrid: McGraw-Hill; 1995.
158. Epstein RS. Responsiveness in Quality-of-Life Assessment. Nomenclature, Determinants, and Clinical Applications. *Medical care.* 2000;38:91-4.
159. Norman GR, Wyrwich KW, Patrick DL. The mathematical relationship among different forms of responsiveness coefficients. *Qual Life Res.* 2007;16:815-22.
160. Gavilan Moral E, Ruiz Moral R, Perula de Torres LA, Parras Rejano JM. Evaluation of the patient centered clinical relationship: analysis of psychometric properties using the CICAA scale. *Atencion primaria / Sociedad Espanola de Medicina de Familia y Comunitaria.* 2010;42(3):162-8.
161. Ruiz Moral R, Prados Castillejo JA, Bellón Saameño J, Pérula de Torres LA. An instrument for assessing interviewing skills of family medicine trainees: the GATHA-RESIDENT questionnaire. *Educ Prim Care.* 2001;12(4):401-11.
162. Ruiz Moral R. El modelo "semiótico-rizomático" para la relación clínica. *JANO.* 2007;50(2).
163. Lynch DC, Swing SR. Key Considerations for Selecting Assessment Instruments and Implementing Assessment Systems. 2007 [accedido en enero de 2015]. Disponible en: <http://www.dconnect.acgme.org/outcome/assess/keyconsids.pdf>.
164. Miller WR, Rollnick S. *Motivational Interviewing: Preparing People for Change.* New York 2002.
165. Moyers TB, Martin T, Manuel JK, Hendrickson SM, Miller WR. Assessing competence in the use of motivational interviewing. *Journal of substance abuse treatment.* 2005;28(1):19-26.
166. Fletcher RH, Fletcher SW, Wagner EH. *Clinical Epidemiology. The essentials.* 3rd ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1998.
167. Ahrens W, Pigeot I. *Handbook of Epidemiology.* Bremen: Springer; 2005.
168. Roter DL, Hall JA, Katz NR. Relations between physicians' behaviors and analogue patients' satisfaction, recall, and impressions. *Medical care.* 1987;25:437-51.
169. Makoul G. The SEGUE framework for teaching and assessment communication skills. *Patient Educ Couns.* 2001;45(1):23-34.

170. Kurtz SM, Silverman JD, Benson J, Draper J. Marrying Content and Process in Clinical Method Teaching: Enhancing the Calgary-Cambridge Guides. *Acad Med.* 2003;78(8):802-9.
171. Callahan EJ, Bertakis KD. Development and validation of the Davis Observation Code. *Family medicine.* 1991;23:19-24.
172. Enzer I, Robinson J, Pearson M, Barton S, Walley T. A reliability study of an instrument for measuring general practitioner consultation skills: the LIV-MAAS scale. *Int J Qual Health Care.* 2003;15(5):407-12.
173. Parras Rejano J, Gavilán Moral E. Opiniones de los profesionales sanitarios sobre la utilización de videograbaciones de consultas médicas. *Atencion primaria / Sociedad Espanola de Medicina de Familia y Comunitaria.* 2006;38(Supl 1):170-1.
174. Coleman T. Sampling for qualitative research using quantitative methods. 2. Characteristics of GPs who agree to video-taping of consultations. *Fam Pract* 1996;13(6):531-5.
175. Rodríguez-Ortíz B, López A, Ichaso MS, Pérez de Lucas N, Narvaiz J. Análisis de los factores asociados a la presión asistencial en un área de atención primaria. *Centro de Salud.* 1994;2:795-800.
176. Coleman T. Using video-recorded consultations for research in primary care: advantages and limitations. *Fam Pract.* 2000;17(5):422-7.
177. Pita Fernández S. Epidemiología. Conceptos básicos. *Tratado de Epidemiología Clínica.* Madrid: Unidad de Epidemiología Clínica, Departamento de Medicina y Psiquiatría, Universidad de Alicante, DuPont Pharma.; 1995. p. 25-47.
178. Roberts P, Priest H, Traynor M. Reliability and validity in research. *Nurs Stand.* 2006;20(44):41-5.
179. Miller WR, Rollnick S. La entrevista motivacional: preparar para el cambio de conductas adictivas: Paidós Ibérica; 1999.
180. Mast MS. On the importance of nonverbal communication in the physician-patient interaction. *Patient Educ Couns.* 2007;67(3):315-8.
181. Alonso S, Fuentes J, Nuño M. Cómo interpretar la comunicación no verbal. *Form Med Contin Aten Prim.* 2008;15:275-81.
182. Mead N, Bower P. Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Social science & medicine (1982).* 2000;51:1087-110.

183. Boon H, Stewart M. Patient-physician communication assessment instruments: 1986 to 1996 in review. *Patient Educ Couns.* 1998;35:161-76.
184. Forsberg L, Kallmen H, Hermansson U, Berman AH, Helgason AR. Coding counsellor behaviour in motivational interviewing sessions: inter-rater reliability for the Swedish Motivational Interviewing Treatment Integrity Code (MITI). *Cognitive behaviour therapy.* 2007;36(3):162-9.
185. Declaración de Zaragoza. Protocolo del grupo Comunicación y Salud para la grabación de entrevistas clínicas, (1998).
186. Perula de Torres LA, Pulido Ortega L, Perula de Torres C, Gonzalez Lama J, Olaya Caro I, Ruiz Moral R. Efficacy of motivational interviewing for reducing medication errors in chronic patients over 65 years with polypharmacy: Results of a cluster randomized trial. *Medicina clinica.* 2014;143(8):341-8.
187. Ramada-Rodilla JM, Serra-Pujadas C, Delclós-Clanchet GL. Adaptación cultural y validación de cuestionarios de salud: revisión y recomendaciones metodológicas. *Salud Pública de México.* 2013;55(1).
188. Epstein RM, Franks P, Fiscella K, et al. Measuring patient-centered communication in Patient–Physician consultations: Theoretical and practical issues. *Social science & medicine (1982).* 2005;61:1516-28.

9. Anexos

	<u>Página</u>
Anexo 1. Escala BECCI, formulario en español	259
Anexo 2. Escala BECCI, manual en español	260
Anexo 3. Escala CICAA estándar	271
Anexo 4. Escala CICAA-M0	272
Anexo 5. Escala CICAA-M1	273
Anexo 6. Escala CICAA-M1M	274
Anexo 7. Escala EVEM 1.0	275
Anexo 8. Escala EVEM 1.1	276
Anexo 9. Escala EVEM 1.2	277
Anexo 10. Escala EVEM 1.3	278
Anexo 11. Escala EVEM 1.4	279
Anexo 12. Escala EVEM 2.0	280
Anexo 13. Manual de la escala EVEM 2.0	281
Anexo 14. Producción científica	308

Índice del Consejo sobre el Cambio de Conducta (ICCC)

El ICCC (BECCI en inglés, de Behaviour Change Counselling Index), es un instrumento diseñado para que los preparadores puedan evaluar a los clínicos en el uso del Consejo sobre el Cambio de Conducta (CCC) en las consultas (ya sean éstas reales o simuladas). Para usar el ICCC, debe marcarse un círculo en el número de la escala asociado a cada ítem para indicar el grado en que cada clínico/paciente ha llevado a cabo la acción descrita.

Antes de usar el ICCC, sírvase consultar el manual acompañante para una explicación detallada sobre cómo puntuar los ítems. Como guía durante su uso, cada número de la escala a continuación le servirá para indicarle cómo fue llevada a cabo la acción:

- 0. Nada en absoluto
- 1. Mínimamente
- 2. Sólo en parte
- 3. En gran medida
- 4. Totalmente

Tema a tratar: _____

Ítem	Puntuación				
	Nada en absoluto	Totalmente			
	0	1	2	3	4
1. El clínico invita al paciente a hablar sobre el cambio de conducta No aplicable <input type="checkbox"/>					
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 <i>status quo</i>					
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 sumarios 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 No aplicable <input type="checkbox"/>					
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) No aplicable <input type="checkbox"/>					

Puntuación ICCC del clínico: _____

El clínico habla durante (aproximadamente):

Más de la mitad del tiempo Sobre la mitad del tiempo Menos de la mitad del tiempo

© University of Wales College of Medicine 2002

Para consultas sobre el ICCC, contacten a la Dra. Claire Lane: LaneCA1@cf.ac.uk
(versión española -noviembre de 2008- del Dr. Manuel Campiñez: manuelcn@camfic.org)

Índice del Consejo sobre el Cambio de Conducta (ICCC)

Manual para codificar el Consejo sobre el Cambio de Conducta

© University of Wales College of Medicine 2002
Para consultas sobre el ICCC, contacten a la Dra. Claire Lane: LaneCA1@cfac.uk
(versión española del Dr. Manuel Campiñez: manuelcn@camfic.org)

Manual para codificar el Consejo sobre el Cambio de Conducta.

Justificación.

Consejo sobre el Cambio de Conducta.

El Consejo sobre el Cambio de Conducta (CCC) típicamente involucra a cambios en los estilos de vida o el uso de medicación, pero también se puede aplicar a otros cambios de conducta como decidir usar un audífono, mantener un bajo consumo de líquidos (cuidados nefrológicos) o tomar precauciones en el autocuidado de los pies (educación diabetológica). El CCC está basado en los principios de la terapia centrada en el paciente o cliente.

El *Consejo sobre el Cambio de Conducta* ha sido descrito en Rollnick et. al. (2002). Implica el uso de un rango de habilidades que van más allá del *Consejo Breve*, pero sin llegar a la amplitud de las utilizadas en el caso de la *Entrevista Motivacional*. En esencia, el clínico anima al paciente a tomar sus propias decisiones sobre el cambio de conducta. Se usa una atmósfera constructiva y basada en la confianza para explorar los sentimientos del paciente acerca del *por qué* y el *cómo* del cambio. "Los roles del clínico y el receptor son más equitativos que en la sesión de consejo breve. El clínico que usa el consejo sobre el cambio de conducta opera como un consejero para un cliente que es un participante activo y comprometido. El encuentro es más colaborativo que el típicamente observado en el consejo breve, y se pone más atención en crear sintonía. En cualquier caso, no necesariamente se requiere la intensidad en la relación que sería precisa para crear las bases de la buena práctica de la entrevista motivacional. El consejo sobre el cambio de conducta a menudo tiene un "aroma a tarea". (Rollnick et al, 2002).

No hay un único texto sobre consejo sobre el cambio de conducta. Las guías clínicas en *Health Behaviour Change: A Guide for Practitioners* (Rollnick et al 1999) meramente proveen de un ejemplo de este estilo de *counselling*. Fue creado en el 2002 por un grupo de consenso de preparadores y clínicos expertos en entrevista motivacional, para describir aquellas adaptaciones de la entrevista motivacional que abrazan el método centrado en el paciente para usarlo en consultas breves (no en sesiones de terapia) en sanidad y otros ámbitos. Todo ello en respuesta a la preocupación por el creciente número de nombres que se estaban dando a métodos que guardaban entre sí más semejanzas que diferencias. El consejo sobre el cambio de conducta fue pensado con la intención de ser un término general adecuado para los intentos de conducir *una conversación constructiva sobre el cambio en la que el clínico intenta entender cómo se siente el paciente acerca del cambio, usando en su mayor parte preguntas abiertas y frases de escucha empática*. Se pone menos énfasis en explorar valores personales, el uso directivo de la escucha empática y desarrollar la discrepancia, más característicos de la entrevista motivacional.

© University of Wales College of Medicine 2002

Para consultas sobre el ICC, contacten a la Dra. Claire Lane: LaneCA1@cf.ac.uk

(versión española del Dr. Manuel Campiñez: manuelcn@camfic.org)

ICCC

Fue construido como un esfuerzo inicial para medir las habilidades implicadas en el consejo sobre el cambio de conducta. Nuestro objetivo fue ayudar tanto al preparador como al investigador. De ahí el reducido número de ítems en el formulario, diseñado para ayudar a los preparadores a evaluar las habilidades adquiridas en el entrenamiento examinando las grabaciones de las consultas. Puede ser usado incluso para entrenar por sí mismo, como un trampolín para discusión y práctica.

Quién puede usar el ICCC?

Para usar el ICCC, el codificador debería tener un buen nivel de conocimientos básicos en Consejo sobre el Cambio de Conducta, y el formulario. Para asegurar esto, los codificadores deberían de comprometerse a una serie de lecturas de preparación, ver un vídeo de entrenamiento y lograr entender cómo funciona el formulario. Las siguientes tareas constituyen el mínimo de entrenamiento preciso para poder codificar:

Lecturas

- Rollnick S, Mason P, and Butler C (1999) *Health Behaviour Change: A Guide for Practitioners* Edinburgh: Churchill Livingstone, Parts 1 and 2 (pp. 3 – 129)
- Rollnick S, Allison J, Ballasiotes S, Barth T, Butler C, Rose G and Rosengren D (2002) *Variations on a Theme: Motivational Interviewing and its Adaptations* in Miller W and Rollnick S (2002) *Motivational Interviewing: Preparing People for Change (2nd Edition)* New York: Guilford Press, Capítulo 18 (pp. 270 – 283)
- Miller W and Rollnick S (2002) *Motivational Interviewing: Preparing People for Change (2nd Edition)* New York: Guilford Press, Capítulos 4 y 5 (pp. 33 – 51)

Vídeo de entrenamiento

- Health Behaviour Change: A Selection of Strategies, An Aid for Trainers © Media Resources Centre, University of Wales College of Medicine 2001 (disponible a través de: edwardske@cardiff.ac.uk)

ICCC

- Una copia del manual y el formulario ICCC deberían ser leídos a fondo para asegurar que el codificador entiende cómo usar el formulario correctamente.

Consultas simuladas versus “reales”

El ICCC ha sido testado para su fiabilidad principalmente en consultas simuladas. Es de esperar que en el futuro será testado, para probar su fortaleza, en consultas “reales”. Basándonos en el mínimo número de consultas reales que han sido puntuadas, las consultas simuladas y las reales aparentemente son muy similares en esencia, pero no se puede garantizar que eso ocurrirá en todas las consultas simuladas. En cualquier caso, teniendo en cuenta que el ICCC es una herramienta ante todo para preparadores, es probable que en la mayor parte de los casos las consultas sean simuladas.

Elección del ítem

El ICCC contiene ítems que se centran principalmente en los comportamientos del clínico. Entendemos que el principal objetivo del CCC es animar al paciente a hablar sobre el *cómo* y el *por qué* del cambio. No obstante, el formulario está diseñado para evaluar las habilidades de los clínicos, pues no sería fidedigno evaluar la actuación de un clínico basándonos en los comportamientos del paciente en la consulta.

Hemos restringido deliberadamente la selección de *comportamientos del clínico* en algunos sentidos. En primer lugar, hemos tratado de evitar los ítems que miden si el clínico está *centrado en el paciente* en su forma más pura o general. Así, incluso los ítems que ponen en evidencia consideraciones sobre la forma de manejar la consulta del clínico en su conjunto (Ítems 5, 6, 7, 8, 9 y 10), se centran en hablar sobre el cambio de comportamiento. Los motivos de lo anterior se deben a que, si el clínico logra puntuaciones altas en los ítems de cambio de comportamiento, la consulta será *centrada en el paciente*. El CCC es un método centrado en el paciente en sí mismo.

En segundo lugar, hemos seleccionado algunas microhabilidades clave en las que concentrarnos (p.e. preguntas, frases de escucha empática, sumarios), en lugar de su combinación dentro de cualquiera de la larga lista de estrategias, como pros y contras, evaluación de la importancia y confianza, etcétera.

La *invitación* no se da en cada consulta (es decir, que el profesional *invite* al paciente a hablar sobre el cambio de conducta). Algunas veces, porque el clínico simplemente no lo hace, y otras porque no tiene la ocasión de hacerlo. Por lo tanto, el ítem 1 sólo se puntúa cuando el clínico tiene la ocasión (de pedir permiso, de invitar a hablar*), haciendo una distinción entre no poder invitar a hablar al paciente, y simplemente no hacerlo. Se ha discutido acerca de si se produce o no la invitación, y algunos son de la opinión de que sería más adecuado un ítem dicotómico que una escala, para este caso en concreto. En cualquier caso, a lo largo del desarrollo del instrumento se constató el hecho de que la invitación puede variar en una diversidad de maneras de llevarse a cabo con éxito.

(*Nota del traductor)

© University of Wales College of Medicine 2002

Para consultas sobre el ICCC, contacten a la Dra. Claire Lane: LaneCA1@cf.ac.uk

(versión española del Dr. Manuel Campiñez: manuelcn@camfic.org)

Hay una diferencia entre el clínico que pregunta al paciente si le parece bien hablar sobre el cambio de conducta y enfatiza la elección de éste desde el principio, el clínico que dice “*Su doctor es quien le manda aquí, ¿qué le parece eso?*”, y el clínico que no invita al paciente a hablar sobre el cambio de conducta en absoluto. Así, el ítem 1 se mantendrá como un ítem escalado en esta etapa.

El *intercambio de información* no sucede en todas las consultas de CCC (a veces porque el paciente no solicita información, otras porque no es apropiado darla), pero cuando tiene lugar, sentimos que era importante evaluar con qué habilidad se hacía. Así pues, el ítem 9 sólo se rellena cuando es aplicable al contexto.

Hablar sobre objetivos tampoco es propio de todas las consultas: sucede, por ejemplo, cuando paciente y clínico discuten posibles maneras de lograr el cambio. Por lo tanto, los codificadores sólo deberían puntuar el ítem 11 cuando sea aplicable al contexto.

El tiempo de habla es un rasgo nuclear del CCC. Sin embargo, los tests de fiabilidad de consistencia interna encontraron que este ítem no daba una puntuación representativa de las habilidades del clínico cuando se correlacionaba con otros ítems. Debido a la importancia de este ítem para el concepto del CCC, hemos escogido excluirlo de la escala para potenciar su fiabilidad, incluyéndolo como un ítem ordinal separado, de modo que la información esté presente y pueda ser evaluada por el preparador.

Puntuación

Para rellenar el formulario, cada ítem se acompaña de una escala de Likert que refleja el grado en que la acción fue llevada a cabo. Como guía, poner un círculo en cada número indicaría que la acción fue llevada a cabo:

0 = Nada en absoluto, 1 = Mínimamente, 2 = Sólo en parte, 3 = En gran medida, 4 = Totalmente

El objetivo primordial del formulario es el de proveer a preparadores y clínicos de una “ventana a sus consultas”: mirar las puntuaciones de los ítems individuales, el “corazón” de esta actividad.

En cualquier caso, siendo preciso tener una puntuación global, la media de las respuestas a los ítems se recoge para obtener una Puntuación ICCC del Clínico. La media se deberá calcular como sigue:

1. Calcular la media de todos los ítems aplicables (por ejemplo, sumar la puntuación del total de ítems aplicables, y dividirlo por ese número de ítems).
2. Si todos los ítems son aplicables en esa consulta en particular, la media será la Puntuación ICCC del Clínico. Si alguno de los ítems no es aplicable en la consulta, proceder con el paso 3.

3. Una técnica conocida como “substitución de la media” se usa para los ítems puntuados como “no aplicable”. La media de los ítems aplicables es la puntuación que se utiliza para los ítems que no se pueden aplicar. Así, por ejemplo, si la media de todos los demás ítems es 2.87, esa es la puntuación que debería darse a cualquier ítem puntuado como “no aplicable”. Proceder con el paso 4.
4. Ahora que disponemos de la puntuación para los ítems no aplicables, recalculamos la media para todos los ítems: eso nos dará la Puntuación ICCC del Clínico.

Usted puede apreciar que tomando la puntuación de la media, la Puntuación ICCC del Clínico se corresponde con las puntuaciones de la escala de Likert del formulario. Por ejemplo, si la Puntuación ICCC del Clínico es de 2.94, usted verá que ha estado practicando el CCC “en gran medida”; o un clínico que puntúe 1.62 ha estado practicando el CCC a medio camino entre “mínimamente” y “sólo en parte”.

Referencias

1. Rollnick S, Mason P, and Butler C (1999) *Health Behaviour Change: A Guide for Practitioners*. Edinburgh: Churchill Livingstone
2. Rollnick S, Allison J, Ballasiotes S, Barth T, Butler C, Rose G and Rosengren D (2002) *Variations on a Theme: Motivational Interviewing and its Adaptations* in Miller W and Rollnick S (2002) *Motivational Interviewing: Preparing People to Change (2nd Edition)* New York: Guilford Press, Capítulo 18

Dominio 1: Establecer agenda y pedir permiso

1. El Clínico invita al paciente a hablar sobre el cambio de conducta*

** Este ítem no debe codificarse si no es aplicable al contexto*

Puntuación alta: El clínico pide permiso de manera explícita al paciente para hablar sobre el cambio de conducta, dejando claro que el paciente no está obligado a tomar ninguna decisión sobre su comportamiento.

Ejemplo: “Antes de empezar, me gustaría dejar claro que no estoy aquí para decirle lo que hay que hacer, o para obligarlo a tomar decisiones que no esté preparado para tomar. Estoy aquí para entenderlo. No tenemos que hablar sobre nada de lo que no quiera hablar. Creo que su médico lo ha enviado aquí para hablar sobre su hábito de fumar. ¿Le parecería bien que tuviéramos una charla sobre el tema?”

© University of Wales College of Medicine 2002

Para consultas sobre el ICCC, contacten a la Dra. Claire Lane: LaneCA1@cf.ac.uk
(versión española del Dr. Manuel Campiñez: manuelcn@camfic.org)

Puntuación baja: El clínico fracasa al preguntar al paciente sobre su disposición para hablar sobre el cambio de conducta, y no le da la oportunidad de hablar, dando la impresión de que el paciente tiene poca capacidad de elección en el asunto.

No aplicable: El paciente va directo a la interacción, sin dar al clínico la oportunidad de invitarlo a hablar sobre el cambio de conducta.

2. El clínico se muestra abierto a abordar otras cuestiones*

*(*Una "cuestión" puede ser cualquier cosa que concierna al paciente, sin importar que esté relacionado o no con la conducta problema)*

Puntuación alta: Al paciente se le brinda la oportunidad de escoger de qué hablar porque, por ejemplo, el clínico aborda un proceso de establecimiento de agenda en el cual anima al paciente a hablar sobre otras conductas de salud, u otras cuestiones no inmediatamente relacionadas con el cambio de conducta.

Ejemplo: "Entonces, desde que tuvo el ataque al corazón le han pedido que haga muchos cambios. Eso puede parecer difícil de llevar, de momento. Sé que le han enviado aquí a hablar de su hábito de fumar, pero me pregunto si hay algo más que le preocupe, de lo que preferiría que habláramos hoy en lugar de eso".

Puntuación baja: El clínico no le da al paciente la oportunidad de escoger sobre qué hablar, y procede con la consulta hablando sucesivamente sobre lo que él opina que son las cuestiones más importantes.

Dominio 2: El Por qué y el Cómo del Cambio de Conducta

3. El clínico anima al paciente a hablar sobre la conducta actual o sobre el *status quo*

Puntuación alta: El clínico anima al paciente a hablar libremente sobre lo que le gusta y/o no le gusta de su conducta actual/*status quo*. Puede hacerlo de diversas maneras, por ejemplo haciendo preguntas abiertas o usando frases de escucha empática, para adquirir una mayor comprensión de la perspectiva del paciente.

Puntuación baja: El clínico no anima al paciente a hablar sobre lo que le gusta o no de su conducta actual/*status quo*.

4. El clínico anima al paciente a hablar sobre el cambio de conducta

Puntuación alta: El clínico anima al paciente a hablar libremente sobre lo que cree que serían aspectos positivos y negativos en el cambio de conducta para él. Puede hacerlo de diversas maneras, como por ejemplo a través de preguntas abiertas o de frases de escucha empática, para adquirir una mayor comprensión de la perspectiva del paciente.

Puntuación baja: El clínico no anima al paciente a hablar sobre lo que cree que podrían ser aspectos positivos y negativos del cambio de conducta para él.

5. El clínico hace preguntas para averiguar las creencias y sentimientos del paciente sobre el tema a tratar

Puntuación alta: El clínico usa un amplio rango de preguntas (en su mayoría abiertas), para obtener el máximo de información posible del paciente sobre sus creencias y sentimientos acerca del tema del cambio de conducta.

Puntuación baja: El clínico no hace al paciente ninguna pregunta que atañe a sus creencias y sentimientos acerca del cambio de conducta, o hace sólo preguntas cerradas, que no le dan al paciente la oportunidad de expresar sus sentimientos e ideas sobre el cambio de conducta.

6. El clínico usa frases de escucha empática cuando el paciente habla del tema a tratar

Puntuación alta: El clínico usa un amplio rango de frases de escucha empática mientras el paciente habla sobre el cambio de conducta, bien sea para clarificar si ha entendido lo que el paciente ha dicho, y/o para animarlo/a a continuar.

Puntuación baja: El clínico no utiliza frases de escucha empática cuando el paciente habla acerca del cambio de conducta.

7. El clínico hace sumarios de lo que el paciente aporta sobre el tema a tratar

Puntuación alta: El clínico hace sumarios de lo que el paciente ha dicho sobre el cambio de conducta en distintos puntos clave de la conversación, para comprobar su comprensión de la perspectiva del paciente.

Ejemplo: “De acuerdo, entonces para resumir lo que hemos hablado hasta ahora, usted cree que es importante dejar de fumar por motivos de salud porque ha tenido un ataque al corazón. También cree que es importante dejarlo por la familia, para dejar de preocuparlos. Por otro lado, ha fumado durante muchos años y ha intentado dejarlo antes. No se siente seguro de ser capaz de dejarlo, si lo intentara. Tiene una vida muy estresante, y siente que fumar le ayuda a aliviar la tensión. ¿Es así?”

Puntuación baja: El clínico no hace sumarios de lo que el paciente ha dicho sobre el cambio de conducta.

Dominio 3: La consulta en su conjunto

8. El clínico reconoce explícitamente los retos de cambio de conducta a los que se enfrenta el paciente

Puntuación alta: El clínico, explícitamente y con regularidad, reconoce los retos a los que se puede estar enfrentando el paciente. El reconocimiento se hace poniendo énfasis en las fortalezas personales que el paciente tiene cuando se enfrenta a dichos retos.

Ejemplo: “¡Dios mío! Ya veo por qué es tan duro para usted dejarlo. Tiene tanta tensión a la que enfrentarse en su vida ahora...debe de ser realmente duro. Pero aunque sea realmente difícil, usted ya ha empezado a hacer cambios en su estilo de vida después de su ataque cardíaco, y se las ha ingeniado para mantenerlos por difícil que sea”

Puntuación baja: El clínico no hace ningún reconocimiento explícito de los retos a los que se enfrenta el paciente, ni focaliza en ninguna de sus fortalezas personales.

9. Cuando el clínico aporta información, es sensible al nivel de comprensión e intereses del paciente*

**Este ítem no debe ser codificado si no es aplicable al contexto*

Puntuación alta: El clínico intenta entender lo que el paciente sabe y quiere saber, e incluso obtiene la reacción personal del paciente a la información proporcionada.

Puntuación baja: El clínico proporciona información al paciente sin preguntar si la quiere o la necesita. La relevancia personal de la información para el paciente no emerge, sino que la marca el profesional. También debería de puntuarse bajo si el paciente pide información y el clínico no la proporciona.

No aplicable: No hay intercambio o solicitud de información en la consulta.

10. El clínico se esfuerza en mostrar respeto por la elección del paciente sobre el cambio de conducta

Puntuación alta: El clínico reconoce abiertamente la elección del paciente y la acepta, aunque no encaje en su agenda. El clínico no presiona al paciente para cambiar su conducta.

Ejemplo: “Al final, la decisión es suya. Usted elige si quiere hacer algún cambio, y eso dependerá de lo realista y de lo alcanzable que sea para usted. No tiene que hacer nada que no quiera hacer”.

Puntuación baja: El clínico no reconoce o no acepta la elección del paciente.

Dominio 4: Hablar sobre metas

11. Clínico y paciente intercambian ideas sobre cómo el paciente podría cambiar su conducta actual*

**Este ítem no debe ser codificado si no es aplicable al contexto*

Puntuación alta: El clínico anima activamente al paciente a hacer una lluvia de ideas sobre las estrategias que lo podrían ayudar a cambiar su conducta. Gracias a ello, el paciente ofrece la mayoría de las ideas, y el clínico también hace algunas sugerencias.

Puntuación baja: El clínico no anima al paciente a aportar estrategias. No hay intercambio de información sobre un abanico de posibilidades. El paciente no aporta nada: al contrario, es el clínico el único que sugiere ideas para el cambio.

No aplicable: No se habla de objetivos durante la consulta.

Medición del tiempo de habla del clínico.

El indicador de tiempo de habla del clínico se encuentra al lado de la puntuación total del ICCC. Tan sólo marcar la casilla del ítem que mejor describa cuánto tiempo habló el clínico durante la consulta. Como guía, el clínico debería de hablar aproximadamente el 50% del tiempo o menos.

Nota del traductor

Tanto la versión en español del formulario ICCC como el manual son producto del trabajo desinteresado de su traductor, con la intención de dar una mayor difusión de esta excelente herramienta para su uso entre los profesionales de habla hispana. Cualquier contribución a su mejora será cálidamente bienvenida.

Quiero agradecer expresamente la también desinteresada y siempre presente colaboración y asesoramiento lingüístico de Javier Turrado.



Manuel Campiñez Navarro. En Barcelona, noviembre de 2008.

© University of Wales College of Medicine 2002

Para consultas sobre el ICCC, contacten a la Dra. Claire Lane: LaneCA1@cf.ac.uk
(versión española del Dr. Manuel Campiñez: manuelcn@camfic.org)

CICAA estándar

TAREA 1ª.- CONECTAR
1.- ¿En qué medida el profesional recibe adecuadamente al paciente?
2.- ¿En qué medida el profesional hace un uso del ordenador u otros registros de forma que no altera la comunicación?
3.- ¿En qué medida el profesional se muestra cortés y amable durante la entrevista?
4.- ¿En qué medida el lenguaje no verbal del profesional es el adecuado?
5.- ¿En qué medida el profesional muestra empatía en los momentos oportunos?
6.- ¿En qué medida el profesional cierra adecuadamente la entrevista con el paciente?
TAREA 2ª.- IDENTIFICAR Y COMPRENDER LOS PROBLEMAS
7.- ¿En qué medida el profesional ha mostrado una reactividad adecuada?
8.- ¿En qué medida el profesional facilita el discurso del paciente?
9.- ¿En qué medida el profesional establece y mantiene a lo largo de la entrevista un contacto visual-facial adecuado?
10.- ¿En qué medida el profesional capta y responde a las pistas ofrecidas por el paciente?
11.- ¿En qué medida el profesional emplea preguntas abiertas?
12.- ¿En qué medida el profesional ha explorado la idea que tenía el propio paciente sobre el origen y/o causa de su síntoma o proceso?
13.- ¿En qué medida el profesional ha explorado las emociones y sentimientos que el síntoma o proceso ha provocado al paciente?
14.- ¿En qué medida el profesional ha explorado cómo afecta al paciente su síntoma o proceso en su vida diaria, entorno sociofamiliar o laboral?
15.- ¿En qué medida el profesional ha explorado las expectativas que el paciente tiene para esta consulta?
16.- ¿En qué medida el profesional ha explorado el estado de ánimo del paciente?
17.- ¿En qué medida el profesional ha explorado posibles acontecimientos vitales interesantes para el paciente?
18.- ¿En qué medida el profesional ha explorado el entorno sociofamiliar?
19.- ¿En qué medida el profesional ha explorado factores de riesgo o realizado actividades preventivas no relacionadas con la demanda?
20.- ¿En qué medida el profesional ha resumido la información que ha obtenido del paciente?
TAREAS 3ª y 4ª.- ACORDAR Y AYUDAR A ACTUAR
21.- ¿En qué medida el profesional trata de explicar el proceso o el síntoma principal presentado por el paciente?
22.- ¿En qué medida el profesional trata de explicar sobre la evolución que puede seguir el proceso?
23.- ¿En qué medida el profesional ofrece una información adaptada a los problemas y necesidades que tiene el paciente
24.- ¿En qué medida el profesional ofrece la información de forma clara?
25.- ¿En qué medida el profesional da la oportunidad al paciente a participar en la toma de decisiones de la consulta animándolo?
26.- ¿En qué medida el profesional permite que el paciente exprese sus dudas?
27.- Si se produce alguna discrepancia o desacuerdo entre el profesional y el paciente, ¿En qué medida el profesional busca el acuerdo (entrando en discusión y considerando las opiniones del paciente)?
28.- ¿En qué medida el profesional comprueba que el paciente ha comprendido la información suministrada?
29.- ¿En qué medida el profesional consigue compromisos explícitos por parte del paciente respecto al plan a seguir?

CICAA M0

TAREA 1ª.- CONECTAR
1.- ¿En qué medida el profesional recibe adecuadamente al paciente?
2.- ¿En qué medida el profesional hace un uso del ordenador u otros registros de forma que no altera la comunicación?
3.- ¿En qué medida el profesional se muestra cortés y amable durante la entrevista?
4.- ¿En qué medida el lenguaje no verbal del profesional es el adecuado?
5.- ¿En qué medida el profesional muestra empatía en los momentos oportunos?
6.- ¿En qué medida el profesional cierra adecuadamente la entrevista con el paciente?
TAREA 2ª.- IDENTIFICAR Y COMPRENDER LOS PROBLEMAS
7.- ¿En qué medida el profesional ha mostrado una reactividad adecuada?
8.- ¿En qué medida el profesional facilita el discurso del paciente?
9.- ¿En qué medida el profesional establece y mantiene a lo largo de la entrevista un contacto visual-facial adecuado?
10.- ¿En qué medida el profesional capta y responde a las pistas ofrecidas por el paciente?
11.- ¿En qué medida el profesional emplea preguntas abiertas?
12.- ¿En qué medida el profesional ha explorado la idea que tenía el propio paciente acerca del cambio de conducta?
13.- ¿En qué medida el profesional ha explorado la confianza que tiene el paciente para iniciar o mantener el cambio de conducta?
14.- ¿En qué medida el profesional ha explorado los pros y cons que ve el paciente respecto a mantener o abandonar la conducta?
15.- ¿En qué medida el profesional ha explorado las expectativas que el paciente tiene respecto al cambio de conducta?
16.- ¿En qué medida el profesional ha resumido la información que ha obtenido del paciente?
TAREAS 3ª y 4ª.- ACORDAR Y AYUDAR A ACTUAR
17.- ¿En qué medida el profesional trata de explicar los aspectos relacionados con el mantenimiento o abandono de la conducta?
18.- ¿En qué medida el profesional trata de explicar los aspectos relacionados con la forma de llevar a cabo el cambio de conducta?
19.- ¿En qué medida el profesional ofrece una información adaptada a los problemas y necesidades que tiene el paciente
20.- En qué medida el profesional ofrece la información de forma clara
21.- ¿En qué medida el profesional promueve la delimitación de objetivos con el paciente?
22.- ¿En qué medida el profesional promueve una propuesta conjunta de plan factible con el paciente?
23.- ¿En qué medida el profesional permite que el paciente exprese sus dudas?
24.- ¿En qué medida el profesional promueve la autoestima?
25.- ¿En qué medida el profesional favorece que el paciente verbalice sus discrepancias?
26.- ¿En qué medida el profesional comprueba que el paciente ha comprendido la información suministrada?
27.- ¿En qué medida el profesional comprueba que el paciente ha comprendido la forma en que las propuestas pueden ser llevadas a cabo?
28.- ¿En qué medida el profesional trata de conocer explícitamente si el paciente desea o no llevar a cabo la acción?
29.- ¿En qué medida el profesional fija seguimiento?

CICAA M1

TAREA 1ª.- CONECTAR
En qué medida, el profesional:
1.- Utiliza un lenguaje no verbal adecuado
2.- Muestra empatía en los momentos oportunos
3.- Realiza una escucha reflexiva
TAREA 2ª.- IDENTIFICAR Y COMPRENDER LOS PROBLEMAS
En qué medida, el profesional:
4.- Facilita el discurso del paciente
5.- Capta y responde a las pistas ofrecidas por el paciente
6.- Emplea preguntas abiertas
7.- Ha explorado la idea que tenía el propio paciente acerca del cambio de conducta
8.- Ha explorado la confianza que tiene el paciente para iniciar o mantener el cambio de conducta
9.- Ha explorado los pros y los contras que ve el paciente respecto a mantener o abandonar la conducta (ambivalencia)
10.- Ha explorado las expectativas y el grado de disponibilidad que el paciente tiene respecto al cambio de conducta
TAREAS 3ª y 4ª.- ACORDAR Y AYUDAR A ACTUAR
En qué medida, el profesional:
11.- Trata de explicar los aspectos relacionados con el mantenimiento o abandono de la conducta
12.- Trata de explicar los aspectos relacionados con la forma de llevar a cabo el cambio de conducta
13.- Ofrece una información adaptada a los problemas y necesidades que tiene el paciente
14.- Ofrece la información de forma clara
15.- Promueve la delimitación de objetivos con el paciente
16.- Promueve una propuesta conjunta de plan factible con el paciente
17.- Permite que el paciente exprese sus dudas
18.- Promueve la autoestima en el paciente
19.- Favorece que el paciente verbalice sus discrepancias
20.- Comprueba que el paciente ha comprendido la información suministrada
21.- Comprueba que el paciente ha comprendido la forma en que las propuestas de cambio pueden ser llevadas a cabo
22.- Trata de conocer explícitamente si el paciente desea o no llevar a cabo la acción
23.- Fija un seguimiento de la evolución

CICAA M1M

TAREA 1ª.- CONECTAR
En qué medida, el profesional:
1.- Sintoniza con el paciente a través de la comunicación no verbal (asentamiento de cabeza, contacto visual-facial)
2.- Muestra empatía en los momentos oportunos
3.- Realiza una escucha reflexiva
TAREA 2ª.- IDENTIFICAR Y COMPRENDER LOS PROBLEMAS
En qué medida, el profesional:
4.- Facilita el discurso del paciente
5.- Capta y responde a las pistas ofrecidas por el paciente
6.- Emplea preguntas abiertas
7.- Ha explorado la idea y los sentimientos que tenía el propio paciente acerca de la conducta problema
8.- Ha explorado la confianza que tiene el paciente para iniciar o mantener el cambio de conducta
9.- Ha explorado los pros y los contras que ve el paciente respecto a mantener o abandonar la conducta (ambivalencia)
10.- Ha explorado las expectativas del paciente respecto al cambio de conducta
11.- Ha explorado el grado de disponibilidad que el paciente tiene respecto al cambio de conducta
12.- Detecta resistencias en el enfermo
TAREAS 3ª y 4ª.- ACORDAR Y AYUDAR A ACTUAR
En qué medida, el profesional:
13- Ofrece una información adaptada a los problemas y necesidades que tiene el paciente , y a petición de éste
14- Consigue que el paciente marque sus objetivos
15- Promueve la negociación conjunta de un plan de acción factible con el paciente
16- Permite que el paciente exprese sus dudas
17- Promueve la autoestima en el paciente
18.- Comprueba que el paciente ha comprendido la forma en que las propuestas compartidas de cambio pueden ser llevadas a cabo
19.- Acuerda con el paciente un seguimiento de la evolución

EVEM 1.0

-Código Id: _____				
-Problema objeto de la visita: _____				
-Tipo de visita: () Primera () Seguimiento				
-Tiempo empleado en la entrevista (minutos): _____				
En qué medida, el profesional...?	0	1	2	NP
1.- Sintoniza con el paciente a través de la comunicación no verbal				
2.- Muestra empatía en los momentos oportunos				
3.- Solicita permiso al paciente si desea hablar acerca de la conducta/problema en cuestión				
4.- Trabaja de forma concordante con el estadio de cambio en el que se encuentra el paciente a lo largo de la entrevista				
5.-Facilita el diálogo automotivacional/discurso del cambio del paciente				
6.-Realiza una escucha reflexiva				
7.-Emplea preguntas abiertas				
8.- Ha explorado las ideas, creencias y sentimientos del paciente en relación con el cambio de conducta				
9.-Ha explorado los pros y los contras que ve el paciente respecto a la conducta problema (ambivalencia)				
10.- Ha explorado el grado de compromiso que el paciente tiene respecto a un posible cambio de conducta				
11.-Realiza sumarios de la información que aporta el paciente				
12.-Detecta la aparición de resistencias al cambio y utiliza estrategias concretas para evitarlas y manejarlas				
13- Ofrece una información adaptada a los problemas y necesidades que tiene el paciente y a petición de éste				
14.-Promueve la delimitación de objetivos con el paciente				
15- Promueve la negociación conjunta de un plan de acción factible con el paciente, considerando este las opciones de cambio				
16- Permite que el paciente exprese sus dudas				
17.-Utiliza reestructuraciones positivas para incrementar la autoestima del paciente				
18.-Comprueba que el paciente ha comprendido la forma en que las propuestas compartidas de cambio pueden ser llevadas a cabo				
19.-Acuerda y programa con el paciente un seguimiento de la evolución				
20.-Una vez iniciado el cambio, desarrolla con el paciente estrategias para su mantenimiento				
21.-Desarrolla con el paciente habilidades para la prevención de recaídas				
22.-Acomoda al paciente en la recaída en un clima de aceptación, tratando de mantener sus sentimientos de auto eficacia				

NP: No Procede. (0): Nada o Escasamente; (1): Aceptablemente o lo suficiente; (2) bastante o mucho

Respuesta del paciente:

0. Confrontativa

1. Neutra

2. Colaborativa

EVEM 1.1

Código Id:				
Conducta en cuestión:				
Tiempo empleado en la entrevista (min):				
¿En qué medida, el profesional...?	0	1	2	NP
1. Sintoniza con el paciente a través de la comunicación no verbal.				
2. Muestra empatía en los momentos oportunos				
3. Realiza un adecuado posicionamiento del paciente en relación con la conducta en cuestión				
4. Trabaja de forma concordante con el posicionamiento del paciente a lo largo de la entrevista				
5. Facilita el discurso del cambio				
6. Realiza una escucha reflexiva				
7. Emplea preguntas abiertas				
8. Ha explorado los pros y los contras que ve el paciente respecto a la conducta problema (ambivalencia)				
9. Ha explorado el grado de compromiso que el paciente tiene respecto a un posible cambio de conducta				
10. Realiza sumarios de la información que aporta el paciente				
11. Detecta la aparición de resistencias al cambio y utiliza estrategias concretas para evitarlas y manejarlas				
12. Ofrece la información adaptada a los problemas y necesidades del paciente				
13. Promueve la delimitación y/o la priorización de los objetivos de cambio con el paciente				
14. Negocia un plan de acción factible teniendo en cuenta las opciones del paciente				
15. Valida, de forma genuina, al paciente (capacidades, aptitudes, esfuerzo, interés...)				
16. Comprueba que el paciente ha comprendido la forma en que las propuestas compartidas de cambio pueden ser llevadas a cabo				
17. Una vez iniciado el cambio, desarrolla con el paciente estrategias para su mantenimiento				
18. Acomoda al paciente en la recaída en un clima de aceptación, tratando de potenciar su autoeficacia				

Np: no procede, 0: Nada o escasamente; 1: Aceptablemente o lo suficiente; 2: Bastante o mucho

Respuesta del paciente:

0. Confrontativa

1. Neutra

2. Colaborativa

EVEM 1.2

Código Id:				
Conducta en cuestión:				
Tiempo empleado en la entrevista (min):				
¿En qué medida, el profesional...?	0	1	2	NP
1. Sintoniza con el paciente a través de la comunicación no verbal.				
2. Muestra empatía en los momentos oportunos				
3. Realiza un adecuado posicionamiento del paciente en relación con la conducta en cuestión				
4. Trabaja de forma concordante con el posicionamiento del paciente a lo largo de la entrevista				
5. Emplea preguntas abiertas				
6. Valida, de forma genuina, al paciente (capacidades, aptitudes, esfuerzo, interés...)				
7. Realiza una escucha reflexiva				
8. Realiza sumarios de la información que aporta el paciente				
9. Facilita el discurso del cambio				
10. Ha explorado el grado de compromiso que el paciente tiene respecto a un posible cambio de conducta				
11. Detecta la aparición de resistencias al cambio y utiliza estrategias concretas para evitarlas y manejarlas				
12. Ofrece la información adaptada a los problemas y necesidades del paciente				
13. Promueve la delimitación y/o la priorización de los objetivos de cambio con el paciente				
14. Negocia y comprueba un plan de acción factible teniendo en cuenta las opciones del paciente				
15. Una vez iniciado el cambio, desarrolla con el paciente estrategias para su mantenimiento				
16. Acomoda al paciente en la recaída en un clima de aceptación, tratando de potenciar su autoeficacia				

Np: no procede, 0: Nada o escasamente; 1: Aceptablemente o lo suficiente; 2: Bastante o mucho

Respuesta del paciente:

0. Confrontativa

1. Neutra

2. Colaborativa

EVEM 1.3

Código Id:				
Tiempo empleado en la entrevista (min):				
¿En qué medida, el profesional...?	0	1	2	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 las resistencias				
11. Una vez iniciado el cambio, desarrolla con el paciente estrategias para su mantenimiento				
12. Ayuda al paciente en la recaída				

NP: no procede, 0: Nada o escasamente; 1: Aceptablemente o lo suficiente; 2: Bastante o mucho

Respuesta del paciente:

0. Confrontativa

1. Neutra

2. Colaborativa

EVEM 1.4

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. Evita la discordia con el paciente						
11. Una vez iniciado el cambio, desarrolla con el paciente estrategias para su mantenimiento						
12. Espíritu: Evocación						
13. Espíritu: Colaboración						
14. Espíritu: Autonomía						
15. Espíritu: Compasión						

Respuesta del paciente: 0. Confrontativa 1. Neutra 2. Colaborativa

EVEM 2.0

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

Manual de la escala EVEM 2.0

Josep M^a Bosch Fontcuberta

Manuel Campiñez Navarro

Equipo de investigación del estudio Dislip-EM

Índice.

- . Formulario Evem 2.2.
- . 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. Compasión.

Respuesta del paciente.

Evem 2.0

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 inquiera 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 *dificultades* que el paciente expresa

- . 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 huída.

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.

Espíritu

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 compenetración 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 huída.** 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

Producción científica

Las *publicaciones científicas* relacionadas con el presente trabajo de investigación son las siguientes:

- Perula LA, Bosch JM, Boveda J, Campiñez M, Barragan N, Arbonies JC, et al. Effectiveness of Motivational Interviewing in improving lipid level in patients with dyslipidemia assisted by general practitioners: Dislip-EM study protocol. BMC family practice. 2011;12:125.
- Perula LA, Campiñez M, Bosch JM, Barragan Brun N, Arbonies JC, Boveda Fontan 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 family practice. 2012;13:112.
- Bóveda Fontán J, Pérula de Torres LA, Campiñez Navarro M, Bosch Fontcuberta JM, Barragán Brun N, Prados Castillejo JA. Evidencia actual de la entrevista motivacional en el abordaje de los problemas de salud en atención primaria. Atención Primaria. 2013;45(9):486-95.