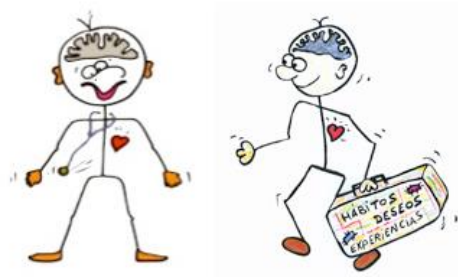


Tesis doctoral

**Impacto de la formación
en Entrevista Motivacional para médicos:
diseño y evaluación
de un Programa Formativo (MOTIVA)**



Doctoranda

Nieves Barragán Brun

Directores

Dr. José Antonio Prados Castillejo

Dra. Remedios Martín Álvarez

Dr. Josep M Bosch Fontcuberta

UAB
Universitat Autònoma
de Barcelona

Programa de Doctorado en Medicina Interna

Barcelona

2015

AGRADECIMIENTOS

No puedo comenzar este escrito sin agradecer a todas las personas que con su trabajo, su filosofía de equipo y su generosidad han creado este proyecto del que yo he formado parte como una pieza del conjunto.

Quiero así ensalzar la colaboración de:

- **Los médicos de familia** que han querido participar voluntariamente de forma altruista. Mi agradecimiento para todos ellos, que han permitido las videograbaciones de sus consultas, aceptando el análisis de sus entrevistas y el uso de esos vídeos para los debates en el foro de trabajo de esta investigación.

Los pacientes que nos han permitido entrar en su vida personal dejándose grabar confiadamente en la consulta de su médico de familia, con la conciencia de que así contribuían a mejorar el conocimiento científico. La colaboración de los pacientes ha sido fundamental.

- **Equipo Dislip-EM** (grupo director del proyecto):
 - Dr. Luis Ángel Pérula, siempre dispuesto a echar mano, con una paciencia exquisita y conocedor de sus herramientas de análisis estadístico...
Coordinador del proyecto. Técnico de salud de la Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Córdoba.
 - Dr. José Antonio Prados Castillejo, compañero tenaz, que me ha ayudado a argumentar y me ha estimulado a pensar, cariñoso y exigente a la vez...
Médico de familia en Córdoba. Co-Director de esta tesis.
 - Dr. Josep M^a Bosch Fontcuberta, el transmisor del espíritu motivacional, impregnado en su estilo docente, exquisito, cuidadoso y trabajador...
Médico de familia en Barcelona. Co-Director de esta tesis.
 - Dra. Remedios Martín Álvarez, la positividad encarnada y el trabajo constante que no falla...
Médico de familia en Barcelona. Co-Directora de esta tesis.

- Julia Bóveda Fontán, compañera y amiga siempre dispuesta, trabajadora silenciosa...

Médico de familia en Vigo. Co-Doctoranda en el proyecto.

- Manuel Campiñez Navarro, capaz de ilusionarse a fondo con energía...

Médico de familia en Barcelona. Co-Doctorando en el proyecto.

- Jesús Novo Rodríguez, sabio atento, generoso y acogedor...

Médico de familia en Lugo. Investigador colaborador.

- Juan Carlos Arbonés Ortiz, la fuerza y el optimismo, la sensatez y la estabilidad...

Médico de familia en Rentería. Investigador colaborador.

- Margarita Criado Larumbe, siempre disponible, dando seguridad y confianza al proyecto...

Secretaría del proyecto.

- Mi familia.

Una pandilla de incondicionales: Andrés, mi marido, y nuestros tres hijos, María, Tomás y Marta, mi madre... sin su “dejarme hacer”, no lo habría conseguido, sin su apoyo no estaría aquí, sin su cariño, no valdría la pena...

- **Mis amigos y mis compañeros de trabajo** que han soportado mi estrés y me han ayudado con su comprensión.

- **Grupo Programa Comunicación y Salud de semFYC** (Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria) al que pertenecemos todos los profesionales sanitarios del grupo director del Dislip-EM, fuente de conocimiento y estímulo para el trabajo en temas de comunicación entre profesionales sanitarios y pacientes. Su ejemplaridad en el trabajo concienzudo, su feedback humilde y su optimismo en la vida, son desde hace más de 20 años un motor en mí misma.

Índices

I.I Tabla de contenido

I.I	Tabla de contenido.....	iii
I.II	Índice de Anexos	vi
I.III	Índice de tablas	vii
I.IV	Índice de figuras	ix
I.V	Abreviaturas.....	xi
I.VI	Palabras clave.....	xii
1	Introducción.....	1
1.1	Educación médica	4
1.1.1	Organizaciones internacionales para la educación médica.....	4
1.1.2	El aprendizaje en adultos.....	5
1.1.3	La educación médica: definición y evidencias.....	8
1.1.4	Herramientas de formación y aprendizaje	11
1.2	Modelos de comunicación asistencial.....	33
1.2.1	Consejo médico habitual	33
1.2.2	Comunicación Centrada en el Paciente	35
1.2.3	La Entrevista Motivacional	42
1.3	Evaluación de la formación y del impacto	64
1.3.1	La pirámide de Miller.....	66
1.3.2	Modelo de Kirkpatrick	69
1.3.3	Cuestionarios de evaluación de la Entrevista Motivacional	70
1.3.4	Evaluación de habilidades de comunicación en la consulta.....	71
1.3.5	Autoevaluación (Self-assessment).....	72
1.4	Nuevas tecnologías en los procesos de formación y evaluación	74
1.4.1	E-learning.....	74
1.4.2	Herramientas TIC para comunicación entre personas	76
1.4.3	Herramientas TIC para compartir videgrabaciones.....	78
1.5	Influencia de los hábitos de vida en los factores de riesgo cardiovascular	79
1.5.1	Impacto de la comunicación en los hábitos	85
2	Justificación.....	89
3	Objetivos	91
3.1	Objetivo principal.....	91
3.2	Objetivos secundarios	91
3.3	Hipótesis.....	91
4	Material y métodos.....	92
4.1	Introducción	92
4.2	Diseño del estudio.....	94
4.3	Población y muestra.....	94
4.3.1	Criterios de inclusión	94
4.3.2	Criterios de exclusión.....	94

4.3.3	Aleatorización	94
4.3.4	Descripción de la muestra	95
4.4	Material.....	97
4.4.1	Pacientes estandarizados (PE)	97
4.4.2	Videograbaciones (VG)	98
4.4.3	Actividades de formación	98
4.4.4	Materiales de evaluación.....	99
4.4.5	Herramientas de soporte.....	100
4.5	Desarrollo del Programa Formativo MOTIVA	100
4.5.1	Coordinación.....	101
4.5.2	Esquema general del Programa Formativo MOTIVA.....	105
4.5.3	Fase 1: Periodo preintervención.....	107
4.5.4	FASE 2: Taller de Entrevista Motivacional y Evaluación Post-Taller	112
4.5.5	FASE 3: Actividades formativas en ruta	114
4.5.6	FASE 4: Videograbaciones con Paciente Estandarizado (GC y GE)	121
4.6	Desarrollo de las herramientas de evaluación.....	122
4.6.1	Escala EVEM sumativa: Evaluación del perfil motivacional a través de VG	123
4.6.2	Escala EVEM formativa: Autoevaluación del perfil motivacional.....	125
4.6.3	Indicador Sintético de adherencia al Programa Formativo MOTIVA	128
4.7	Grupo Control en ruta	132
4.8	Utilidad y uso de las nuevas tecnologías.....	132
4.9	Encuesta final (post-intervención)	133
4.10	Análisis estadístico	133
4.10.1	Análisis descriptivo y depuración de datos	133
4.10.2	Análisis comparativo basal	134
4.10.3	Análisis de la eficacia de la intervención	134
4.11	Ética	134
5	Resultados.....	136
5.1	Estudio descriptivo.....	136
5.1.1	Características sociodemográficas de los participantes y estudio de la comparabilidad	136
5.1.2	Videograbaciones realizadas	138
5.1.3	Indicador Sintético. Ponderación	140
5.2	Eficacia del Programa Formativo MOTIVA.....	144
5.2.1	Escala EVEM sumativa	144
5.2.2	Escala EVEM formativa	154
5.2.3	Adherencia al Programa Formativo: aplicación del Indicador Sintético	156
5.2.4	Relación de la escala EVEM sumativa con la adherencia al Programa Formativo	158
5.2.5	Relación de la participación en el PBI y la escala EVEM sumativa final.....	160
5.2.6	Otras resultados en relación a la adherencia al Programa Formativo	162
5.3	Análisis de la factibilidad	165
5.3.1	Indicador Sintético. Resultados de adherencia al Programa Formativo	165
5.3.2	Encuesta final de valoración y satisfacción con el Programa Formativo MOTIVA	166
6	Discusión	169
6.1	Discusión de los métodos.....	169
6.2	Discusión de las herramientas de evaluación	171

6.3	Adecuación de las actividades del Programa Formativo MOTIVA: Un programa de aprendizaje en Entrevista Motivacional.....	175
6.4	Sobre resultados	177
6.4.1	Eficacia del Programa Formativo según el tercer escalón de la Pirámide de Miller ..	177
6.4.2	Eficacia del Programa Formativo según el cuarto escalón de la Pirámide de Miller..	179
6.4.3	Limitaciones	181
6.4.4	Fortalezas.....	181
6.5	Plan de mejora	182
7	Líneas futuras.....	185
8	Conclusiones	187
9	Producción científica.....	187
10	Bibliografía	190

I.II Índice de Anexos

- ANEXO 1 Protocolo del Estudio Dislip-EM
- ANEXO 2 Guión entrevistas Pacientes Estandarizados
 - ANEXO 2.1 Caso 1 PE: La dieta
 - ANEXO 2.2 Caso 2 PE: Algo de colesterol
- ANEXO 3 EVEM: Escala de Valoración de Entrevista Motivacional
 - ANEXO 3.1 Escala EVEM sumativa
 - ANEXO 3.2 Escala EVEM formativa
 - ANEXO 3.3 Manual de EVEM formativo
- ANEXO 4 Manual breve de PBI. Las videograbaciones en el aprendizaje de habilidades de comunicación
- ANEXO 5 Caso clínico para la reflexión: Tras un ictus
 - ANEXO 5.1 Caso clínico: Entrevista A
 - ANEXO 5.2 Caso clínico: Entrevista B
 - ANEXO 5.3 Caso clínico: Plantilla para la reflexión
- ANEXO 6 Micropíldoras
- ANEXO 7 Incidente crítico
 - ANEXO 7.1 Ejemplo de incidente crítico
 - ANEXO 7.2 Plantilla para la cumplimentación de incidentes críticos
- ANEXO 8 Encuesta a expertos sobre herramientas docentes
 - ANEXO 8.1 Preguntas encuesta sobre herramientas docentes
 - ANEXO 8.2 Respuestas encuesta sobre herramientas docentes
- ANEXO 9 Encuesta final
 - ANEXO 9.1 Preguntas encuesta final Grupo Experimental
 - ANEXO 9.2 Preguntas encuesta final Grupo Control
 - ANEXO 9.3 Resultados encuesta final Grupo Experimental
 - ANEXO 9.4 Resultados encuesta final Grupo Control

I.III Índice de tablas

Tabla 1.	Hallazgos de la revisión sobre CME: Lo que los médicos en formación y los formadores pueden hacer para mejorar la efectividad de la CME	10
Tabla 2.	Problem-based interviewing (PBI): un modelo para enfocar el problema Dr.Lesser (1985).....	25
Tabla 3.	Ejemplos de reflexión para el desarrollo de la sesión de PBI	27
Tabla 4.	Técnicas docentes propuestas para el trabajo en grupos pequeños con videograbaciones de entrevistas clínicas	28
Tabla 5.	Resumen metaanálisis ensayos clínicos CCP y resultados en salud	40
Tabla 6.	Enfoques de la Entrevista Motivacional.....	46
Tabla 7.	Metaanálisis y revisiones sobre Entrevista Motivacional	51
Tabla 8.	Evidencia actual de la Entrevista Motivacional en el abordaje de los problemas de salud en Atención Primaria.	59
Tabla 9.	Principales resultados en formación en EM (Madson et al.)	62
Tabla 10.	Niveles del modelo de Kirkpatrick.	69
Tabla 11.	Ventajas e inconvenientes del e-learning	75
Tabla 12.	Comparativa entre herramientas TIC para comunicación síncrona	77
Tabla 13.	Recomendaciones para el cambio de comportamiento, de la European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012).....	86
Tabla 14.	Distribución de los médicos por Centros de Salud	96
Tabla 15.	Materiales del Programa Formativo MOTIVA.....	97
Tabla 16.	Componentes educativos del Programa Formativo MOTIVA.....	100
Tabla 17.	Etapas para el aprendizaje de la Entrevista Motivacional	113
Tabla 18.	Guía de reflexión para el caso clínico.....	116
Tabla 19.	Diagrama de Gantt de las fases del Programa Formativo	121
Tabla 20.	Escala EVEM sumativa para videograbaciones	124
Tabla 21.	Escala EVEM formativa para autoevaluación.....	126
Tabla 22.	Relación entre ítems de la escala EVEM 1.4 sumativa (expertos) y la escala EVEM formativa (autoevaluación)	128
Tabla 23.	Equivalencias numéricas de la escala cualitativa de puntuación de herramientas docentes.....	130
Tabla 24.	Ponderación de las áreas docentes.....	130
Tabla 25.	Factores de experiencia en función del grado de conocimiento de la herramienta	131
Tabla 26.	Variables dependientes e independientes del estudio.....	136

Tabla 27.	Características sociodemográficas de los médicos participantes.....	138
Tabla 28.	Videograbaciones realizadas en cada fase del PF MOTIVA	139
Tabla 29.	Resultados de la encuesta de herramientas docentes	141
Tabla 30.	Resultados de la escala EVEM 1.4 para el GC y el GE con pacientes estandarizados.....	148
Tabla 31.	Puntuaciones medias pre y post-intervención por ítem de la escala EVEM sumativa GE	149
Tabla 32.	Puntuaciones medias pre y post-intervención por ítem de la escala EVEM sumativa GC.....	150
Tabla 33.	Comparación del GC y GE con VG de pacientes reales con la escala EVEM 1.4.	153
Tabla 34.	Comparación de las puntuaciones en escala EVEM sumativa y formativa con PR.....	156
Tabla 35.	Actividades desarrolladas por los participantes	156
Tabla 36.	Media y DS de EVEM final y valores del Indicador Sintético de adherencia	159
Tabla 37.	Valoraciones medias encuesta final GE	166
Tabla 38.	Utilidad de las actividades formativas, evaluada por participantes en estudio	167
Tabla 39.	Valoraciones medias encuesta final GC, comparadas con GE	168

I.IV Índice de figuras

Figura 1.	Primer esquema. Empezando a pensar en el proyecto	2
Figura 2.	Ciclo del aprendizaje experiencial (adaptado de Kolb).....	7
Figura 3.	Definición de Educación Médica según la ACCME (Accreditation Council for Continuing Medical Education). www.accme.org	8
Figura 4.	Concepto de micropíldora formativa	18
Figura 5.	Definición del modelo centrado en el paciente.....	41
Figura 6.	Los cuatro procesos de la Entrevista Motivacional.....	45
Figura 7.	Pirámide de Miller	67
Figura 8.	Modelo de Kirkpatrick: Niveles de evaluación de la formación.....	70
Figura 9.	Proyecto Dislip-EM	93
Figura 10.	CONSORT Diagrama de flujo. Participantes en el Programa Formativo MOTIVA.....	95
Figura 11.	Videoteca del Programa Formativo MOTIVA.....	103
Figura 12.	Logo Programa Formativo MOTIVA	104
Figura 13.	Recordatorio tareas principales de la EM para consulta (Formato Imán).....	105
Figura 14.	Diseño y evaluación del PF MOTIVA. Fases del proyecto	106
Figura 15.	Estilos de entrevista. Entrenamiento paciente estandarizado	110
Figura 16.	Ejemplo de entrevista directiva	111
Figura 17.	Ejemplo de Entrevista Motivacional	111
Figura 18.	Micropíldora con una reflexión.....	117
Figura 19.	Micropíldora con un personaje del logo	117
Figura 20.	Esquema de la evaluación del Programa Formativo MOTIVA	123
Figura 21.	Herramientas docentes incluidas en la encuesta a profesores de comunicación.....	129
Figura 22.	Médicos (n) y Nº de videgrabaciones realizadas a pacientes reales	140
Figura 23.	Años de formación [n] en comunicación de expertos que participan en el Indicador Sintético.....	141
Figura 24.	Ponderación por expertos de las actividades docentes	142
Figura 25.	Comparación entre las ponderaciones en Indicador Sintético y la opinión de expertos	143
Figura 26.	Resultados escala EVEM sumativa en FASE 1 (preintervención): GC y GE	144
Figura 27.	Evolución del GE: EVEM preintervención (FASE 1) / post taller EM (FASE 2) ...	145
Figura 28.	Evolución del GE: EVEM preintervención (FASE 1)/ EVEM post taller EM (FASE 2) / EVEM final (FASE 4).....	146

Figura 29. Resultados de la escala EVEM al finalizar el estudio (FASE 4).	147
Figura 30. Evolución del GC: EVEM preintervención (FASE 1) / EVEM final (FASE 4).....	147
Figura 31. Estabilidad escala EVEM de VG con PR del GE durante el programa.	152
Figura 32. Estabilidad escala EVEM de VG con PR de GC durante el programa.	152
Figura 33. Evaluación de la escala EVEM con videgrabaciones con pacientes reales	153
Figura 34. Comparación de la escala EVEM con la implantación del programa MOTIVA .	154
Figura 35. Comparación escala EVEM sumativa / escala EVEM formativa en videgrabaciones reales	155
Figura 36. Número de médicos del GE que han realizado cada actividad del Programa Formativo MOTIVA	157
Figura 37. Distribución de EVEM inicial en función del valor del Indicador Sintético de adherencia	158
Figura 38. Distribución del EVEM final en función del valor del Indicador Sintético de adherencia	159
Figura 39. EVEM final por número de sesiones de PBI realizadas	160
Figura 40. Relación entre escala EVEM final y la proporción del PBI dentro del Indicador Sintético	161
Figura 41. Pacientes incluidos en el estudio Dislip-EM y adherencia al Programa Formativo.....	162
Figura 42. Videgrabaciones introducidas en el estudio e Indicador Sintético de adherencia	163
Figura 43. Nº de escalas EVEM formativas realizadas e Indicador Sintético	164
Figura 44. Resultado del Indicador Sintético de adherencia por profesional.....	165
Figura 45. Valoración de los elementos del Programa Formativo MOTIVA en la encuesta final al GE	167

I.V Abreviaturas

AA	Acontecimiento adverso
AMEE	Association for Medical Education in Europe
AP	Atención Primaria
BEME	Best Evidence Medical Education
BPC	Buena Práctica Clínica
CCP	Comunicación centrada en el paciente
CEIC	Comité Ético de Investigación Clínica
CME	Continuing Medical Education
CRD	Cuaderno de recogida de datos
ECOE	Evaluación clínica objetiva y estructurada
Dislip-EM	Dislipemia – Entrevista Motivacional (estudio Dislip-EM)
EM	Entrevista Motivacional
ECV	Enfermedades cardiovasculares
EVEM	Escala de Valoración de la Entrevista Motivacional
FRCV	Factores de Riesgo cardiovascular
GC	Grupo control
GCyS	Grupo Comunicación y Salud
GE	Grupo experimental
HbA1c	Hemoglobina glicosilada
IMC	Índice de Masa Corporal
MF	Médico de familia
OSCE	Objective Structured Clinical Examination
PA	Presión Arterial
PBE	Práctica Basada en la Evidencia
PE	Paciente estandarizado
PF	Programa Formativo
PR	Paciente real
RCV	Riesgo cardiovascular
semFYC	Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria
TICs	Tecnologías de la información y la comunicación
VG	Videograbación

I.VI Palabras clave

Entrevista Clínica, Habilidades comunicacionales, Entrevista Motivacional, Formación médica Continuada, Aprendizaje, Desarrollo profesional, TICs, Consejo cambio de conducta, Cambio estilo de vida, Evaluación de la comunicación, Evaluación Entrevista Motivacional, Práctica clínica

Clinical interview, Communication skills, Motivational interviewing, Continuing medical education, Learning, Professional development, Information communication technology, Behavior Change Counselling, Lifestyle change, Communication evaluation, Motivational interviewing evaluation, Physicians performance

1 Introducción

El estudio que se desarrolla a continuación tiene que ver con la comunicación entre médicos y pacientes, con los hábitos de vida que pueden producir enfermedad, con el arraigo y la dificultad para modificar esas rutinas, y sobre todo con la formación de los médicos para saber crear entornos comunicativos donde favorecer que esos cambios se produzcan.

¿Cómo nació este proyecto?

Muchos médicos preocupados por el futuro de sus pacientes se hacen preguntas, y buscan fórmulas para mejorar la comunicación. Cuando un paciente presenta un hábito o una costumbre de la cual los médicos conocen la probabilidad de desarrollar una enfermedad crónica, o aún peor, de disminuir su calidad de vida o su autonomía, incluso su esperanza de vida, el médico siente la responsabilidad de influir y hacer consciente esa situación para que el paciente pueda cambiar.

Entre colegas se comparten las inquietudes por estas situaciones difíciles de resolver y también la sensación de frustración, no demasiado infrecuente, ante lo que parece un esfuerzo poco eficiente. Los pacientes a veces, no están motivados y los médicos se desgastan en consejos estériles para intentar modificar los factores de riesgo. Los fármacos son el final probable de situaciones que parecen irreversibles desde otros abordajes. La hipertensión, la dislipemia, el sedentarismo, el tabaquismo, etc., son problemas que abordan los médicos con dificultad, porque son situaciones crónicas que requieren motivación, decisión de cambio y mantenimiento de la nueva conducta para evitar sus consecuencias a largo plazo. Algunos dicen que tratan “pacientes difíciles”, otros, hablan de “situaciones difíciles”. Esas dificultades, de por qué una consulta no fluye hacia donde nos gustaría, ¿están en el paciente?, ¿están en el médico?, ¿están en el ambiente de ese día?, ¿están en la oportunidad del momento?. Los congresos del Grupo Programa Comunicación y Salud (GPCYS)¹ son un lugar idóneo para compartir estas experiencias, en forma estructurada dentro de los talleres docentes (*workshops*), o bien de forma espontánea. En este entorno de interacción profesional se fue fraguando la idea del **proyecto Dislip-EM**. La experiencia personal de muchos compañeros y la evidencia cada vez más contrastada de las virtudes de la **Entrevista Motivacional (EM)**, hacía más atractivo esta investigación.

Y nació la idea: un estudio con nuestros pacientes de Atención Primaria. Conscientes de la dificultad de aprender e integrar la Entrevista Motivacional en el estilo personal. Como médicos de familia preocupados por las patologías prevalentes que tienen su origen y/o su evolución

centrada en hábitos de vida no saludables. El proyecto era tentador y podía visualizarse así: *Enseñar / Aprender Entrevista Motivacional y aplicar el estilo a nuestros pacientes... y observar si hay cambios.*

En la Figura 1 se muestra el pensamiento plasmado en esquema de una de las primeras reuniones (Dr. Bosch, Dr. Campiñez, Dra Barragán) en septiembre de 2009. Ahí se vio la necesidad de generar un ensayo clínico con un grupo control (GC) y un grupo experimental (GE) el cual participaría en un proyecto de formación en EM de 1 año de duración, empezando con un taller presencial (“curso”), y siguiendo con actividades varias (flechas azules) destacando el PBI. Para su evaluación, unos pacientes simulados (PACS en verde) al inicio y al final, medidos con la escala EVEM. En rojo, la idea de acreditar el programa para hacerlo más atractivo a los participantes. Y todo ello en un contexto de Atención Primaria, trabajando con Pacientes Reales con factores de riesgo cardiovascular (FRCV).

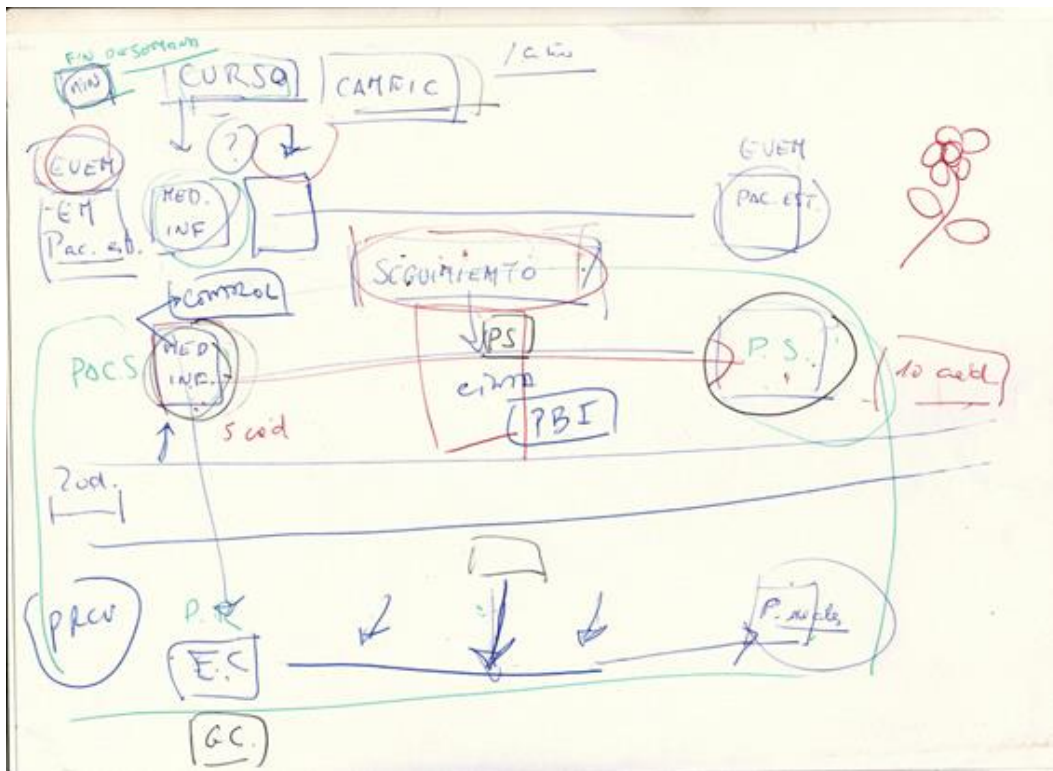


Figura 1. Primer esquema. Empezando a pensar en el proyecto

Este proyecto surge por tanto, de la reflexión sobre las competencias del médico en relación a la entrevista clínica y los nuevos modelos comunicacionales con el paciente. Era necesario saber cómo desarrollar un proceso de aprendizaje. Surgen las preguntas centrales: *¿Podemos formarnos y mejorar el perfil comunicativo motivacional y mejorar así la salud de nuestros pacientes?, ¿Qué tipo de acciones formativas son las mejores para conseguir este objetivo?, ¿Existen técnicas*

docentes y de aprendizaje que favorezcan la incorporación eficaz de estas competencias tan poco conocidas en el fondo, y a la vez tan útiles para el trabajo diario?

Centrando el tema del proyecto formativo, el reto era cómo ofrecer formación útil y eficiente a los médicos, para que su estilo comunicativo se centre en los pacientes y consiga movilizarlos en dirección a mejorar su salud modificando sus hábitos cotidianos.

Clásicamente los buenos médicos preocupados por sus pacientes han sentido el deber de darles buenos consejos. Tal vez proveniente de otras épocas donde el conocimiento estaba sólo al alcance de unos pocos, hemos heredado un patrón de relación médico-paciente paternalista, asimétrico, donde uno sabe lo que hay que hacer, el médico, y otro, el paciente, acata sin cuestionar los consejos recibidos. Muchos profesionales sin otras perspectivas que las recibidas por el modelaje de sus predecesores, consideran esta práctica la más plausible y se esfuerzan desde ella para que sus pacientes adquieran buenos hábitos saludables. Con los años de práctica profesional aparece el riesgo de la rutina, de integrar el rol “automático” de dar consejos y de asumir que estas actividades “son” la buena praxis médica, sabiendo, por la experiencia del día a día, que los pacientes apenas cambian como consecuencia de esta información, ni siquiera cuando se ha transmitido en un ambiente de cordialidad. No quiere esto decir que los consejos sean “buenos o malos”; pueden ser lo uno o lo otro en función del contexto y del sentir del paciente. No frustrarse por los escasos resultados de estos consejos, ensalza a aquellos que a pesar de los años no desisten en el intento de priorizar el interés genuino en sus pacientes.

El marco teórico que encuadra al Programa Formativo MOTIVA gira en torno a la educación médica, en su concepción más amplia de aprendizaje teórico y de escenarios prácticos que permitan aprender el uso de la Entrevista Motivacional todo ello enmarcado en el ámbito de la Atención Primaria.

1.1 Educación médica

Instruiré por precepto, por discurso y en todas las demás formas a mis hijos, a los hijos de quien me enseñó y a los discípulos únicos por juramento y estipulación de acuerdo con la Ley Médica y no a otras personas.
Juramento Hipocrático

1.1.1 Organizaciones internacionales para la educación médica

La Educación Médica ha sufrido variaciones desde que en las últimas décadas algunos grupos de investigadores se interesaron por conocer qué actividades formativas médicas son las más efectivas para cambiar el comportamiento de los médicos. Diferentes organismos e instituciones internacionales han aunado sus esfuerzos para crear una doctrina teórica sustentada en estudios y documentada. La AMEE (Association for Medical Education in Europe), fue fundada en 1972, en respuesta a una inquietud que se gestaba desde 1930. Fue precisamente en el “Seminario sobre Métodos de Enseñanza en Medicina” organizado por la OMS a través de la SEDEM (Sociedad Española de Educación Médica) donde se expresó la necesidad y la intención de crear un organismo internacional. En la actualidad tiene 90 países miembros de los 5 continentes.

Dentro de AMEE hay diferentes grupos de trabajo. Uno de ellos es “BEME Collaboration”. BEME es un grupo internacional de personas implicadas en universidades y organizaciones profesionales, comprometidas con el desarrollo de evidencia en educación médica y de otras profesiones sanitarias con 3 líneas de trabajo: 1) divulgar la información obtenida para ser utilizada por los profesores y las instituciones que elaboran programas educativos, 2) producir revisiones sistemáticas adaptadas a las necesidades de los usuarios y 3) crear una cultura de “la mejor educación basada en la evidencia”^{2,3,4}. La metodología BEME sigue cinco pasos en sus estudios: encuadrar el tema a estudiar, desarrollar una estrategia de investigación, evaluar la evidencia, implementar el cambio y evaluarlo. En 1998, en la conferencia anual de la AMEE se abordó el hecho de que en algunos entornos educativos hay una tendencia a la práctica basada en la evidencia (PBE), sin embargo, la educación médica que promueve BEME se autodefine con una filosofía con tendencia hacia la “Medicina Basada en la Evidencia (MBE)”, es decir, no es suficiente generar la propia práctica, sino que hay que demostrar su utilidad. Las revisiones sistemáticas (guidelines) del más alto nivel e informes de revisión por pares de la evidencia disponible en relación a la educación para la salud y la medicina se pueden consultar y adquirir en www.bemecollaboration.org/BEME+Guides/. Algunas de estas guías han sido de gran utilidad en este estudio. Dentro de la AMEE se edita la prestigiosa revista *Medical Teacher*.

La World Federation for Medical Education (WFME) que agrupa a AMEE y otras asociaciones del mundo, definió en 1998 unos estándares globales para la Trilogía de Educación Médica Básica (Pregrado), Postgrado y Desarrollo Profesional Continuo, con el objetivo de dar respuesta a las necesidades de formación y unificar programas de Facultades y otros proveedores y formas de evaluación. Esta Trilogía constituyó el material esencial de base para la Conferencia Mundial en Educación Médica sobre los “Estándares Globales en Educación Médica para una mejor Asistencia Sanitaria” que la WFME celebró en el año 2003⁵.

A continuación se presenta un marco teórico con la revisión bibliográfica de los aspectos relevantes en esta investigación.

1.1.2 El aprendizaje en adultos

Antes de abordar los aspectos del aprendizaje de los médicos, es interesante asomarse al concepto del aprendizaje en adultos. *Roger Ruiz (2009)* en su libro *Educación médica*⁶ hace referencia a los 3 grandes dominios del aprendizaje: el conocimiento, las habilidades y las actitudes, que se corresponden con “qué hacer”, “cómo hacerlo” y “por qué”. El conocimiento teórico puede adquirirse mediante la lectura o escuchando a otros, las habilidades se aprenden observándolas y practicándolas, las actitudes se interiorizan mejor mediante modelos. El proceso de pensar sobre los propios pensamientos y sentimientos requiere de la experiencia práctica y de la reflexión. La perspectiva de un aprendizaje experiencial (metacognitivo) enfatiza también la importancia de los pensamientos y sentimientos que se generan durante el aprendizaje.

Pero ¿qué es el aprendizaje? En el S. XVII, prevalece la idea de que el conocimiento deriva de la experiencia. John Locke (1690) considera que la mente es como una hoja en blanco al nacer, que adquiere el conocimiento a través de la experiencia de los sentidos. Esta idea es desarrollada posteriormente por los conductistas como *Skinner (1954)*, que demuestra que algunas formas de aprendizaje se adquieren por un sistema simple de estímulo-respuesta (ej: premio-mejora conducta). *Chomsky (1975)* considera que las teorías conductistas no explican la adquisición de habilidades “superiores”, como por ejemplo el lenguaje, por lo que sugiere que el cerebro está programado para adquirir estas habilidades, que se desarrollan y modifican por la experiencia. *Piaget (1952)*, constructivista-cognitivo, considera que la adquisición de cada tipo de conocimiento, se relaciona con una etapa diferente de la vida. *Vigotsky (psicólogo ruso 1896-1934)* introduce el concepto de “zona de desarrollo próximo” que es la zona donde se sitúan las habilidades que aún están por desarrollar. El maestro, habitualmente un adulto competente cercano, es quien puede prestar ayuda para cruzar esta zona. Los nuevos conocimientos (creación

de conceptos) deben asociarse o relacionarse con conocimientos previos ya almacenados. Posteriormente, se desarrollan las teorías sociales del aprendizaje, donde destacan las aportaciones de *Albert Bandura (psicólogo canadiense, 1925)*. Su modelo resalta la importancia de la observación para fijar patrones de comportamiento^{7,8}, centrándose en la interacción entre el aprendiz y el entorno social. No es sólo la experiencia (teorías conductistas), sino también la observación, lo que influye en el aprendizaje. Multitud de experimentos con niños y adultos han desarrollado nuevos conocimientos en este campo. El aprendizaje está ligado a ciertos procesos de refuerzo positivo o negativo. Diferentes estudios concluyen sobre la mayor importancia del impacto del refuerzo positivo respecto al castigo (refuerzo negativo). Los principios de aprendizaje social permiten suponer que la mayoría de las personas adquieren una conducta discriminativa de autocontrol como consecuencia de su exposición a modelos observados en otros y como resultado de los distintos patrones de refuerzo en el pasado. En relación a la conducta verbal, prevalece el aprendizaje por imitación.

A finales del S. XX se vislumbra la diferencia entre la manera de aprender de niños y adultos y se propone el término “andragogía” en sustitución del término “pedagogía” para definir el proceso de aprendizaje en adultos. La diferencia más importante entre ambos radica en la diferente motivación para aprender. *Malcolm Knowles (USA, 1913-1997)*, define las 6 diferencias que distingue el aprendizaje de adultos y niños:

- Necesidad de saber: “¿Por qué necesito saber esto?”
- Capacidad de autodirigirse: “Soy responsable de mis propias decisiones”.
- Rol de las experiencias del aprendiz: “Tengo experiencias previas que valoro, y tú deberías respetarlas”.
- Disposición para aprender: “Necesito aprender porque mis circunstancias están cambiando”.
- Orientación del aprendizaje: “Lo que aprendo es aplicable a mi situación laboral-personal”.
- Motivación: “Aprendo porque quiero aprender”.

Siguiendo la línea de estos autores, *Mezirow* describe la “andragogía” como el esfuerzo organizativo y mantenido para ayudar a los adultos a aprender de forma que incremente su capacidad para funcionar de manera autodirigida. Otras características especiales del aprendizaje en el adulto son:

- La horizontalidad (enseñanza adulto-adulto)
- La flexibilidad temporal que respete otras responsabilidades (familiares, económicas...)

- El respeto que permita el desarrollo creativo de las habilidades.

David Kolb (1939-) une la experiencia con la conceptualización abstracta a través de la reflexión y la experimentación conformando un proceso cíclico⁹ (Figura 2).

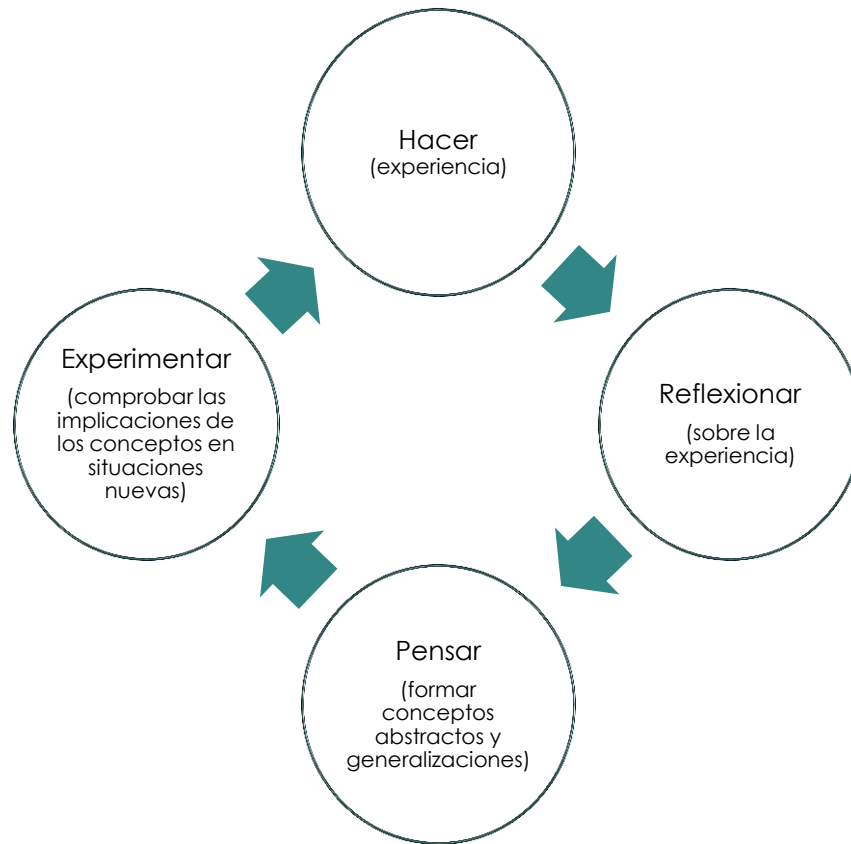


Figura 2. Ciclo del aprendizaje experiencial (adaptado de Kolb)

Es importante diseñar actividades de aprendizaje que permitan la continuidad del ciclo. Para Kolb hay 4 funciones para los formadores, que según su peso conforman diferentes estilos: “comunicador de información”, “guía o maestro de tareas”, “coach o ayudador” y “modelo de rol”. Las aportaciones de Kolb han sido cuestionadas en un meta-análisis por su baja validez y fiabilidad (Coffield et al., 2004). ¿Qué piensan los médicos mientras actúan?, es el eje que Schön (1930–1997) desarrolla en profundidad hablando de la práctica reflexiva. Aborda dos cuestiones interesantes: La reflexión en la acción, ¿qué ha pasado?, pero también la reflexión sobre la acción, referida a las preguntas de cómo el proceso se ha llevado a cabo y cómo de riguroso o apropiado ha sido el uso del material o el conocimiento.

Por último, mencionar el documento “La naturaleza del Aprendizaje” del Centre for Educational Research and Innovation de la OCDE (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico)¹⁰, donde recuerda que las emociones y la motivación son los guardianes del

aprendizaje. La emoción y la cognición operan consistentemente en el cerebro para guiar el aprendizaje. Las emociones positivas estimulan el recuerdo a largo plazo mientras que las emociones negativas pueden interrumpir el proceso de aprendizaje en el cerebro. Esto tiene implicaciones significativas para la docencia si los estados emocionales negativos son resultado de experiencias en el momento del aprendizaje. Igual que con las emociones, el que exista una motivación positiva hacia una tarea de aprendizaje aumenta notablemente la probabilidad de compromiso con un aprendizaje profundo y eficaz. Las expectativas de los docentes tienen un impacto importante en los resultados de los discentes, y por ello dichas expectativas necesitan ser ambiciosas, pero alcanzables.

En 2013, Taylor y Hamdy hacen una recopilación de las teorías del aprendizaje en adultos en educación médica en la Guía 83 de la BEME¹¹: La aplicación de los principios del aprendizaje en adultos en relación a la educación médica, probablemente necesita cambios en la percepción de los roles de educadores y aprendices. Los educadores deberían considerarse a ellos mismos educadores y aprendices. El rol de “aprendiz” consiste no sólo en recibir conocimientos sino en buscar, preguntarse, construir conocimiento y cambiar sus propia percepción, visión y creencias.

1.1.3 La educación médica: definición y evidencias

Es un reto de muchos docentes utilizar las bases del aprendizaje en adultos para adentrarse en la educación médica.

La Educación Médica (referida en la literatura como Continuing Medical Education – CME) es el conjunto de actividades educativas que sirven para mantener, desarrollar y mejorar los conocimientos, habilidades, práctica clínica y relaciones personales que el médico utiliza para proveer servicios a los pacientes, a la población general o a la profesión. El contenido de la CME es ese cuerpo de conocimiento y habilidades generalmente reconocidos y aceptados por la profesión, así como dentro de las ciencias médicas básicas, la disciplina de la medicina clínica y la provisión de salud a la población.

Figura 3. Definición de Educación Médica según la ACCME (Accreditation Council for Continuing Medical Education). www.accme.org

Tras la revisión de 50 ensayos clínicos relativos a la CME aparecidos entre 1992 y 2002, Mazmanian y Davis¹² amplían la definición de CME en la que incluyen 8 tipos de intervenciones para ser estudiadas y valoradas: 1) los materiales educativos (recomendaciones clínicas), 2) las conferencias y talleres, 3) los encuentros con los formadores, 4) la opinión de otros colegas, 5) la

información de los pacientes a los médicos, 6) el audit/feedback, 7) el uso de recordatorios de actividades a realizar y 8) las intervenciones multifaceta con combinaciones de las anteriores.

El análisis pone de relieve tres hallazgos consistentes:

- La evaluación de las necesidades como precursor de cambio^{13, 14}. Las mejoras en el conocimiento, comportamiento y/o habilidades, se asocian con una necesidad de cambio identificada previamente.
- La oportunidad para practicar las habilidades aprendidas en el propio taller. Las actividades educativas que utilizan técnicas interactivas, como discusión de casos o sesiones de ejercicios prácticos, generalmente son más efectivas en cambiar el comportamiento y mejorar los resultados con los pacientes. Los talleres interactivos pueden mejorar los conocimientos y las habilidades, mientras que las sesiones didácticas aisladas no cambian la práctica habitual de los profesionales^{13, 15, 16}.
- Las actividades educativas secuenciadas y multifacéticas^{13, 17}. Los médicos deberían escoger actividades educativas con objetivos claros y con la oportunidad de progresar de forma gradual hacia dichos objetivos.

Descubrimientos de las investigaciones	Lo que los médicos en formación pueden hacer	Lo que los formadores pueden hacer
Los efectos son inconsistentes independientemente de médicos, escenarios o comportamientos: es necesaria una evaluación de las necesidades.	<p>Establecer metas de aprendizaje basadas en los datos de rendimiento.</p> <p>Seleccionar las actividades educativas necesarias para lograr el objetivo o las que ayuden a identificar lo que se necesita.</p>	<p>Proporcionar datos fiables que permitan a los médicos ver los niveles actuales de desempeño en comparación con un rendimiento óptimo.</p> <p>Proporcionar al médico la oportunidad de reflexionar sobre los niveles actuales y los niveles deseados de actuación.</p>
El aprendizaje interactivo y la oportunidad de practicar las habilidades pueden aportar cambios.	<p>Seleccionar las actividades educativas diseñadas para conocer las necesidades clínicas propias y las de aquéllos con quien se trabaja en un equipo de atención médica.</p> <p>Buscar seminarios, talleres u otras actividades con expertos que puedan mejorar conocimientos y habilidades.</p> <p>Seleccionar actividades que permitan aprender y aplicarse en la práctica.</p>	<p>Ofrecer apoyo para ayudar a los médicos a especificar las metas que son alcanzables y medibles.</p> <p>Habilitar espacios de comunicación agradable entre individuos o equipos que participan en actividades educativas.</p> <p>Posibilitar a médicos o equipos la puesta en práctica de lo aprendido.</p> <p>Ayudar a los médicos a reflexionar sobre lo conseguido en una formación para elegir lo que podría aprenderse a continuación.</p>

Descubrimientos de las investigaciones	Lo que los médicos en formación pueden hacer	Lo que los formadores pueden hacer
Las actividades secuenciadas y multifacéticas pueden aportar cambios en los resultados.	<p>Participar en las actividades de aprendizaje con objetivos instructivos indicando claramente lo que va a saber o ser capaz de hacer a medida que avanza de un nivel de conocimiento o habilidad a otro.</p> <p>Elegir actividades educativas que le permitan avanzar de forma escalonada (por ejemplo, durante un período de días o semanas en lectura, seminarios o sesiones de aplicación de habilidades).</p>	<p>Diseñar actividades con el objetivo de ayudar a médicos o estudiantes a adoptar el cambio, asegurando las ventajas respecto a comportamientos actuales.</p> <p>Medir los resultados de las actividades educativas destinadas a mejorar la atención clínica.</p> <p>Evaluar los efectos de las mejoras clínicas y en educación, incluyendo la ejecución del presupuesto.</p>

Tabla 1. Hallazgos de la revisión sobre CME: Lo que los médicos en formación y los formadores pueden hacer para mejorar la efectividad de la CME¹²

Otra revisión sistemática realizada por Cervero y Gaines en 2014¹⁸, concluye que la CME mejora la práctica y los resultados en salud, tiene mayor impacto en la práctica médica que en los resultados de salud, y que los mayores impactos se obtienen cuando la formación es más interactiva, es multifacética, con varias exposiciones, prolongada y focalizada en resultados que puedan ser considerados importantes por los médicos.

Los estudios que utilizan técnicas interactivas, como discusión de casos, role-play o ejercicios prácticos son, en general, más efectivos. Las sesiones que se realizan de forma secuenciada parecen tener mayor impacto, ya que lo aprendido se puede transportar a la práctica y puede ser reforzado o discutido en sesiones posteriores. Esto puede explicar el éxito de las intervenciones secuenciadas. Estos dos hallazgos encajan con los principios promovidos por educadores de adultos, que describen el éxito en la educación para adultos como centrada en el discente, activa en lugar de pasiva, relevante para las necesidades del aprendiz, atractiva y reforzada de forma positiva¹². La teoría de la comunicación sugiere que el mantenimiento de la interacción entre formadores y aprendices puede crear puntos de encuentro que acorten distancias entre ambos.

Cuestiones acerca de las fortalezas y debilidades de los estudios que se realizan, han sido motivo de trabajos como el de Mathieu et al. (2007)¹⁹, en el que expertos reconocidos plantean la necesidad de desarrollar campos de investigación libres de las necesidades institucionales, no repetitivos, desarrollados en un ámbito concreto e inmersos en un marco teórico sólido. La investigación en educación médica busca aportar luz en los procesos de aprendizaje y en la adquisición de habilidades de estudiantes de medicina y médicos en activo.

1.1.4 Herramientas de formación y aprendizaje

Las herramientas disponibles en el ejercicio docente son muy numerosas. En 2009, una recopilación de 17 técnicas y métodos educativos, con sus definiciones, así como un resumen con los 6 tipos de simulaciones más significativos en educación médica, fueron elaborados por la Johns Hopkins University y la University of Mississippi²⁰.

A continuación se comentarán las más relevantes para la formación en Entrevista Motivacional.

1.1.4.1 Clase magistral o conferencia

El estilo magistral de transmisión de conocimiento puede ser un método adecuado en muchas circunstancias, especialmente para comunicar conocimientos conceptuales y sistemáticos. Charlton explica²¹ que la razón por la que este método supera al de la transmisión escrita de conocimiento podría estar en que hay una aptitud humana espontánea de aprendizaje a partir de la transmisión oral, mientras que la transmisión escrita no deja de ser algo relativamente reciente en la historia de la humanidad. Otra razón es que, respecto a un método de transmisión de conocimiento basado en la lectura de documentos escritos, la presencia de un profesor hace más fácil para los estudiantes el estar atentos. La psicología humana está adaptada a recibir información oral, y a hacerlo rodeados de más personas, como animal social²¹.

La preparación de una buena conferencia o clase magistral requiere, según Azer²², adaptarse a la estructura del curriculum en que se encuadra, conocer a la audiencia, incidir en los principios fundamentales que se quieren transmitir, no focalizar en los detalles, organizar adecuadamente los contenidos, pensar estrategias para implicar a los alumnos, estimular el pensamiento crítico, entrenarse en habilidades de comunicación y animar a los estudiantes a preguntar y a proporcionar feedback.

Otros autores, como Erren, incluyen entre sus consejos para los conferenciantes “ser responsable” (hacer aprovechar el tiempo a los alumnos), identificar las necesidades de los asistentes, tener en cuenta las diferencias entre las clases universitarias (donde se presentan hechos contrastados por la evidencia) y las conferencias (donde se pueden presentar teorías o datos experimentales), complementar la palabra con medios visuales, observar a la audiencia y responder a sus reacciones, usar un tono apropiado, incluir información sobre historia de la ciencia (cómo se descubrió...), ajustarse al tiempo asignado, preparar un pequeño manuscrito sobre lo que se va a decir (dependiendo de las circunstancias) o preparar la conferencia con tiempo²³.

Este estilo de transmisión de conocimiento permite proporcionar una descripción general o sus detalles, explicar aspectos clave, reflexionar sobre experiencias personales, mostrar evidencias y resultados obtenidos de la investigación o incluso motivar a los alumnos. No obstante, este estilo ha sido criticado por sus limitaciones: excesivamente centrado en el profesor, no enseña las habilidades psicomotrices necesarias para la resolución de problemas, gestión de pacientes o desarrollo de actitudes profesionales, no son interactivas y no garantizan que los materiales aprendidos se incorporen a la práctica diaria²².

En un estudio realizado por profesores del Hospital de Chicago sobre alumnos participantes en cursos de emergencias médicas, éstos valoran principalmente las conferencias cuyo diseño tiene un alcance manejable en el tiempo asignado y unos objetivos claros. Sobre la forma de comunicar, se valora sobre todo el conocimiento del material/transparencias y el entusiasmo del profesor. Sobre los problemas más graves que hacen fracasar una clase o conferencia, destacan la monotonía del conferenciante, el mal uso del tiempo (demasiado larga), el mal uso del ritmo (demasiado lenta/rápida)²⁴.

1.1.4.2 Formular preguntas (questioning)

Las preguntas forman parte del lenguaje y son una parte esencial de la comunicación. Las preguntas interpelan “al otro”, buscan conocerle a través de sus respuestas. Saber elaborar buenas preguntas que faciliten la comunicación en lugar de tensarla o bloquearla es una tarea que se puede mejorar, por tanto es susceptible de ser enseñada. Una de las funciones en el uso del lenguaje por parte del formador es activar al discente para descubrir y generar curiosidad en el entorno clínico, es decir, implicarlo y responsabilizarlo de su aprendizaje. Dice Giner de los Ríos de Miguel de Unamuno: “Era tan hombre y tan maestro... era su vida pensar y hacer pensar y sentir... “ La función principal del maestro no es dar información sino generar y acompañar su búsqueda.

La calidad de nuestro pensamiento está en la calidad de nuestras preguntas. Las preguntas en una mente viva, generan nuevas preguntas y provocan la transformación de unas en otras. Este proceso estimula nuevas maneras de pensar y abre caminos para seguir, provocando el desarrollo del pensamiento crítico²⁵.

El uso de preguntas abiertas y cerradas es una habilidad básica de la profesión médica, cuya definición no se considera necesaria en este punto. Sin embargo, cabe mencionar que la utilización oportuna de éstas, sí forma parte de la buena praxis médica.

Una pregunta abierta es como una puerta abierta porque no se sabe con antelación adónde llevará la respuesta. Así, el docente, como el médico, debe dominar el arte de saber escoger la

pregunta adecuada al momento. La pregunta abierta ayuda a reflexionar y a elaborar la respuesta, en contraposición a las preguntas cerradas que al ser dicotómicas (sí/no) favorecen el automatismo no reflexivo en la respuesta. Durante los procesos de vinculación (docente y discente), el uso de preguntas ayuda a conocer el marco de referencia interno del entrevistado²⁶.

Preguntar al alumno implica pedirle a éste que realice una determinada operación mental. En función de la pregunta, la operación puede implicar apelar a la memoria de datos, demostrar la comprensión de un mecanismo (¿por qué...?), aplicación de conocimientos a casos, análisis de información, síntesis de información o evaluación de una situación⁶.

1.1.4.3 Talleres (workshop)

Un taller es un encuentro formativo donde uno o más expertos imparten unos conocimientos teóricos concretos. Los participantes realizan trabajos en equipo o desarrollan algún tipo de actividad que les permite llevar esa teoría a la práctica. La combinación entre la disertación del experto/s y el trabajo llevado a cabo por los discentes durante el encuentro constituye su característica principal. A diferencia de otros eventos como conferencias o debates, el workshop promueve la participación activa de los asistentes, es decir, quien asiste a un taller no se limita a ser espectador u oyente, sino que también se involucra en determinadas actividades propuestas por los organizadores. La interacción entre los asistentes y entre éstos y el docente, fomenta el trabajo en equipo y fortalece el aprendizaje.

En la revisión Cochrane *Continuing education meetings and workshops: effects on professional practice and health care outcomes*²⁷, se plantean 3 preguntas: 1) ¿Son los eventos educativos y talleres, solos o en combinación con otras intervenciones, efectivos en mejorar la práctica profesional o los resultados en salud?, 2) ¿Cómo se compara la efectividad de los eventos educativos con otras intervenciones? Y 3) ¿Pueden realizarse los eventos educativos de una manera más efectiva modificando la manera de llevarlos a cabo?. Se estudian los ensayos publicados entre 1999 y 2006, incluyéndose finalmente 30 estudios, definen una escala para medir el grado de cumplimiento de la práctica profesional ideal, y la aplican a los diferentes grupos (control, experimental) y se concluye lo siguiente: respecto a la ausencia de formación, los eventos educativos que combinan métodos interactivos y didácticos, confieren una mediana ajustada de diferencia en la medida del grado de cumplimiento de la práctica profesional ideal de 13.6, mientras que en los únicamente didácticos es de 6.9, y en los únicamente interactivos de 3.0. Otra conclusión es que la mayor asistencia a los eventos educativos se asocia a un mayor grado de cumplimiento de la práctica profesional con $p < 0.01$.

1.1.4.4 Role-play

El role-play o representación de papeles es una estrategia de enseñanza derivada de modelos de aprendizaje social. El role-play ha tenido éxito en ayudar a las personas a aprender una variedad de habilidades que incluyen la comunicación y habilidades de escucha activa, la empatía, habilidades de trabajo en equipo, las habilidades de resolución de problemas, y la comprensión conceptual. Es aplicable en una variedad de disciplinas, incluyendo matemáticas, ciencias, ciencias sociales, educación médica y consejo médico. Rao y Stupans desarrollan una tipología²⁸ para clasificar las oportunidades de aprendizaje en función del tipo de role-play y sus resultados educativos, con tres grandes: intercambio de rol (ponerse en el lugar de otro), actuación en un escenario hipotético (practicar habilidades), “casi vida real” (desarrollar capacidad de autoanálisis).

El comportamiento cooperativo entre los estudiantes es un estímulo intelectual que es mejor aceptado que las sesiones formativas²⁹. En el ámbito de la educación médica, el role-play escenifica una entrevista clínica (médico-paciente) u otra interacción personal (ej. médico-administrativo). Se trata de llevar al “teatro” una situación real o imaginaria relacionada con aquello que se quiere aprender. El guión puede estar escrito previamente (estructurado), o bien, puede ser un diálogo libre encuadrado dentro de un personaje definido previamente.

En el role-play, por el hecho de tener que representar el papel del paciente, se trabaja el concepto de empatía y de escucha activa, pero puede utilizarse para abordar cómo manejar otros aspectos de la comunicación especialmente la interacción clínica: dar información, malas noticias, negociar o trabajar en equipo.

El intercambio del rol es especialmente interesante como estrategia docente para trabajar la empatía y la argumentación: el alumno A es el paciente y el alumno B es el médico, a continuación intercambian los papeles o roles. Un tipo de role-play es el Ejercicio de 3x3³⁰: el rol de médico, el rol de paciente y un observador son representados por 3 alumnos; pasados unos minutos cambian de rol y así sucesivamente, como en una rueda. Cada discente acabará trabajando los tres roles.

En una revisión publicada en la *Canadian Medical Education Journal* (2013) para evaluar los programas de formación que mejoran el traspaso de pacientes entre médicos priorizando la seguridad del paciente²⁹, algunos estudios muestran la eficacia del role-play en los médicos del área postquirúrgica para completar eficazmente el traspaso de información en el cambio de turno.

Existen evidencias contrastadas de la efectividad del role-play como estrategia de formación en habilidades de comunicación para médicos³¹⁻³⁴.

Comparado con otras herramientas docentes, tiene unos menores costes asociados, ya que los mismos alumnos son los participantes en el role-play (en comparación con el uso de pacientes estandarizados)³⁵.

1.1.4.5 Estudio de casos: reflexión de casos clínicos

El estudio de casos es la aplicación del método científico al estudio de un evento real y complejo en su conjunto. El objetivo de esta técnica es describir un evento, comprenderlo, tomar decisiones respecto a él y entrenar la toma de decisiones con respecto a cualquier evento similar. Se trata de una metodología de adquisición de conocimientos que ayuda a comprender el significado de una experiencia para orientar la toma de decisiones colectiva en la resolución de problemas⁹. El caso clínico consiste en la presentación comentada de un paciente, o grupo de pacientes, que se convierte en “caso”, en un ejemplo o modelo que ilustra algún componente clínico peculiar, bien por su poder docente o por su singularidad o rareza³⁶.

Un caso clínico integral debería incluir la mayor parte de los siguientes aspectos: datos biopsicosociales; cuantitativos y cualitativos; experiencia de la enfermedad; varios actores (paciente, familia, comunidad); historia biográfica (proyectos, expectativas...); relación médico-paciente-familia-contexto; valoración de aspectos familiares y comunitarios (recursos, puntos fuertes y débiles, relaciones...), diagnóstico y tratamiento³⁷.

Metodología para el estudio de un caso clínico⁹:

- Definición del problema: ¿de qué se trata? Presentación y deliberación del caso en grupo.
- Análisis del problema: ¿por qué es así? Información complementaria, emisión de juicios y evaluaciones.
- Elaboración de soluciones: ¿cuáles son las posibilidades a escoger? Describir y evaluar alternativas, valorar factores relevantes condicionantes.
- Toma de decisiones ¿qué alternativa/s escoger para resolver el problema? Decidir la solución que se estima más adecuada.
- Reflexión sobre la aplicabilidad de las decisiones ensayadas en el estudio del caso, aplicándolas a problemas similares: conceptualización y aplicación de la teoría.

Los autores de *El caso clínico en medicina general*³⁶ (Gervás et al.) sugieren que las posibilidades docentes de la presentación de un caso clínico en Atención Primaria se pierden por completo cuando se pretende copiar el modelo de caso clínico clásico, el típico de los hospitales; por lo que

sugieren que el caso clínico en medicina general incluya información sobre los siguientes aspectos:

- La estructura familiar del paciente y el impacto de la enfermedad en la misma. Lo relevante es entender la repercusión del enfermar en su estructura familiar.
- La situación laboral del paciente y la repercusión de la enfermedad en la misma.
- Las características socioculturales del paciente. Se busca comprender el medio en que vive el paciente para valorar el impacto de enfermar y del proceso de atención, según la situación social y la cultura del paciente.
- Los problemas de la accesibilidad.
- El proceso diagnóstico y el proceso terapéutico.
- Los aspectos personales de los profesionales, relevantes en el proceso de atención al caso.
- La evolución del paciente.

El caso clínico usado en medicina es una gran herramienta para la práctica, la investigación, la reflexión moral y la formación³⁷, con ellos puede mejorarse la calidad científico-técnica y humana, y casi todos ellos encierran un reto intelectual. La práctica diaria en Atención Primaria es una fuente continua de formación continuada si se explora con sinceridad y con la metodología apropiada³⁶.

1.1.4.6 Incidente crítico

La técnica del incidente crítico es desarrollada por Flanagan en el año 1954 en el *American Institute for Research* y la *University of Pittsburgh* a partir de estudios llevados a cabo en el Programa Psicológico de Aviación de las Fuerzas Armadas del Aire en la Segunda Guerra Mundial³⁸. Según su definición clásica, los incidentes críticos (IC) son aquellos sucesos de la práctica profesional que causan perplejidad, crean dudas, producen sorpresa, molestan o inquietan al profesional por su falta de coherencia o por haber presentado resultados inesperados. Son sucesos de la práctica habitual extraídos de la propia experiencia, que impactan positiva o negativamente y que motivan la reflexión. El término crítico no implica en este caso gravedad extrema o riesgo vital, sino que hace referencia a sorprendente, inesperado o inquietante para el que analiza su propia práctica. Un IC exige habitualmente improvisar una respuesta de forma rápida. Las consultas urgentes, los problemas surgidos por una mala comunicación con el paciente, los errores de la práctica médica son, entre otros, marcos en los que acontecen los IC.

El análisis del IC es una herramienta diseñada con tres objetivos fundamentales: la mejora de la calidad asistencial, la prevención de errores y la reflexión sobre valores o actitudes profesionales.

Se realiza mediante el informe de incidentes críticos (IIC), que consiste en una descripción estructurada en la que el profesional que ha vivido o presenciado un suceso imprevisto lo relata por escrito. La utilidad de narrar un IC radica, en primer lugar, en el principio de aprender a partir de los errores, ya que permite adoptar medidas para evitar que se repitan en el futuro. Ello revierte en una mayor seguridad de los pacientes. En segundo lugar, el hecho de aceptar los propios errores y tener la oportunidad de compartirlos, ayuda a superarlos y puede prevenir el burn-out de los médicos. El IIC pone límites a la negación del evento y recoge la experiencia subjetiva de quien vive el episodio, con lo que le ayuda a reconducir las emociones de forma constructiva. Así pues, los IC se integran en el marco de la deliberación ética orientada a la mejora continua de calidad.

Ana M Costas y Carlos Almendros (2010) desarrollan la metodología en la web de Fistera dirigida a los MF³⁹. El IIC recoge los aspectos objetivos del caso, las vivencias subjetivas, emociones y la valoración de lo sucedido. Se estructura de la siguiente forma:

1. Descripción estructurada del caso
 - Contexto. Lugar en el que sucede, secuencia temporal lógica, personas implicadas.
 - Descripción del suceso, en forma narrativa, intentando reproducir las palabras utilizadas en la situación real.
2. Descripción de las emociones despertadas en el profesional y observadas en las personas implicadas.
3. Afrontamiento de la situación por parte de todos los implicados.
4. Resultado de la actuación. Efectos, problemas o consecuencias en las diferentes personas implicadas.
5. Dilemas planteados. Hay que contestar a preguntas como ¿qué dificultades me ha planteado este caso?, ¿podría haberlo resuelto de otra manera?
6. Detección de necesidades de aprendizaje y aplicabilidad de lo aprendido en situaciones similares.

El análisis de este informe puede ser hecho por el protagonista junto a un experto, que aporte feedback con estilo reflexivo, o bien, grupal con otros profesionales.

Tanto en el campo de la formación de postgrado como en el de la bioética, el análisis de incidentes críticos es una alternativa novedosa para abordar los problemas de calidad y aprender de los errores. Las Unidades Docentes lo incluyen en sus programas de formación durante la residencia de MF con el objetivo de formar a los residentes en la reflexión sobre las propias acciones y hábitos.

El objetivo fundamental del IC es la reflexión sobre la propia práctica clínica y el descubrimiento de las necesidades específicas de mejora.

1.1.4.7 Recordatorios (reminders): micropíldoras

Un recordatorio es una herramienta de aviso, advertencia, comunicación u otro medio que tiene el objetivo de recordar y hacer presente un hecho, un concepto, una idea o un evento. Constituye un elemento de soporte visual que se utiliza con el fin de no olvidar aquello que anuncia. El diseño depende de aquello que pretenden recordar, suele tener un aspecto atractivo que combina la palabra y la imagen.

Las nuevas tecnologías tienen la ventaja de posibilitar la educación a distancia, permitiendo que la información sea personalizada, flexible, interactiva, atemporal y sin barreras espaciales. No sustituyen a la docencia presencial, sino que la complementan⁶. El concepto de píldora o micropíldora formativa aparece en la última década junto con el desarrollo de las nuevas tecnologías. Es en el entorno del e-learning y en el mundo de la información donde se desarrolla este concepto. Se busca un aprendizaje eficaz y atractivo para el usuario, consumible y a medida de la disponibilidad del que quiere aprender. Las píldoras formativas son unidades conceptuales y formativas diseñadas con un método pedagógico, pensadas para ser consumidas de forma autónoma.

La European Commission puso en marcha el Lifelong Learning Programme Leonardo da Vinci en el que España participa, el cual incluye un apartado de “Knowledge Pills Methodology” (www.en.edupills.eu).

Una micropíldora es una unidad pequeña de conocimiento que puede ser usada bajo una perspectiva de formación just-in-time.

Figura 4. Concepto de micropíldora formativa

Las micropíldoras pueden utilizarse como unidades formativas independientes, como complemento a un curso de mayor duración, o bien, como parte de un programa de formación. Estas condiciones las convierten en uno de los formatos preferidos hoy en día por las empresas para la formación de sus colaboradores, así como por algunas universidades. En la Universidad La Laguna (Tenerife) los propios estudiantes desarrollan micropíldoras, que consisten en vídeos que ofrecen un resumen con los conceptos clave de las actividades que han desarrollado. Para su diseño tienen en cuenta cuatro aspectos básicos: 1) funcionalidad, 2) pedagogía, 3) principios técnicos y legales y 4) estrategia de marketing. Los resultados de un estudio llevado a cabo en dicha universidad demuestran que las micropíldoras son un método apreciado por los estudiantes

por ser consumibles, poderse compartir de forma fácil y por ser útiles para la comprensión de nuevos conceptos. También muestra una mejora en la forma de trabajar y en la implicación de los estudiantes⁴⁰.

Hoy en día, las universidades tienden a promover un aprendizaje centrado en el discente, creando un clima interactivo y motivante para los estudiantes y el profesorado. Un programa llevado a cabo por dos universidades españolas, introduce las micropíldoras en el Programa Formativo de Química. En él los profesores diseñan un cuestionario virtual con problemas de química en los que, si el estudiante tiene dudas, puede consultar una micropíldora en la que aparece una breve explicación del profesor que ayuda a la resolución del ejercicio. Tanto estudiantes como profesores coinciden en que se trata de una herramienta útil para mejorar el proceso de aprendizaje de los estudiantes⁴¹.

La integración de elementos multimedia tales como el vídeo, audio, gráficas o infografías, favorece un proceso de aprendizaje fluido y dinámico a través de la creatividad e interactividad. La combinación de la palabra y la imagen resulta de gran utilidad porque genera dos representaciones mentales diferentes (verbal y visual) lo que le permite establecer enlaces referenciales entre ambas. El procesamiento del patrón visual incorpora la identificación de los elementos básicos de la escena, así como su localización y las relaciones estructurales que mantienen. El procesamiento del texto o narración da lugar, por su parte, a una representación proposicional, que incorpora, fundamentalmente, conceptos y relaciones entre ellos a distintos niveles jerárquicos. Ambas representaciones van generándose en paralelo y los dos flujos de procesamiento tienen la posibilidad de influirse mutuamente⁴².

La accesibilidad es otra de sus características. Hablamos siempre de contenidos 100% accesibles desde cualquier ordenador y/o dispositivo móvil, lo que asegura que el usuario los pueda consultar en el momento en que lo necesite y tantas veces como requiera, mejorando así la eficacia de la transferencia de conocimiento, lo que constituye una de las bases de su efectividad.

La micropíldora puede ayudar en la formación como complemento de otras herramientas, ya que permite reflexionar sobre conceptos breves en momentos elegidos sin la necesidad de leer largos textos. Es una nueva forma de transmitir conocimientos, permite una transmisión continua en el tiempo, con un ritmo adecuado y aceptado por el que aprende, ya que se puede encuadrar dentro del trabajo diario de una forma no sistemática (sin horario predefinido).

Todavía no existen estudios de eficacia que comparen esta metodología con otra más tradicional sin soporte de imagen en cuanto a herramientas formativas. Sí se han realizado múltiples estudios que utilizan reminders en forma de mensajes de texto (sms) a pacientes y que demuestran que

mejoran la adherencia al tratamiento⁴³ o que disminuyen el olvido y la ausencia en las visitas concertadas⁴⁴, entre otros.

1.1.4.8 Feedback docente

El feedback es la información dada a propósito de la observación de una práctica, con el fin de mejorar el comportamiento y/o conocimiento a través de la reflexión. El término feedback apareció en la ingeniería espacial en 1940, con el diseño de alarmas creadas para que los sistemas eléctricos alertasen de las desviaciones en los objetivos. Norbert Weiner, padre de la cibernética, extendió el concepto a las humanidades, relacionando el feedback con el aprendizaje: “Si la información que procede del feedback es capaz de cambiar el método general y el patrón de la práctica, podemos llamar al proceso aprendizaje⁴⁵”. Posteriormente se ha utilizado en muchos campos. Se trata de una herramienta que consiste en informar al discente sobre cómo se ha comportado en relación a una situación. Esta información de mejora se realiza en forma de sugerencia. La clave para que el feedback o retroalimentación sea efectivo, reside en que se preserve la autoestima del discente, pues así se obtiene una respuesta más positiva a las recomendaciones y se evitan posturas defensivas. El objetivo del feedback es informar y ayudar al que aprende a descubrir e incorporar aquellos comportamientos profesionales que son adecuados para desempeñar correctamente su función⁶.

El feedback y la práctica son las estrategias más efectivas para ayudar a aprender y a mejorar las habilidades comunicativas^{46,47}. El feedback es el componente central de la evaluación formativa⁴⁸ que se abordará más adelante y el corazón de la educación médica⁴⁹.

Pendleton (1987) es uno de los primeros que destaca la importancia del feedback de calidad, estableciendo cuatro criterios para conseguirlo: 1) clarificar brevemente cualquier asunto o acontecimiento, 2) animar al alumno a que sea el primero en realizar un comentario sobre su actuación, 3) resaltar inicialmente lo que ha hecho bien y 4) realizar recomendaciones en lugar de críticas³⁰.

Otra norma fundamental en el feedback es el respeto. El docente debe proteger a las personas y al grupo de intervenciones de otros discentes que puedan resultar hirientes. Si ocurren, debe reconducirlas de inmediato y ocuparse de crear un clima cómodo.³⁰ Las características de un docente que aporta un buen feedback son: ser oportuno, descriptivo sin juzgar, veraz, no avergonzante, constructivo y específico. Un buen feedback se centra en los hechos y conductas y no en la personalidad, es importante ser sensible y selectivo a la hora de abordar los temas^{9,50,51}.

Visto de otro modo, sin feedback los errores no se modifican, las buenas prácticas no se refuerzan y la competencia clínica se alcanza de forma empírica o de manera incompleta. Todos los médicos

empiezan con “incertidumbre” su ejercicio profesional, la cual se amplifica cuando no se recibe feedback⁵². Si el feedback no aparece, la reacción humana suele ser la de generar valoraciones subjetivas sobre la propia práctica creando opiniones que pueden no ajustarse a la realidad.

Evidencia del feedback

La literatura avala fuertemente esta herramienta docente para el refuerzo y la mejora constante del aprendizaje. La AMEE dedica su guía Nº 31 a la evaluación en el puesto de trabajo como una herramienta educativa⁵³. En ella se resumen diversas evidencias sobre la eficacia del feedback. En primer lugar presenta el estudio de Hattie en 1999⁵⁴, sobre educación en general, donde tras analizar 12 meta-análisis concluye que el efecto del feedback es 0,79 (mejora la media de un test final en 0,79 frente a 0,4 como efecto medio de otros factores de escolarización). De todos los posibles tipos de feedback, el de mayor impacto es el que proporciona información sobre la realización de una tarea y cómo hacerla más eficientemente, por encima de reconocimientos, premios y castigos.

En la guía BEME Nº7 Velosky et al. (2006)⁵⁵ analizan el efecto del feedback sobre la práctica clínica. En esta revisión se identifican 220 estudios desde 1966 a 2003, 41 de los cuales evalúan el efecto independiente del feedback en el rendimiento del médico, de los que 32 (el 74%) muestran un impacto positivo. Otro subgrupo de 132 estudios analiza el efecto del feedback combinado con otras intervenciones como programas educativos, guías prácticas y recordatorios. De éstos, 106 estudios (el 77%) muestran un impacto positivo. El resto de estudios se realizan en estudiantes o fuera del ámbito de la Atención Primaria, y la mayoría de ellos también muestran un impacto positivo en el rendimiento. Estos autores hacen referencia a que la práctica real del feedback dista mucho de conseguir una prevalencia elevada, cuanto menos de registro en los estudios. Los autores de la revisión señalan que el feedback sobre el rendimiento está influido por el tipo y la duración del feedback y otras intervenciones simultáneas como la educación, guías, recordatorios o sistemas de incentivos. En ellos se observa que el feedback es más efectivo cuando una fuente autorizada lo proporciona durante un periodo de tiempo largo; se observa que hay mayor probabilidad de efecto positivo en estudios con una duración de dos años o más.

Algunas encuestas revelan que entre un 17% a 39% de los residentes no son nunca observados mientras realizan una exploración física (Association of American Colleges, 2004). No sólo es importante dar feedback, sino hacerlo con estilo educativo: Holmboe et al.⁵⁶ estudian el feedback dado a los residentes tras una prueba práctica (mini-CEX) y observan que sólo se lleva a cabo en el 61% de los estudiantes, y sólo en el 34% elicitaba alguna forma de autoevaluación (preguntas del tipo “¿qué te ha parecido tu práctica?”).

1.1.4.9 Videograbación de la consulta

El uso de las videograbaciones (VG) aparece en la literatura desde 1958. Los psiquiatras Dr. Stoller y Dr. Geertsma, ante la dificultad de evaluar las habilidades clínicas con pacientes psiquiátricos en los futuros médicos, diseñan los exámenes finales de psiquiatría utilizando VG. El examen final consiste en la grabación de dos pacientes diferentes durante 30 minutos. Las VG se evalúan por cinco psiquiatras expertos^{57, 58}.

Posteriormente en 1970, Adler en un ensayo clínico desarrollado con residentes de cirugía, demuestra que visualizar VG de entrevistas médicas simuladas puede mejorar el comportamiento durante las entrevistas. Hallazgos relevantes son: aumento del número de sugerencias y facilitaciones, aumento del número de preguntas dirigidas y disminución de las confrontaciones⁵⁹.

En 1983, los residentes de Medicina de Familia (MF) de la University of Connecticut evalúan la utilidad de las VG que han usado durante la residencia. El 75% las consideran altamente beneficiosas para su formación; el 20% moderadamente y sólo el 5% no las consideran útiles. Destaca que el interés por la VG es mayor durante el primer año de residencia⁶⁰. Una revisión de la influencia de 15 años de videograbaciones a residentes de medicina interna y pediatría en sus rotaciones por Atención Primaria se publica en 1996 (Wayne State University). Las conclusiones más relevantes son que las VG son de ayuda para aprender comunicación con el paciente (92%), cuidados generales del paciente (80%), estructura de la entrevista (71%) y apoyo en su práctica habitual (54%). La comodidad con sentirse videograbado aumenta de un 4% a un 55% durante su residencia⁶¹.

Los grupos entrenados en Problem Based Interviewing (más adelante apartado 1.1.4.10) con feedback a partir de vídeo o audio/grabaciones de sus propias consultas, mejoran significativamente la habilidad de enseñar comunicación a MF. El mayor impacto en el aprendizaje de habilidades es a través de ver sus VG en grupo y obtener feedback⁶².

En 1999, Ram en Holanda realiza un estudio en el que 93 MF graban su consulta durante 1 semana. De todas ellas se selecciona una muestra de 16 consultas con el objetivo de medir la validez, fiabilidad y viabilidad de la observación de las consultas periódicas grabadas en vídeo. Los resultados muestran que el 71% no se sienten influidos por el hecho de ser grabados y se objetiva un nivel aceptable de fiabilidad tras 2,5 horas de observación. También los pacientes muestran la aprobación del método. Conclusión: La evaluación a través de VG es un método válido y fiable y es útil para la enseñanza de calidad⁶³.

Utilidades de las videograbaciones

- Los profesionales pueden observar su práctica clínica, su comportamiento frente a los pacientes y la utilización de sus conocimientos. Tras la reflexión, las VG permiten desarrollar planes para cambiar el estilo y monitorizarlo con grabaciones posteriores. Además, los alumnos pueden compartir experiencias importantes entre sí y con sus maestros. La creación de una videoteca puede ser útil para trabajar los complejos desafíos de la entrevista médica⁶⁴.
- Experiencia docente. Las posibilidades docentes de las VG como instrumento de aprendizaje en conocimientos, habilidades y actitudes son múltiples. La ventaja es que las VG permiten trabajar dichos contenidos dentro de un contexto actitudinal y emocional. Muchas Unidades Docentes de postgrado lo utilizan actualmente en sus programas docentes. El GPCyS genera talleres en esta línea desde hace muchos años: “El video feedback como instrumento docente”⁵¹.
- Autoevaluación y evaluación por pares. En 2015, se publica un estudio sobre autoevaluación y evaluación por pares de VG con pacientes simulados y estudiantes de medicina. La visualización fragmentada de las VG es una buena herramienta para implementar la reflexión sobre habilidades de comunicación a través de la autoevaluación y el feedback por pares. Una de las conclusiones del estudio es un mayor número de observaciones tanto positivas como negativas por parte de uno mismo que por parte del par, en parte por priorizar el “respeto” y preservar la buena relación entre compañeros⁶⁵.
- Conocer la evolución en el desempeño a nivel individual y a nivel colectivo. Un curioso estudio compara consultas videograbadas de MF con pacientes hipertensos en 2 momentos: 1986 (102 VG) y 2002 (108 VG). Según la codificación RIAS (Roter Interaction Analysis System) para comunicación, se detecta que en 2002 los pacientes son menos activos, hablan y preguntan menos y muestran menor implicación en su patología; mientras que los MF trabajan de forma más orientada a la tarea, enfatizan en la medicina basada en la evidencia y trabajan de manera protocolizada. No se observan diferencias en la duración de las visitas⁶⁶.

Aspectos éticos, legales y deontológicos de las VG:

Conscientes de la importancia de proteger la intimidad y la confidencialidad de las personas, el GPCyS en 1998 en Zaragoza aprueba por consenso un protocolo en el que participan como asesores expertos en ética. El respeto a la intimidad del paciente es un derecho fundamental y un

deber de los profesionales sanitarios que cuenta con sólidos fundamentos éticos, deontológicos y legales. Con el convencimiento de que las VG mejoran la práctica asistencial, pero conscientes del riesgo de herir al paciente, es necesario siempre pedirle permiso, especificando que se trata de una herramienta docente. Del mismo modo, es imprescindible nombrar un responsable de la custodia y destrucción del registro. En el análisis posterior de la VG, se ha de garantizar el respeto a la dignidad y a la intimidad del paciente y del profesional⁶⁷. En los últimos años se han aprobado leyes y códigos deontológicos que protegen estos derechos:

- Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, sobre el Código Penal. Arts. 197 al 201.
- Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal.
- Ley catalana 21/2000, de 29 de diciembre, sobre los derechos de información concernientes a la salud y a la autonomía del paciente y la documentación clínica. Cap. 3. Derecho a la intimidad.
- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Arts. 2.7, 7, 17 a 19.
- Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. Art. 5.
- Código de deontología médica. Consell de Metges de Catalunya, 2005. Capítulo IV del derecho a la intimidad y el secreto profesional.

1.1.4.10 PBI (Problem Based Interviewing)

El PBI (Problem based interviewing) es una técnica de estudio de la entrevista clínica grupal difundida en España a través del Grupo Programa Comunicación y Salud de semFYC. La metodología, tal y como se utiliza actualmente, consiste en el análisis de videograbaciones (VG) cuyo objetivo es mejorar la comunicación médico-paciente.

El origen de este enfoque es descrito por el Profesor Art Lesser de la Universidad de McMaster en Canadá. Este autor, en 1981⁶⁸, tras un trabajo con residentes de medicina de familia durante 8 años, detecta la necesidad de evolucionar desde el modelo psicodinámico a un modelo comportamental que ofrezca entrevistas breves enfocadas a lo que los pacientes demandan: una intervención breve a su problema. Los médicos de familia también muestran la necesidad de utilizar un método eficiente y rápido para identificar y tratar problemas. Posteriormente en 1985⁶⁹, Lesser define lo que denomina Problem Based Interviewing, un método de aproximación al problema del paciente a través de un estilo de entrevista que sea aplicable en la consulta y enseñable a los residentes.

Para Lesser, cuatro motivos justifican la búsqueda de nuevos modelos de entrevista: 1) elevada prevalencia de desórdenes emocionales, 2) elevada ratio de mejoría espontánea, 3) presentación oculta de problemas emocionales y 4) la naturaleza de la práctica médica en sí misma. El PBI puede ser la aproximación de entrevista más efectiva, eficiente y fácilmente enseñable por 3 motivos: a) los pacientes se presentan mayoritariamente con problemas, no con desórdenes mentales severos, y desean una rápida resolución, b) la naturaleza de la práctica médica requiere que sea focalizada, limitada en el tiempo, pragmática, cercana, eficiente, que se pueda enseñar de manera no complicada y adquirida de forma rápida y c) una aproximación basada en el problema puede generar un tratamiento orientado al problema, que sea breve y que tenga en consideración la elevada ratio de recuperación espontánea. Este estilo no promueve un comportamiento enfermizo en los pacientes y es fácilmente modificable si se presenta un paciente con un trastorno mental severo.

El modelo descrito por Lesser se esquematiza en la Tabla 2.

Ejes del problema	Factores implicados
Percepción	Interés en psiquiatría Personalidad de entrevistador Conocimientos médicos Conocimiento epidemiológico de trastornos psiquiátricos Interés en modo en que se presentan los pacientes Habilidad para consultar con otros profesionales
Detección	Atención a pistas de comunicación verbal Atención a pistas de comunicación no verbal Usa empatía, cordialidad no posesiva, autenticidad, reconocimiento positivo incondicional
Descripción	Comportamientos referidos por el paciente Comportamientos observados en el paciente Comportamientos referidos por el profesional
Valoración	Diagnóstico (si es pertinente) Problemas orientados por prioridad Determinación de motivación (medir comportamientos reactivos) Determinación de capacidad de cambio (reproducir comportamientos reactivos y asignación de tareas) Investigación profunda (exploración física, de estado mental y pruebas complementarias) Derivación a otros especialistas
Intervención y tratamiento	Diagnóstico Prescripción Aplicación de modelos teóricos (psicológico, comportamental, orgánico y social) Tratamiento basado en el problema (uso de paradigmas y acuerdos)
Evaluación del tratamiento	Observación sistemática del "comportamiento problema" (referido y observado) Observación sistemática de antecedentes y fortalezas Manipulación experimental de la condición relativa al comportamiento problema Observación para anotar cambios en el comportamiento

Tabla 2. Problem-based interviewing (PBI): un modelo para enfocar el problema Dr.Lesser (1985)⁶⁹

Posteriormente, un ensayo clínico realizado en Inglaterra muestra los siguientes resultados aplicando técnicas de PBI. Tras un entrenamiento de 12 meses en la técnica, el grupo experimental muestra una disminución del 9% en el infradiagnóstico de trastornos psicológicos utilizando el GHQ (General Health Questionnaire) y del 15% con el PSE (Present State Examination)⁷⁰.

¿Qué es y cómo se utiliza esta técnica? En nuestro entorno actual de medicina de familia, se llama PBI a las sesiones de estudio de la comunicación en entrevista clínica que tienen por objetivo analizar junto con los asistentes (profesionales sanitarios) entrevistas videogradas. La visualización de videogradas en un contexto formativo, de forma estructurada y dirigida por un experto, se integra en el proceso de adquisición progresiva de nuevas habilidades, en el que se pueden mejorar hábitos disfuncionales de comunicación⁶³.

Este es precisamente el método que proponen Gask et al. para la enseñanza del PBI⁷¹. Algún asistente (médico/a o enfermero/a), aporta su grabación con pacientes reales o estandarizados. El GPCyS es pionero, como se ha comentado, en esta metodología dentro de la Atención Primaria. Desde hace más de 20 años, grupos de compañeros se reúnen periódicamente para compartir sus videogradas y mejorar su práctica asistencial.

Con la VG el profesional muestra algún aspecto que le preocupa y quisiera mejorar. Esta preocupación es presentada al grupo en el contexto clínico que se va a visualizar. La cinta se puede ir parando a petición del protagonista o bien de otro participante para comentar diferentes aspectos, tantas veces como se requiera⁷². Hasta aquí todo es sencillo. La complejidad viene dada por el estilo de comunicación, por el respeto al tema y a las personas que se están visualizando, por la manera de formular las reflexiones, por la elegancia de no dar soluciones y por el espíritu de reforzar el sentimiento de eficacia de aquel que se ha expuesto al grupo. Los principales aspectos a tener en cuenta al realizar esta técnica se resumen con las 3C clásicas del PBI: Comunicación, Control, Crítica Constructiva.

Es escasa la tradición que existe en nuestro entorno de comentar “los entresijos y dificultades con nuestros pacientes”, y menos aún de grabar en la consulta y mostrarlo a otros profesionales. Desde la experiencia de quien escribe y de muchos compañeros que han participado en reuniones de PBI⁷², escuchando reflexiones sobre la VG, podemos decir que no hay nada más gratificante que ser reconocidos en nuestro trabajo y descubrir alternativas de mejora con nuestros pacientes.

Las videogradas permiten captar las interacciones médico-paciente con total naturalidad y detalle. Sin embargo, a pesar de la gran información que aportan, no pueden captarlo todo: no se graban los sentimientos ni emociones del médico ni del paciente, no se conoce la historia previa

de relación, ni el contexto del momento (prisa, enfado, cansancio, euforia...). Es necesaria la contextualización que da la persona que presenta su trabajo (médico videograbado). Toda esta información complementaria se aporta antes de comenzar la visualización en grupo.

La autoobservación de la VG es en sí formativa, pero es el hecho de compartirla, la interacción, lo que potencia aún más el cambio formativo. El PBI permite observar en grupo de esta manera minuciosa, elementos que antes estaban invisibles en la vivencia del momento. Parar el vídeo, retroceder y volver a visualizar ese pequeño fragmento que llama la atención para generar reflexión, esta es la técnica que conocemos como PBI (problem-based interviewing).

La repetición de esta técnica permite además evaluar la progresión del profesional a lo largo del tiempo.

Puede consultarse el documento explicativo de qué es un PBI y algunas recomendaciones, que se envió a todos los MF del GE en el ANEXO 4.

Existen algunas barreras para utilizar las VG en formación: 1) la necesaria confidencialidad en nuestro trabajo, 2) el tiempo necesario para realizar la VG en consulta y comentarlo posteriormente y 3) el temor al ridículo por exponer la intimidad profesional.

El énfasis de la reflexión en el PBI se centra en:

- Aspectos comunicativos generales de interés en la Entrevista Motivacional (comunicación no verbal, empatía, abordaje de resistencias, etc.).
- Aplicación de técnicas concretas (p.e. frases por reflexión, sumarios, preguntas evocadoras, etc.).
- Aspectos emocionales tanto del propio profesional como del paciente (el malestar que se genera, la dificultad para centrar la consulta, el control de la agresividad de un paciente, etc.).

Se anima a que los participantes aporten comentarios constructivos en forma de sugerencias, y centradas en las necesidades del discente. Evitando decir “lo que hay que hacer” o lo que “yo habría hecho si hubiera estado allí”. Otras alternativas mejores se presentan en la Tabla 3.

<p>“¿Cómo te has sentido cuando el paciente te ha dicho que...?”</p> <p>“Ha sido muy interesante esa respuesta. ¿Piensas que podrías haberle dicho algo más?”</p> <p>“¿Por qué crees que te surgió este comentario?”</p>
--

Tabla 3. Ejemplos de reflexión para el desarrollo de la sesión de PBI

Ideas clave en la estructuración de una sesión de PBI son las que se enumeran en la Tabla 4.

Establecer la agenda de la sesión
Aclarar las normas de participación
Enseñanza basada en hechos
Utilizar metodología activa
Consideración hacia los sentimientos del participante
Se comentan las cosas que se hacen bien
Participación del grupo
Solicitud de alternativas
Proporcionar alternativas por parte del monitor
Ensayar alternativas
Etiquetado de las técnicas. Proporcionando la información teórica correspondiente.
Cierre de la sesión: resumen

Tabla 4. Técnicas docentes propuestas para el trabajo en grupos pequeños con videograbaciones de entrevistas clínicas⁷²

En conclusión, el PBI es una técnica de aprendizaje sobre hechos reales de nuestra práctica profesional, que permite reflexionar y compartir experiencias para aprender individualmente y en grupo.

1.1.4.11 Pacientes estandarizados

Las simulaciones en el ámbito de la medicina son una herramienta muy desarrollada en los últimos 40 años. Las facultades de medicina han desarrollado ampliamente laboratorios de simulaciones con el objetivo de formar y evaluar a los estudiantes. Los pacientes simulados (PS) forman parte de esta estrategia de escenarios para aprender habilidades médicas, o para evaluarlas. Los PS son actores entrenados para realizar encuentros clínicos con profesionales o estudiantes. Su utilidad se centra en dos grandes campos: la formación y la evaluación. El entrenamiento de estos pacientes permite estandarizarlos para que puedan representar repetidamente una situación clínica ante diferentes profesionales, por eso habitualmente se habla de pacientes estandarizados (PE) en lugar de pacientes simulados, ya que no son exactamente lo mismo. Los PE están entrenados para responder de la misma forma representando su formación (dentro de un contexto amplio bien definido, estable y estandarizado) ante estímulos o preguntas de los profesionales. Su peculiaridad es que son una “simulación dinámica”, bien diferente de un maniquí. El encuentro clínico simulado mediante PE pretende acercarse a la realidad del trabajo de los profesionales sanitarios.

Historia de los pacientes estandarizados

Howard Barrows es el pionero en la utilización de pacientes estandarizados. La técnica se inspira en el coaching visto en su jefe de servicio mientras era residente, quien acompañaba individualmente a cada médico durante al menos una entrevista para cumplimentar la historia clínica y la exploración física. La idea surge a principios de los años 60, siendo él profesor en la Escuela de Medicina de la University of South California en Los Ángeles mientras prepara un recurso audiovisual sobre exploración neurológica. Se le ocurre entrenar a la actriz que participa en el vídeo para actuar y evaluar a los profesionales sanitarios. La entrena para simular los síntomas de la paraplejia, el reflejo de Babinski, la pérdida sensorial disociada y déficits visuales. Ella informa sobre la actuación de los estudiantes después de cada encuentro, lo que permite sacar conclusiones sobre las habilidades interpersonales, clínicas y de razonamiento. Cuando Barrows en 1964 introduce los PE, hay un escepticismo generalizado sobre la habilidad para representar estados clínicos anómalos con precisión y convicción⁷³. Dichas dudas van desapareciendo tras la experiencia con gran número de estudiantes, residentes y médicos, que en retrospectiva no han sido capaces normalmente de distinguir los casos reales de los pacientes simulados durante una serie de encuentros en un ambiente de examen. Ahora está claro⁷⁴ que hay pocos límites en cuanto a quién puede formarse para ser un simulador de pacientes, por lo menos para la parte de simulación que trata con la comunicación de hechos de la historia médica, estados emocionales, diferencias culturales y étnicas o tipos de pacientes. La simulación puede ocurrir como una confrontación directa, en intercambios telefónicos o a través de terceras personas que pueden ser necesarias cuando se trata con niños, pacientes que no responden o familias. Incluso los pacientes estandarizados más dotados pueden simular una gama muy amplia de anomalías físicas satisfactoriamente: reflejos alterados, tics, formas de andar anómalas, articulaciones dolorosas y calientes y expansión torácica limitada, por ejemplo. Pero para aquellas aflicciones que no se pueden simular, muchos investigadores han empleado pacientes reales con anomalías físicas estables, entrenados para proporcionar historias clínicas estandarizadas que sean consistentes con los resultados.

Unos años más tarde, *Ronald Harden (1970)*, avanzando en el uso de las simulaciones, introduce el método de examen clínico estructurado⁷⁵ con el objetivo de mejorar los sistemas de evaluación basados principalmente hasta entonces en los test de opción múltiple. El nuevo método examina las habilidades en anamnesis, exploración física y en la interpretación de ambos. Los estudiantes rotan en un circuito multiestación que inicialmente tiene un formato de 16 estaciones de 5 minutos cada una, con 5 minutos posteriores para rellenar preguntas acerca de la estación realizada. Los estudiantes reciben unas instrucciones previas a cada estación. Las ventajas de este

sistema son principalmente que permite evaluar a un mayor número de estudiantes de una sola vez y que disminuye el efecto de la espera en los estudiantes pendientes de evaluación. Los PE pueden hacer el papel de observador, rellendo un check-list sobre la actuación del estudiante en cada estación. La nota final de cada estudiante se obtiene a partir de las preguntas objetivas sobre las estaciones realizadas más las puntuaciones dadas por los examinadores. El examen es repetible año tras año lo que permite que sea comparable. Además, permite el análisis de las diferentes partes del examen, lo que facilita el feedback individualizado sobre áreas de mejora.

Existen dos estrategias en el uso de PE en relación con el momento en el cual aparecerán en el contexto clínico del profesional:

- Los profesionales son evaluados por un sistema multiestación (ECOE) con situaciones simuladas y pacientes estandarizados⁷⁵.
- Los profesionales saben que serán evaluados en algún momento de su práctica, pero no saben en qué momento entrará el paciente simulado a su consulta real. Este diseño tiene una gran complejidad organizativa para introducir al paciente en la agenda normal de trabajo⁷⁶.

En 2005, Issenberg et al. publican en la guía BEME No 4⁷⁷, un interesante meta-análisis sobre las simulaciones médicas fidedignas que llevan a un aprendizaje efectivo. Se revisa la literatura entre 1969 a 2003. Finalmente se consideran 109 artículos. Algunas conclusiones relevantes son: 1) el feedback educativo es la característica más importante en la educación médica basada en simulaciones (47%); 2) las prácticas repetitivas son una característica clave en el uso de las simulaciones de alta fidelidad en educación médica (39%); 3) la integración de ejercicios basados en simulaciones en las escuelas médicas convencionales o en los programas educativos de postgrado como una característica esencial de su uso efectivo (25%); 4) la importancia del nivel de dificultad de la tarea como una variable importante en educación médica basada en las simulaciones (14%); 5) la adaptabilidad de simulaciones de alta fidelidad con estrategias de aprendizaje múltiples como un factor importante en su efectividad educativa (10%); 6) los simuladores que captan una amplia variedad de condiciones clínicas son más útiles que los que tienen un rango menos extenso (10%); 7) importancia de un ambiente controlado donde los estudiantes pueden cometer, detectar y corregir errores sin que éstos acarreen consecuencias adversas (9%); 8) aprendizaje individualizado con experiencias educativas reproducibles y estandarizadas en las que los estudiantes son participantes activos y no observadores pasivos (9%). Se concluye que es necesario mejorar la investigación en este campo así como que las simulaciones médicas de alta fidelidad, son educacionalmente efectivas y la educación basada en simulaciones complementa la educación médica en ámbitos de asistencia al paciente.

Algunas ventajas de los PE utilizados en formación con estudiantes o residentes, son: 1) pueden estar disponibles en cualquier lugar y momento (sin depender de que acuda a consulta un paciente real con un determinado cuadro clínico), 2) evitan problemas de tratamiento a pacientes reales, 3) permiten la interrupción de la entrevista por parte del instructor para comentar lo que ha sucedido y luego continuar, reenfocar o volver a comenzar (time-in, time-out) y 4) permiten realizar en un corto espacio de tiempo varias entrevistas que muestren la evolución del paciente a lo largo de semanas o de meses⁷⁷.

No obstante, así como el encuentro con un paciente no se puede utilizar para llegar a conclusiones generalizadas sobre el rendimiento clínico general, tampoco se puede utilizar un único encuentro con un paciente estandarizado para esta finalidad. El problema de las muestras apropiadas tiene que seguir tratándose. Durante los años 70, Ronald Harden de la universidad de Dundee, Escocia, introduce el examen clínico estructurado por objetivos (OSCE) para incrementar los ejemplos de conductas clínicas que pueden ser evaluadas en un periodo razonable de tiempo mediante el uso de exámenes mutiestación con todo tipo de simulaciones⁷⁸.

En 1992 se celebra en Washington una reunión de expertos en PE. Sus conclusiones se plasman en el Consensus on the Use of Standardized Patients in the Teaching and Evaluation of Clinical Skills. La conferencia inaugural de Howards Barrows⁷³ y la clausura de George Miller⁷⁴ resumen de una manera brillante el uso de esta herramienta formativa y de evaluación.

Respecto al uso de pacientes estandarizados en exámenes, puede hacerse en diferentes formatos:

- ECOE (Examen Clínico, Objetivo y Estructurado), en inglés OSCE (Objective Structured Clinical Examination): circuito de estaciones de unos 5-10 minutos de duración donde se evalúan diferentes situaciones clínicas (atender un dolor de cabeza, interpretar una radiografía, examinar un abdomen...). Su complejidad organizativa es elevada. El diseño de casos clínicos debe adaptarse a la "tabla de especificaciones" que es la que contempla las diferentes competencias a evaluar y el porcentaje de cada una de ellas que debe asignarse a cada estación. Algunas de las estaciones incorporan la presencia de un PE o de una familia simulada (ej: madre e hijo).
- CSX (Clinical Skills Examination): Se presenta un problema de un paciente y se evalúa si el estudiante es capaz de realizar las preguntas en la historia y todo lo que sería adecuado respecto a la exploración física a realizar ante dicho problema. Su principal aplicación sería al final de los estudios de Medicina.
- OUCE (Objective Unstructured Clinical Examination) o CPX (Clinical Practice Examination), con estaciones de unos 20 minutos donde el estudiante debe mostrar que es capaz de

poner en práctica los diferentes conocimientos y habilidades que se requieren para atender un episodio completo de atención a un paciente, incluyendo preguntas, exploración física y consejo clínico. Su principal aplicación sería durante la residencia.

Las conclusiones resumidas de esta conferencia y de sus grupos de discusión son:

a) Respecto al valor añadido de los PE para los estudiantes:

- El entorno es menos “amenazante” que si se trabaja con pacientes reales.
- Permite interrumpir y reanudar la visita para permitir feedback.
- Permite practicar habilidades de comunicación con pacientes difíciles y aprender a manejar situaciones con gran carga emocional (ej. Malas noticias) en un entorno controlado.
- Se promueve el aprendizaje activo.

b) Respecto al valor añadido para la enseñanza:

- Proporcionar a todos los estudiantes experiencias equivalentes, en lugar de las experiencias aleatorias que se presentan en las guardias y en la consulta.
- Los profesores pueden usar PE para programar los problemas y patologías que deben cubrirse.
- Posibilitan que la evaluación de los estudiantes se realice de forma consistente.
- Obliga al profesorado a una mayor implicación, a un enfoque más crítico del contenido curricular y a una mayor colaboración entre profesionales.

c) Respecto al valor añadido en la evaluación:

- Proporcionan la oportunidad de que los profesores observen y evalúen la realización de la anamnesis y la exploración física.
- Los pacientes estandarizados proporcionan feedback tanto a los estudiantes como a los profesores.
- Se puede evaluar cómo ponen en práctica los conocimientos y habilidades directamente, en lugar de hacerlo a través de presentaciones y registros médicos.
- Permiten controlar los problemas clínicos que son objeto de formación y de evaluación.
- Los objetivos curriculares pueden hacerse corresponder con métodos de evaluación que miden el grado de consecución directamente.
- Permiten una evaluación más homogénea (menos sesgada) y, por tanto, más objetiva.
- Proporcionan la perspectiva del paciente en la evaluación de habilidades interpersonales.

- Pueden usarse para autoevaluación y evaluación por pares.
- Complementan la evaluación mediante exámenes escritos.

En 2005 Lane y Rollnick revisan en la literatura el uso de pacientes simulados y el role-play, concluyendo que en formación, el uso de ambos métodos es más efectivo que los métodos habituales (clase magistral)³⁴. Estudios posteriores con estudiantes de enfermería muestran la mayor efectividad del paciente estandarizado para formar en las habilidades de comunicación en relación al role-play³³. En 2014, Shirazi et al. demuestran que los PE son válidos para medir habilidades en comunicación utilizando observadores entrenados⁷⁹. Una guía AMEE “The use of Simulated Patients in Medical Education” (2010)⁸⁰ recopila la información sobre esta metodología tras 40 años de utilización, reiterando su utilidad en formación y evaluación, y advirtiendo que su utilización requiere diseño y seguimiento por expertos.

1.2 Modelos de comunicación asistencial

La relación entre el profesional sanitario y el paciente es una competencia clínica que implica habilidades comunicativas, actitudes y valores y que hace posible el desarrollo efectivo de otras competencias médicas, como el diagnóstico y el tratamiento. Las habilidades de relación son herramientas muy utilizadas por el profesional, ya que son el medio para llevar a cabo su trabajo de forma exitosa y tienen poder terapéutico⁹.

1.2.1 Consejo médico habitual

Entendemos por consejo médico “habitual” el que se realiza por profesionales sin una formación en comunicación asistencial específica y tutorizada. La definición es ambigua porque en ella se agrupan comunicaciones de todo tipo y niveles diferentes, asumiendo que por formación personal un médico puede ser muy buen comunicador aunque no haya recibido formación específica. Se entiende por práctica habitual la comunicación centrada en la información que se da a los pacientes, en términos de educación sanitaria⁸¹.

Las habilidades de relación se utilizan en la práctica habitual para ofrecer consejos enfocados a las demandas y necesidades de los pacientes y para proporcionar educación sanitaria personalizada.

La educación sanitaria de los pacientes es la combinación de experiencias de aprendizaje planificadas sobre conocimientos, actitudes y habilidades destinadas a facilitar la adopción voluntaria de comportamientos, con el objetivo final de que el individuo pueda definir y alcanzar

sus propias metas en materia de salud. El objetivo principal es la promoción de la salud y debe generar cambios de conducta⁸².

En esta línea, Jackson French describe ocho “principios guía” para las estrategias conductuales en promoción de salud, sobre los que se han basado muchas de las investigaciones realizadas hasta la fecha⁸³:

1. Las personas tienen un papel proactivo en el proceso del cambio.
2. Adquirir una nueva conducta es un proceso, no un hecho ocasional, que a menudo requiere un aprendizaje basado en aproximaciones sucesivas.
3. Los factores psicológicos, como las creencias y los valores, influyen en la forma en que las personas se comportan.
4. Las relaciones y las normas sociales tienen una influencia sustantiva y persistente en cómo se comporta la gente.
5. La conducta no es independiente del contexto en que ocurre; la gente influye y está influida por su entorno físico y social.
6. Cuanto más beneficiosa o gratificante es una experiencia, más posibilidades hay de que se repita; cuanto más perjudicial o displacentera, menos probable es que se repita.
7. Las conductas pueden influir en los valores y en la experiencia de los individuos.
8. La aplicación de las teorías sobre la conducta en situaciones prácticas debe estar guiada por los métodos de investigación y evaluación.

El término consejo médico (Counselling), en el contexto de la relación asistencial, se suele referir a las vertientes más individuales de la educación sanitaria, implicando un proceso dialéctico interactivo entre el profesional y el paciente, y no sólo las recomendaciones unidireccionales o el suministro de información. Dar un consejo personalizado forma parte de un proceso de comunicación que va más allá de la simple información, en el que el profesional debe estar preparado para reaccionar emocionalmente con el paciente basándose en el desarrollo de la asociación, la empatía, el respeto y la legitimación con el paciente⁸². El objetivo final de éste, es mejorar la salud del paciente. Lo que le da el matiz más específico, es el objetivo intermedio: cuidar al profesional, para que pueda trabajar de forma eficaz en el logro del objetivo final y al menor coste personal posible⁸¹. Por lo tanto, los protagonistas del Counselling son el profesional y el paciente. El profesional tiene la función de “facilitar”: facilitar conocimientos, instrumentos, técnicas, habilidades, materiales, sugerencias, alternativas, etc., tanto al paciente como su entorno. Paralelamente, el paciente tiene la tarea de “conducir”: conducir su proceso, sus cambios comportamentales, su salud y sus decisiones respecto a la misma. Para la realización

óptima, son necesarias habilidades emocionales, en comunicación y motivación para el cambio de conducta⁸¹.

Algunas de las características del profesional sanitario que se relacionan con una mejor respuesta a los mensajes de educación sanitaria son⁸³:

- Creer firmemente en la importancia de trabajar la prevención y promoción de la salud.
- Transmitir interés en ayudar a las personas a mejorar su salud.
- Valorar la disponibilidad para el cambio y reconocer que estar más dispuesto a cambiar es una señal de progreso.
- Individualizar el consejo y la educación basándose en los factores de riesgo más importantes de cada persona: personalizar riesgos y beneficios.
- Buscar objetivos conductuales que se puedan conseguir y que progresivamente puedan llevar a un cambio permanente e importante.
- No sobrecargar al individuo con muchas tareas/informaciones.
- Registrar los temas de educación y consejo que se han tratado y los que se planean traer en las próximas visitas.
- Comunicar al paciente que puede acudir a su profesional sanitario/centro de salud cuando esté interesado en recibir más información o ayuda para establecer un cambio relacionado con su salud.
- Apoyar y reforzar cualquier cambio, aunque sea pequeño, reconociendo que los cambios de conducta son difíciles.

1.2.2 Comunicación Centrada en el Paciente

En la segunda mitad del siglo XX surgen nuevos modelos teóricos de relación y comunicación médico-paciente. Gracias a los trabajos publicados por Carls Roger (1951)⁴⁶, Balint (1957)⁸⁴ y posteriormente por Byrne (1984)⁸⁵, se desarrolla un nuevo modelo llamado Comunicación Centrada en el Paciente (CCP). El término “*medicina centrada en el paciente*” es introducido por Balint et al. en 1970 desarrollándolo en contraste con lo que llama “*medicina centrada en la enfermedad*”^{86,87}. Muchos nombres se implican en su inicios y numerosas publicaciones (1984: Levenstein et al.⁸⁸, 1989: Brown et al.⁸⁹, Stewart et al.⁹⁰, Weston et al.⁹¹). En la década de los 80, el “*método clínico centrado en el paciente*” se conceptualiza y se empieza a utilizar en educación e investigación.

El eje del interés en el modelo CCP pasa del “médico que sabe de la enfermedad (*disease*)”, al “paciente que vive esa enfermedad (*illness*)”⁴⁶. Ya no es sólo la enfermedad, sino el enfermo, el núcleo de la reflexión. La ciencia y el conocimiento médico dejan de ser un estándar de relación y de conocimiento teórico. El médico necesita conocer y adaptarse a las vivencias de cada persona, aprendiendo a contextualizar los conocimientos teóricos y los recursos disponibles para ser realmente eficaz en el proceso en el que interviene como profesional. El médico no olvida sus conocimientos científicos, pero al aplicarlos tiene en cuenta la experiencia y las expectativas de quien la sufre. Como persona que es, el paciente vive sus desconocimientos, miedos y ambivalencias con dificultad, y en ocasiones sin saber expresarlas.

Dos escuelas comienzan a desarrollar simultáneamente en los años 80 modelos de comunicación médica, líneas de investigación y formación en este sentido:

- Modelo canadiense: El modelo de *comunicación centrada en el paciente*, liderado por el Dr. Levenstein y la Dra. Stewart^{88,92} en la universidad de Western Ontario (Canadá). Este modelo se centra en 6 componentes:
 1. Explorar la enfermedad y las vivencias que ocasiona al paciente valorando no sólo la exploración del síntoma sino también las creencias, expectativas y emociones (por el ejemplo, el miedo) y el impacto en sus funciones diarias, prestando atención a las claves verbales y no verbales que aporte el paciente (Anton, Moak et al. 2005)⁹³.
 2. Comprender a la “persona completa”, teniendo en cuenta los aspectos familiares, sociales, laborales, culturales o económicos e integrándolos en su manejo diagnóstico y terapéutico.
 3. Buscar acuerdos con el paciente tanto en el diagnóstico como en la terapéutica, e incluso en los roles que como pacientes y médicos tenemos.
 4. Incorporar la prevención-promoción de la salud, la identificación de factores de riesgo, la detección precoz de enfermedades y la disminución de su impacto.
 5. Cuidar la relación profesional-paciente, creando el ámbito de intimidad adecuado, potenciando el pacto frente al contrato.
 6. Ser realista, viendo el modelo desde la continuidad de la atención, teniendo en cuenta los recursos en el contexto del equipo, con objetivos razonables y con coste en tiempo y energía emocional asumibles.
- Modelo inglés, desarrollado principalmente por el Dr. Pendelton con dos libros de gran impacto en los entornos comunicacionales: *Doctor-Patient Communication (1983)*⁹⁴ y *The*

consultation: an approach to learning and teaching (1984)⁹⁵. Este modelo gira en torno a 7 tareas o mapa de consulta, que resumidamente se enumeran a continuación:

1. Comprender la naturaleza e historia del problema
2. Considerar la perspectiva del paciente.
3. Capacitar al paciente para que elija una acción apropiada a cada problema.
4. Capacitar al paciente para manejar el problema.
5. Considerar otros problemas.
6. Usar el tiempo apropiadamente.
7. Mantener una relación con el paciente que facilite la consecución de tareas.

Como puede verse en estos puntos, ambos grupos mostraron aspectos complementarios en un campo que posteriormente, ha desarrollado la evidencia científica que avala el modelo^{93,96}. Los resultados de la CCP pueden medirse con parámetros clínicos (ej: niveles de colesterol, HbA1c, HTA, etc), pero también con escalas de bienestar físico, emocional o de satisfacción del paciente. Otros aspectos como la adherencia al tratamiento⁹⁷, o el uso de pruebas diagnósticas⁹⁸ son también motivo de investigación.

Un área específica de gran relevancia donde la aplicación de la CCP muestra grandes beneficios es en los pacientes oncológicos. El paciente con cáncer es especialmente sensible a las respuestas que el médico presenta ante sus emociones, el manejo de la incertidumbre o el apoyo para desarrollar el autocontrol de síntomas. La dimensión psicosocial adquiere más peso que la biomédica. Los doctores Ronald Epstein (Rochester) y Richard Street (Texas) lideraron una exhaustiva monografía, *Patient-centered communication in cancer care: Promoting Healing and Reducing Suffering*⁹⁹ donde se aborda la definición, enseñanza e investigación de una forma minuciosa.

Dos metanálisis han venido a corroborar las bases de esta disciplina. El primero publicado por Venetis et al. en 2009 evalúa 25 ensayos clínicos (2007-2009)¹⁰⁰ en consultas audiograbadas de pacientes ya diagnosticados de cáncer. Contexto: oncología. Se evalúan dos conceptos: la Comunicación Centrada en el Paciente (CCP) y el Comportamiento Instrumental. La CCP a su vez se divide en dos componentes: *el comportamiento afectivo* (mostrar aprobación, empatía, preocupación, seguridad, charla social) y *el comportamiento participativo* (facilitar la participación del paciente, promoviendo preguntas y opiniones, y que realmente esta participación se produzca). El Comportamiento Instrumental se entiende como las acciones encaminadas a conversaciones para dar consejo e información. El resultado buscado es el grado de satisfacción (confort) del paciente con cáncer. La CCP resulta positivamente asociada ($p < 0.05$) con la

satisfacción; el comportamiento afectivo por sí mismo también lo es, pero no, el comportamiento participativo cuando se mide aisladamente ($p>0.05$). El Comportamiento Instrumental (dar información) también se asocia a una satisfacción estadísticamente significativa. Para concluir, la CCP está más fuertemente asociada con la satisfacción que el Comportamiento Instrumental ($z=6,11$).

El segundo estudio, desarrollado por Rathert et al.¹⁰¹ incluye todos los artículos de CCP desde sus inicios hasta septiembre de 2012 en los que se presentan resultados en salud. Tras una primera selección de 1218 artículos, se escogen 40 ensayos clínicos. Los resultados se catalogaron en tres apartados: satisfacción del paciente, resultados clínicos y resultados organizativos. En la Tabla 5 se recogen los estudios más significativos.

Objeto estudio	Resultados	Autor/Año/Nº pacientes	Referencia
Fibromialgia	Reducción ansiedad e intensidad del dolor tras 1 año	Muñoz Álamo/2002/110	Muñoz A, Ruiz R, Pérula LA. Evaluation of a patient-centered approach in generalized musculoskeletal chronic pain/fibromyalgia patients in primary care. Patient Education Counseling. 2002. 48:23-31. ¹⁰²
Cuidados de salud diarios	Reducción exceso de peso	Calfas/2002/173	Calfas KJ, Sallis, JF, Zabinski, MF, Wilfley, DE, Rupp, J, Prochaska, JJ, Patrick, K. Preliminary evaluation of a multicomponent program for nutrition and physical activity change in primary care: PACE+ for adults. Preventive Medicine. 2002. 34:153-161.
Cuidados de salud diarios en pacientes geriátricos	Aumento cuidados diarios en grupo de intervención	Counsell/2000/1.513	Counsell SR, Holder CM, Liebenauer LL, Palmer RM, Fortinsky, R. H., Kresevic DM, Landefeld CS. Effects of a multicomponent intervention on functional outcomes and process of care in hospitalized older patients: A randomized controlled trial of Acute Care for Elders (ACE) in a community hospital. Journal of the American Geriatrics Society. 2000. 48:1572-1581.
Cáncer	Mayor satisfacción	Dowsett/2000/1113	Dowsett SM, Saul JL, Butow PN, Dunn SM, Boyer MJ, Findlow R, Dunsmore, J. Communication styles in the cancer consultation: preferences for a patient-centred approach. Psychooncology. 2000. 9:147-156.
Diabetes	Más exámenes de pies y consejo nutricional	Glasgow, 2004	Glasgow RE, Nutting PA, King DK, Nelson CC, Cutter G, Gaglio B, Amthauer, H. A practical randomized trial to improve diabetes care. Journal of General Internal Medicine. 2004. 19:1167-1174.

Objeto estudio	Resultados	Autor/Año/Nº pacientes	Referencia
Parkinson	Mayor satisfacción	Grosset&Grosset/ 2005/117	Grosset KA, Grosset DG. Patient-perceived involvement and satisfaction in Parkinson's disease: Effect on therapy decisions and quality of life. <i>Movement Disorders</i> . 2005. 20, 616-619.
Cáncer de mama	Mayor continuidad en tratamiento con tamoxifeno tras 4 años.	Kahn/2007/881	Kahn KL, Schneider EC, Malin JL, Adams JL, Epstein AM. Patient centered experiences in breast cancer: Predicting long-term adherence to tamoxifen use. <i>Medical Care</i> . 2007. 45:431-439.
Autonomía percibida	La satisfacción por la CCP depende de la autonomía del paciente (preferencias marcadas)	Lee&Lin/2010/614	Lee YY, Lin JL. Do patient autonomy preferences matter? Linking patient-centered care to patient-physician relationships and health outcomes. <i>Social Science & Medicine</i> . 2010. 71:1811-1818.
EPOC	Mejora autocuidados. La actividad física es un moderador que predice los resultados clínicos y funcionales.	Lemmens/2008/278	Lemmens KMM, Nieboer AP, Huijsman R. Designing patient-related interventions in COPD care: Empirical test of a theoretical model. <i>Patient Education & Counseling</i> . 2008. 72(2):223-231. ¹⁰³
Satisfacción	Satisfacción relacionada con la reducción de síntomas un mes después de la visita.	Little/2001/865	Little, P., Everitt, H., Williamson, I., Warner, G., Moore, M., Gould, C., & Payne, S. Preferences of patients for patient centered approach to consultation in primary care: Observational study. <i>British Medical Journal</i> . 2001. 322: 468-472.
Pacientes geriátricos	Menor número de reingresos hospitalarios y menos días de ingreso en siguientes 6 sem.	Naylor/1994/276	Naylor M, Brooten D, Jones R, Lavizzo-Mourey R, Mezey M, Pauly M. Comprehensive discharge planning for the hospitalized elderly. A randomized clinical trial. <i>Annals of Internal Medicine</i> . 1994. 120:999-1006.
Factores RCV: HbA1c, LDL, TAs	Mejoras en grupo de intervención	Rocco/2011/1110	Rocco, N., Sher, K., Basberg, B., Yalamanchi, S., & Baker-Genaw, K. (2011). Patient-centered plan-of-care tool for improving clinical outcomes. <i>Quality Management in Health Care</i> , 20(2), 89-97.

Objeto estudio	Resultados	Autor/Año/Nº pacientes	Referencia
Enfermedades crónicas	Mejora en alimentación, ejercicio físico, gestión del stress, calidad de vida	Schmittdiwl/2008/4108	Schmittdiel J, Mosen DM, Glasgow RE, Hibbard J, Remmers C, Bellows J. Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC) and improved patient-centered outcomes for chronic conditions. <i>Journal of General Internal Medicine</i> . 2008. 23:77-80.
Postoperatorio	No se observan diferencias significativas	Wolf/2008/116	Wolf D, Lehman L, Quinlin R, Rosenzweig M, Friede S, Zullo T, Hoffman L. Can nurses impact patient outcomes using a patient-centered care model? <i>Journal of Nursing Administration</i> . 2008. 38(12):532-540.
Servicios de enfermería	Mejora en la satisfacción por la calidad de los servicios. Sin cambios en satisfacción general	Wolf/2008/116	Wolf DM, Lehman L, Quinlin R, Zullo T, Hoffman L. Effect of patient-centered care on patient satisfaction and quality of care. <i>Journal of Nursing Care Quality</i> . 2008. 23:316-321.
Satisfacción	El entusiasmo de médicos y enfermeros declinó a lo largo del estudio. Pacientes: sin impacto en el nivel de satisfacción	Woodcock/1999/150	Woodcock AJ, Kinmonth AL, Campbell MJ, Griffin SJ, Spiegel NM. Diabetes care from diagnosis: Effects of training in patient-centred care on beliefs, attitudes and behaviour of primary care professionals. <i>Patient Education & Counseling</i> . 1999. 37(1): 65-79. doi:10.1016/S0738-3991(98)00104-9
Satisfacción	Mayor satisfacción, mayor adherencia al tratamiento	Zandbelt/2007/323	Zandbelt LC, Smets EM, Oort FJ, Godfried MH, De Haes HC. Medical specialists' patient-centered communication and patient-reported outcomes. <i>Medical Care</i> . 2007. 45:330-339.

Tabla 5. Resumen metaanálisis ensayos clínicos CCP y resultados en salud¹⁰¹

En su libro *Práctica clínica centrada en el paciente*¹⁰⁴, Francesc Borrell dedica un capítulo al modelo centrado en el paciente, afinando la definición de “práctica clínica centrada en el paciente” dedicando un apartado a los pros y contras del modelo centrado en el paciente¹⁰⁵. Destacan entre las ventajas: los médicos trabajan más los intereses y expectativas de los pacientes, mejores resultados en salud y menos demandas legales; cuando el médico averigua de manera activa la preocupación de los pacientes afloran más los estresores de tipo mental; se produce un ahorro neto en pruebas diagnósticas, aunque a costa de alargar las entrevistas. Por otro lado, Borrell plantea dos dudas en relación a la metodología de investigación: ¿Cuándo

decidimos que una entrevista es centrada en el paciente? ¿Basta con que aparezca alguna pregunta al inicio de la fase exploratoria? ¿Cuántas preguntas son necesarias? Por otro lado, desde la perspectiva del paciente se plantea si todos los pacientes quieren participar de la entrevista o prefieren quedar a merced de las decisiones del médico. En relación a la primera cuestión relativa a la investigación, un reciente metaanálisis sobre la evidencia de las decisiones compartidas en pacientes con cáncer, deja muchas dudas todavía sobre este intento de informar para decidir y abre una nueva pregunta: las decisiones que compartimos ¿qué grado de calidad tienen?¹⁰⁶ La cuestión relativa a los pacientes parece más sencilla de resolver, ya que podemos preguntarles a ellos, a los propios pacientes, qué opinan sobre la participación en sus procesos. En un trabajo realizado por Ruiz et al. en 2012, en el que se incluyen 658 pacientes y 97 médicos de AP en 58 centros de España, el 41% de los pacientes piensa que en las decisiones médicas debe participar sólo el médico pero un 60% declaran que les habría gustado opinar sobre las opciones planteadas pero el médico no les animó a ello¹⁰⁷.

Práctica clínica centrada en el paciente es aquella que tiene por objetivo diagnosticar, prevenir y tratar al paciente de manera acorde a los conocimientos de la Medicina Basada en la Evidencia (MBE), pero adaptándolos a la perspectiva vital del paciente, para así lograr una comprensión y una acción compartida de la enfermedad, sus consecuencias y su tratamiento.

Figura 5. Definición del modelo centrado en el paciente¹⁰⁴

El IOM (Institute of Medicine) de USA, considera que centrarse en el paciente es uno de los 6 objetivos clave de un sistema sanitario de calidad en el S. XXI¹⁰⁸.

Diferentes estudios aportan más datos sobre las diferentes facetas en la CCP. Una reciente revisión Cochrane (2014)¹⁰⁹, evalúa los ensayos clínicos entre 2008 y 2011 en los cuales la intervención es ayudar a los pacientes en sus decisiones, valorando beneficio y riesgo a través de la información acerca de las opciones de screening o tratamiento, comparado con los cuidados habituales. Los resultados muestran una evidencia de alta calidad a favor de la ayuda en las decisiones en comparación con la atención habitual, mejorando el conocimiento de los pacientes acerca de las opciones, y reduciendo el conflicto decisional relacionado con sentirse desinformados y confusos respecto a sus valores personales. Sin embargo, la implicación activa de los pacientes en la toma de decisiones y la percepción de riesgo muestran una evidencia moderada. Finalmente, esta revisión no muestra correlación entre la opción elegida y los valores del paciente. No se obtienen conclusiones sobre el detalle necesario en la ayuda prestada, ni la adherencia a la opción elegida.

Internet y las redes sociales también acogen el modelo de la CCP:

- El grupo de trabajo dirigido por el Dr Fegurson, defensor del empoderamiento del paciente, trabaja en internet con colegas y pacientes: “La visión médica del mundo en el siglo XX no reconoce la legitimidad de la competencia médica y la autonomía del paciente. Por eso, sus indicadores, métodos de investigación y vocabulario cultural son poco adecuados para el estudio de este campo emergente. Es necesario algo parecido a una actualización de nuestro sistema de pensamiento, un nuevo sistema operativo cultural para una atención sanitaria en la que los e-pacientes pueden ser reconocidos con autonomía para gestionar gran parte de su propio cuidado, atender al cuidado de otros, ayudar a los profesionales a mejorar la calidad de sus servicios, participar plenamente en nuevos tipos de colaboración médico-paciente, realizar investigaciones iniciadas por los pacientes y autogestionar su cuidado. Su grupo introduce conceptos como las “Redes Centradas en el Paciente: Comunidades de Cuidados Conectadas”¹¹⁰ .
- En 2011 un e-libro ve la luz fruto del trabajo colaborativo: El ePaciente y las redes sociales, donde se abordan entre otros temas, la transformación de los sistemas sanitarios debido a la facilidad y cercanía de la información y a la posibilidad de mejorar la comunicación entre médicos y pacientes¹¹¹ .
- El paciente es hoy, o puede ser, una persona mejor informada, con criterio, que sabe lo que le gustaría y que rechaza lo que no se adapta a sus expectativas. La sociedad ha entendido que la seguridad del paciente aumenta con la información. Los pacientes se han organizado en internet. Un ejemplo en nuestro entorno actual es la escuela de pacientes (<http://www.escueladepacientes.es>).
- En la actualidad la creatividad de los modelos centrados en el paciente ha llevado a crear materiales más didácticos que facilitan la toma de decisiones compartidas <http://shareddecisions.mayoclinic.org/>

En relación con esta globalización, Glyn Elwyn en una carta a la WONCA expresa: “nuestra comprensión de la consulta está evolucionando, en parte por la investigación, y en parte por nuestra manera de ver el mundo”¹¹² .

1.2.3 La Entrevista Motivacional

La Entrevista Motivacional (EM) es descrita por primera vez por William R. Miller en 1983 a partir de su experiencia de intervención clínica con pacientes con adicción al consumo de alcohol, en los cuales es determinante la motivación del paciente para cambiar sus hábitos. A partir de la

publicación del primer artículo de Miller, Stephen Rollnick empieza a divulgar estas ideas en cursos de formación en el Reino Unido.

Juntos desarrollan una descripción más completa de este tipo de entrevista en las diferentes ediciones de su libro "Entrevista Motivacional". En la primera edición (1991)¹¹³ se centran en la aplicación al tratamiento de adicciones, en la segunda edición (2002)¹¹⁴ se proponen la aplicación de este tipo de entrevista a un abanico más amplio de áreas problemáticas. En la tercera edición (2013)²⁶, con más de 25000 artículos publicados en el mundo sobre EM, y más de 200 ensayos clínicos aleatorios, se centran más en la forma de conceptualizar y de enseñar la EM.

La Entrevista Motivacional no es un mero conjunto de habilidades para el profesional. Un uso honesto de la EM implica ser fiel a unos principios básicos, al Espíritu de la EM, que los autores dividen en cuatro componentes:

- **Colaboración:** Se trata de crear una atmósfera interpersonal positiva, que conduzca al cambio, sin presionar. El terapeuta no puede conseguir él solo que la otra persona cambie.
- **Aceptación:** Que a su vez se subdivide en cuatro elementos: valor esencial, empatía precisa, promover la autonomía y afirmación. Implica apreciar el valor y potencial de cada persona, sin juicios preconcebidos (valor esencial), con un interés activo y un esfuerzo por comprender el punto de vista del otro (empatía), respetando el derecho y la capacidad del otro por decidir qué dirección tomar, sin presionar (autonomía) y reconociendo sus capacidades y esfuerzos (afirmación).
- **Compasión:** Entendida como dar prioridad a las necesidades del otro, como buscar el bien de la persona. El componente ético en la orientación del paciente es muy relevante.
- **Evocación:** Las personas ya tienen en su interior buena parte de lo que necesitan para cambiar. La tarea del profesional consiste en evocarlo y activarlo.

Miller y Rollnick proporcionan tres definiciones de Entrevista Motivacional:

- La primera está orientada al público en general, y responde a la pregunta ¿para qué sirve? "La EM es un estilo de conversación colaborativo cuyo propósito es reforzar la motivación y el compromiso de la persona con el cambio". El estilo general comunicativo en la EM implica que el profesional debe actuar como Guía, a medio camino entre un estilo Directivo (normativo) y un estilo de Acompañamiento (sin influencia), como mejor enfoque para abordar la ambivalencia (motivos para cambiar, y motivos para seguir igual).

- La segunda definición tiene una orientación profesional y responde a la pregunta ¿por qué querría aprender a llevar a cabo la EM y cómo la usaría? “La EM es un estilo terapéutico centrado en la persona que aborda el habitual problema de la ambivalencia al cambio”. Esta ambivalencia hace que se tengan en cuenta tanto las razones para cambiar, como las razones para no hacerlo.
- La tercera es una definición terapéutica más técnica, que respondería a la pregunta ¿cómo funciona? “La Entrevista Motivacional es un estilo de comunicación colaborativo y orientado a objetivos y que presta especial atención al lenguaje del cambio. Está diseñada para reforzar la motivación personal y el compromiso con un objetivo concreto, suscitando y explorando los motivos que tiene la propia persona para cambiar, en una atmósfera de aceptación y compasión”.

El método de la Entrevista Motivacional ha ido evolucionando a lo largo de estos más de 30 años de experiencia acumulada. En la actualidad, se presenta la EM como un conjunto de cuatro grandes procesos que se inician en momentos diferentes, pero que se solapan en el tiempo (no habría, en este sentido, fases diferenciadas que deben seguirse de forma correlativa, sino que el enfoque sería más bien el de aproximaciones sucesivas, un enfoque más circular que lineal). Los procesos serían (ver Figura 6):

- Vincular. Proceso por el que las dos partes establecen una conexión de ayuda y/o relación terapéutica. Es un requisito previo para lo siguiente. El vínculo conseguido es el grado en que el paciente se siente cómodo y participante activo durante la consulta. Lo contrario al vínculo es la discordancia, o falta de armonía en la relación terapéutica.
- Enfocar. Proceso que permite determinar el objetivo, así como desarrollar y mantener una dirección concreta en la conversación sobre el cambio. Entre otras cosas supondrá pactar la agenda (cuáles de los diversos problemas o preocupaciones se van a abordar y cuáles quedan para más adelante).
- Evocar. Consiste en ayudar a la persona a enunciar los argumentos para cambiar. Durante este proceso las ambivalencias y el discurso de mantenimiento deben ir dando paso al discurso de cambio, a partir de las propias motivaciones de la persona.
- Planificar. Tiene lugar cuando la motivación del paciente llega a un cierto nivel, de forma que empieza a hablar más sobre cómo y en qué momento cambiar, en lugar de sobre si debe o no cambiar, hay que encontrar la oportunidad para plantear opciones y planificarlas. Una forma de identificar el grado de preparación del paciente para dar ese paso es recapitular y hacer una pregunta clave que invite a imaginar cuál va a ser el

siguiente paso. Si el paciente lo da, habría que darle forma de compromiso, planificarlo, consolidarlo y apoyarlo.

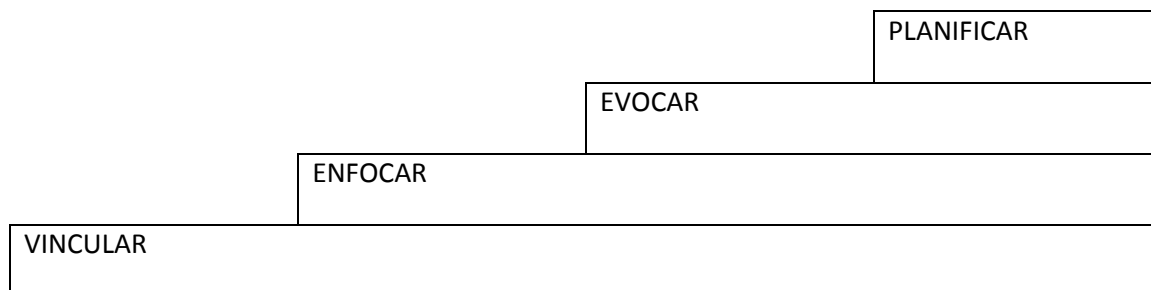


Figura 6. Los cuatro procesos de la Entrevista Motivacional

Las habilidades fundamentales de la Entrevista Motivacional se usan de forma combinada en los cuatro procesos detallados anteriormente. Estas habilidades se recuerdan con el acrónimo OARS (Open questions, Affirmations, Reflections, Summary) y consisten en lo siguiente:

- Formular preguntas abiertas, que invitan a reflexionar y elaborar las respuestas.
- Hacer afirmaciones, acentuando los aspectos positivos, buscando y reconociendo las fortalezas y los esfuerzos de la persona.
- Realizar escucha reflexiva, repitiendo y reflejando las ideas del propio paciente que van en la línea del objetivo terapéutico.
- Resumir, es un tipo especial de reflejo que permite hacer la transición entre diversas tareas. Otra manera de resumir es solicitar al paciente si tiene alguna cosa más que añadir.

También forma parte de la EM informar y aconsejar. Ahora bien, siempre con “permiso” del paciente, y teniendo en cuenta su punto de vista, sus valores (Aceptación) y sus necesidades (Compasión). Para informar, la dinámica habitual es la de preguntar-informar-preguntar, reconociendo de este modo la autonomía y la experiencia del paciente. Se usará el consejo siempre después de vincular, con moderación, insistiendo en la libertad personal y dando varias opciones.

Todo ello, confiere a la EM un estilo propio, que se describe en la Tabla 6.

Enfoque fundamental de la EM	Enfoques opuestos a la EM
<p>Colaboración</p> <p>Implica una relación que honra las habilidades y la perspectiva del cliente. El consejero provee una atmósfera que conduce al cambio, en lugar de obligar al cambio.</p>	<p>Confrontación</p> <p>El profesional reemplaza la perspectiva del cliente al suponerle incapaz, imponiéndole una concienciación y aceptación de una “realidad” que el cliente no puede ver o que no admite.</p>

Enfoque fundamental de la EM	Enfoques opuestos a la EM
<p>Evocación</p> <p>Se supone que los recursos y la motivación para el cambio residen dentro del cliente. Se fomenta la motivación intrínseca cuando es extraída desde las propias percepciones, metas y valores del cliente.</p>	<p>Educación</p> <p>Se presume que el cliente no posee los conocimientos, elementos o habilidades necesarias para que se produzca el cambio. El consejero busca subsanar esos déficits proporcionando la aclaración necesaria.</p>
<p>Autonomía</p> <p>El profesional reconoce el derecho y la capacidad del cliente de decidir sobre su comportamiento y facilita una elección informada.</p>	<p>Autoridad</p> <p>El profesional dice al cliente lo que tiene que hacer.</p>

Tabla 6. Enfoques de la Entrevista Motivacional²⁶

1.2.3.1 Metaanálisis y revisiones en EM

Varios metaanálisis y revisiones se han publicado hasta la fecha sobre la eficacia en EM (Tabla 7). A continuación se presentan los principales metaanálisis y revisiones, tanto sistemáticas como narrativas, sobre la eficacia de la EM¹¹⁵.

Una primera revisión sistemática de 29 ensayos clínicos aleatorizados realizada por Dunn et al. (2001)¹¹⁶ examina el impacto de intervenciones breves siguiendo los principios de la EM. El 60% de los estudios reportan al menos un efecto significativo en el cambio de conducta, encontrándose la evidencia más sólida en el abuso de drogas, con pruebas sustanciales de que la EM es eficaz cuando es utilizada por clínicos no expertos en el tratamiento de comportamientos adictivos. Sin embargo, los datos son 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. (2003, 2004)¹¹⁷ en un metaanálisis que incluye 30 ensayos clínicos, aportan los efectos de varias adaptaciones de la EM en diversos problemas de conducta. Sugieren que sus efectos son equivalentes a los de otros tratamientos activos, y moderadamente superiores a no tratamiento y/o placebo en problemas de abuso de alcohol, drogas o dieta y ejercicio, no apoyando su eficacia para otras conductas examinadas. Posteriormente, los mismos autores amplían la investigación¹¹⁸ obteniendo hallazgos coincidentes con los anteriores y destacando la existencia de problemas metodológicos en los estudios que dificultan la obtención de conclusiones.

El metaanálisis de Rubak et al. (2005)¹¹⁹, en el que se incluyen 72 ensayos clínicos controlados, estima que la EM produce un efecto clínico en el 74% de los estudios, tanto en problemas psicológicos como físicos. La revisión demuestra que intervenciones cortas, incluso de solamente 15 minutos, son efectivas, y que la probabilidad de éxito aumenta con el número de encuentros

con el paciente y con periodos de seguimiento más prolongados. Esta revisión arroja nueva luz sobre la hipótesis de que la eficacia de la EM depende de la formación y del perfil del profesional, ya que no se observan diferencias significativas en el porcentaje de los estudios que obtienen un efecto a favor de la EM en función de si son conducidas por psicólogos, psiquiatras o médicos generales.

Hettema et al. (2005)¹²⁰ revisan 72 ensayos clínicos en los que la EM se utiliza como intervención única o complementada con feedback o con otro tipo de abordajes. Se encuentra el apoyo más fuerte para la EM en los estudios sobre abuso de sustancias, con la excepción del abandono de tabaco, así como efectos positivos en la adherencia a la dieta, ejercicio físico y cumplimiento terapéutico. Esta revisión destaca dos observaciones: una gran variabilidad en las magnitudes del efecto en los diferentes estudios en función del problema dominante, la población, los terapeutas o la duración del seguimiento, y que los efectos de la EM, aunque tienden a verse precozmente, decaen con el paso del tiempo, lo que coincide con lo señalado por otros autores¹²¹. Miller¹²² constata 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 EM es utilizada conjuntamente con otros tratamientos conductuales.

Una revisión sistemática llevada a cabo por Knight et al.¹²³ en la que se analizan 8 ensayos clínicos que utilizan la EM en diferentes enfermedades crónicas y cuidados en salud, encuentra que la mayoría de ellos muestran un resultado positivo en cambios fisiológicos y estilos de vida, pero destaca la baja calidad y validez de los estudios, que impide sacar conclusiones firmes sobre su efectividad.

Vasilaki et al. (2006)¹²⁴, en un metaanálisis con una cuidadosa selección de 15 estudios controlados aleatorizados, demuestran la eficacia de la EM en la reducción del consumismo de alcohol en bebedores jóvenes.

Martins et al. (2009)¹²⁵ publican una revisión sistemática de 37 estudios abarcando diversos ámbitos de la salud física cuyos resultados señalan que la EM 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.

En el tabaquismo, los resultados son contradictorios. Una revisión Cochrane de 14 estudios llevada a cabo por Lai et al.¹²⁶ sobre intervenciones motivacionales, concluye que la EM parece tener éxito moderado en comparación con la atención habitual o el asesoramiento breve, y que

las sesiones largas, de 20 minutos o más, parecen obtener mejores resultados que las breves. Otra interesante conclusión es que las intervenciones realizadas por médicos generales obtienen mayores beneficios que las conducidas por el personal de enfermería, consejeros o el equipo de investigación, aunque estos hallazgos se fundamentan sólo en dos estudios. Piñeiro et al.¹²⁷ destacan que la gran variabilidad y heterogeneidad de los estudios dificulta su comparación e impide sacar conclusiones firmes en cuanto a la eficacia de la EM.

El más completo metaanálisis realizado hasta la fecha es el publicado por Lundahl et al.¹²⁸, con un total de 119 ensayos clínicos controlados, incluyendo sólo aquellos con diseños que aíslan la contribución de la EM o que comparan la EM con otro tratamiento. El mayor porcentaje de los ensayos considerados se centran en el campo de las adicciones y en comportamientos saludables. De este metaanálisis se extraen interesantes conclusiones:

- En cuanto a su eficacia, la EM ejerce pequeños pero importantes efectos positivos en una amplia gama de problemas, aunque muestra un potencial diferente según las áreas y no funciona en todos los casos. El 75% de los estudios obtienen una mejora y sólo el 25% muestran efectos que van de cero a resultados muy negativos. 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 EM 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 sesiones de EM.
- Los resultados señalan que la EM 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.

Una revisión posterior, realizada por Thompson et al. (2011)¹²⁹ que examina varios estudios publicados entre 1999 y 2009, concluye que la EM es un medio atractivo y eficaz para lograr cambios en el comportamiento, con un potencial muy prometedor para mejorar la salud cardiovascular, pero todavía restan ciertas lagunas que deberán ser abordadas. Incide en la necesidad de garantizar una formación adecuada de los profesionales que utilizan la EM.

En el mismo año, Armstrong et al. (2011)¹³⁰ realizan un metaanálisis que incluye 11 estudios en los que observan que la EM se asocia con una reducción significativa del peso. Resaltan la necesidad de evaluación de la fidelidad de la intervención aplicada para garantizar la calidad y la transparencia.

En la misma línea del metaanálisis publicado previamente por Lundahl et al. (2010)¹³¹, en 2013 los mismos autores realizan una revisión sistemática de 48 ensayos clínicos en los que encuentran un efecto beneficioso de la EM en varias áreas exploradas. No encuentran un efecto significativo en variables como trastornos de la conducta alimentaria, adherencia al tratamiento farmacológico, autocuidado, lactancia materna o glucemia. Sólo ocho de los estudios revisados evalúan la fidelidad de la EM, constatando que a mayor fidelidad, menor es el efecto producido por la EM.

En el pasado año 2014 se publica una revisión de 10 estudios por O'Halloran et al.¹³² en la que se observa que la EM consigue mejoras en la actividad física en pacientes con enfermedades crónicas. En el mismo año se publica un metaanálisis de 7 estudios que relacionan la EM con la tensión arterial realizado por Ren et al.¹³³, en el que se demuestra que la EM tiene un efecto significativo sobre la tensión arterial sistólica. Los efectos sobre la tensión arterial diastólica no son concluyentes.

Finalmente, este último año 2015 se publica una revisión Cochrane de Lindson-Hawley et al.¹³⁴ en la que incluyen 28 estudios. Se concluye que la EM es más eficaz que el consejo breve o la atención habitual en el cese del hábito tabáquico. También se observa que la EM es más eficaz cuando es llevada a cabo por médicos generales o por asesores capacitados.

En la Tabla 7, mostrada a continuación, se recoge el resumen de los metaanálisis y revisiones previamente comentados.

Autor y año	Nº estudios	Áreas	Observaciones
Dunn et al 2001	29	Abuso sustancias Tabaco Riesgo VIH Dieta/ejercicio	Evidencia más sólida para EM en abuso de sustancias.
Burke et al. 2003	30	Abuso sustancias Alcohol Dieta/ejercicio Tabaco Riesgo VIH Adherencia tratamiento Trastornos alimentarios	Efectos EM equivalentes a tratamientos activos y superiores a no tratamiento en alcohol, drogas, dieta/ejercicio.
Burke et al. 2004	38	Abuso sustancias Alcohol Dieta/ejercicio Tabaco Riesgo VIH Cumplimiento tratamiento Desórdenes alimentarios Asma Riesgo lesiones	Potenciales efectos en bulimia y cumplimiento terapéutico, pero evidencia insuficiente.
Rubak et al. 2005	72	IMC Colesterol total TA sistólica Alcohol Tabaco HbA1c	Efecto significativo en varias de las áreas examinadas. Mayor probabilidad de éxito a mayor número de encuentros y mayor periodo de seguimiento. Sin diferencias en función del perfil del profesional.
Hettema et al. 2005	72	Alcohol Drogas Tabaco VIH Dieta/ejercicio Adherencia tratamiento Ludopatía Desórdenes alimentarios Purificación agua Relaciones personales	Efecto sinérgico de la EM con otros tratamientos conductuales. Peores resultados cuando los profesionales se guían por un manual.
Knight et al. 2006	8	Diabetes Asma HTA Hiperlipidemia Patología cardiaca	Sin conclusiones sólidas en enfermedades crónicas y cuidados de salud debido a la baja calidad de los estudios.
Vasilaski et al. 2006	15	Alcohol	EM efectiva en alcohol comparada con tratamiento activo o no tratamiento.
Martins et al. 2009	37	Dieta/ejercicio Diabetes Salud oral	Se debe examinar la utilidad de la EM para fines distintos a los dietéticos, así como la persistencia en el tiempo de los efectos de la EM.

Autor y año	Nº estudios	Áreas	Observaciones
Lai et al. 2010	14	Tabaco	Mejores resultados con sesiones más largas pero no existen conclusiones claras sobre el número óptimo de sesiones.
Piñeiro et al.(25) 2010	33	Tabaco	Gran heterogeneidad de los estudios que impide sacar conclusiones en el ámbito del tabaquismo.
Lundahl et al. 2010	119	Alcohol Tabaco Drogas Juego Conductas de riesgo Comportamiento saludables Trastornos alimentarios Bienestar general Cumplimiento /adherencia Prácticas crianza	Diferente potencia de la EM según las situaciones tratadas. Los resultados se ven influidos por los participantes y los factores de aplicación de la EM.
Thomson et al 2011	4 meta-análisis, 1 revisión sistemática 3 revisiones literatura 5 estudios principales	FRCV	EM potencial prometedor en el campo de la salud cardiovascular. Se necesita identificar el perfil de personas con más probabilidades de responder.
Amstrong et al. 2011	11	Dieta/ejercicio	La EM parece aumentar la pérdida de peso en pacientes con sobrepeso y obesidad.
Lundahl et al. 2013	48	Alcohol Tabaco Drogas Dieta/ejercicio Hiperlipidemia TA VIH carga viral Salud oral Adherencia terapia Mortalidad	El efecto global muestra una diferencia estadísticamente significativa favorable a la EM en un 63% de los resultados.
O'Halloran et al. 2014	10	Ejercicio	Cuando se confirma la fidelidad al tratamiento, se encuentra un efecto mayor.
Ren et al. 2014	7	TA sistólica	La EM muestra efecto significativo en la presión arterial sistólica después de la intervención y en el seguimiento.
Lindson-Hawley 2015	28	Tabaco	Mayor eficacia de la EM en fumadores frente al consejo breve o atención habitual. Mejores resultados en sesiones más breves. Probable sesgo de publicación.

Tabla 7. Metaanálisis y revisiones sobre Entrevista Motivacional

1.2.3.2 Entrevista Motivacional y manejo de los hábitos saludables en Atención Primaria

El número de ensayos clínicos desarrollados a día de hoy en Atención Primaria de Salud (APS) que tratan de demostrar la aplicabilidad y eficacia de la EM es ya de una importancia considerable. Sin embargo, todavía es difícil extraer conclusiones en este ámbito. El equipo de investigación, en un reciente artículo publicado, analiza los problemas de salud abordados principalmente en el contexto de Atención Primaria mediante la EM y la magnitud de su efecto¹¹⁵, destacando los siguientes estudios:

Tabaco

Destacan 3 grandes estudios dirigidos a pacientes fumadores. El primero¹³⁵ compara una intervención motivacional realizada por médicos de familia con el consejo breve. Se obtiene un mayor porcentaje de abstinencia autorreferida en el último mes entre los fumadores que reciben EM, pero sin alcanzar significación estadística. Sin embargo, pocos abandonan el consumo de tabaco. Los autores señalan que una capacitación más intensiva de los profesionales podría producir mejores resultados.

El segundo ensayo clínico, realizado por Soria et al.¹³⁶, compara la EM frente al consejo breve. En ambos grupos se ofrece la posibilidad de tratamiento farmacológico concomitante a los pacientes con gran dependencia de la nicotina. La eficacia de las intervenciones se valora midiendo el número de cigarrillos/día, el grado de dependencia a la nicotina y nivel de CO en aire espirado. Los resultados muestran que la intervención motivacional es más exitosa que el consejo antitabaco, con una abstinencia del 18,4% a los 12 meses frente al 3,4% en el grupo control. Las diferencias en la frecuencia de la intervención en ambos grupos (3 sesiones en el grupo experimental frente a una en el grupo control) indican que la intensidad de la intervención puede ser responsable del mayor grado de abstinencia en el grupo de EM. Los autores consideran que los mejores resultados obtenidos con respecto al estudio de Butler et al.¹³⁵ pueden atribuirse en parte al hecho de que los profesionales que realizan las entrevistas son los médicos de APS habituales de los pacientes. Otra diferencia importante radica en la intensidad de la intervención: tres entrevistas en el estudio de Soria frente a una sola en el de Butler.

Finalmente, un estudio multicéntrico realizado por Cabezas et al.¹³⁷ a través de la Red de Actividades Preventivas y Promoción de la Salud en Atención Primaria (rediAPP) evalúa una intervención intensiva durante 6 meses siguiendo las directrices de la EM y con apoyo de agentes farmacológicos. La intervención muestra ser eficaz a largo plazo, con una pequeña, pero estadísticamente significativa, mayor tasa de abstinencia continua de un año tras dos años de seguimiento.

Ejercicio, dieta y peso

Un gran número de enfermedades crónicas están relacionadas con comportamientos asociados con la inactividad, la mala alimentación y la obesidad. No resulta sorprendente por tanto el predominio de ensayos clínicos que han focalizado su atención en intervenciones de promoción de hábitos saludables de dieta, ejercicio y control de peso.

Harland et al.¹³⁸ evalúan la eficacia de las combinaciones de tres métodos para promover la actividad física en adultos sedentarios, comparando dos intervenciones motivacionales de diferente intensidad con un grupo control que recibe consejo breve. Observan una mejora significativa de la actividad en los grupos de intervención en relación con los controles a las 12 semanas, sin diferencias entre la intervención motivacional de mayor o menor intensidad. Al año de seguimiento, no existen diferencias en la actividad física entre los grupos de intervención y el grupo control, debido tanto a un decaimiento de los efectos en el grupo de intervención como a una ligera mejoría en el grupo control. Una limitación de este estudio es que el número medio de sesiones de EM en el grupo de intervención más intensiva fue sólo 3 de las 6 posibles.

Elley et al.¹³⁹ evalúan, en un ensayo aleatorio, la eficacia a largo plazo de una intervención de asesoramiento sobre actividad física por medio de entrevistas personales y telefónicas. Observan un aumento significativo en el grupo de intervención en la actividad física y el gasto total de energía, así como en la salud general, función física, vitalidad y dolor corporal. Se evidencia una tendencia hacia la disminución de la presión arterial en el grupo de intervención, pero sin diferencia significativa con el grupo control, como tampoco en el cambio del riesgo coronario. Los autores consideran que la intervención es sostenible en la práctica médica general.

En la misma línea, Lawton et al.¹⁴⁰ evalúan la eficacia de una intervención en APS basada en la prescripción de ejercicio en mujeres relativamente inactivas. Aunque ambos grupos aumentan su actividad física, una mayor proporción alcanza la meta de 150 minutos semanales en el grupo de intervención a los 12 meses, con niveles decrecientes pero todavía significativamente diferentes a los dos años.

Un estudio realizado por Ackerman et al.¹⁴¹ trata de comprobar si los adultos que reciben una breve EM por su médico de familia avanzan en las etapas del cambio en relación con aumentar su actividad física. El 80% de los participantes avanzan al siguiente estadio de cambio y aumentan su actividad. A pesar de sus importantes limitaciones (muestra pequeña y ausencia de grupo control) el estudio aporta evidencia de que la EM puede ser implementada en APS y además con un coste-efectividad aceptable.

Sjöling et al.¹⁴² publican recientemente un estudio combinando EM y prescripción de actividad física en sujetos con hipertensión arterial leve a moderada. Observan reducciones significativas en la presión arterial, frecuencia cardíaca, peso, índice de masa corporal y perímetro abdominal, así como en la captación máxima de oxígeno. La calidad de vida relacionada con la salud indica también una mejora en función física, vitalidad y dolor corporal. Sin embargo, aunque este estudio proporciona datos muy interesantes, no permite extraer conclusiones firmes ya que se concibe como un estudio piloto.

Greaves et al.¹⁴³ analizan si un programa basado en EM en pacientes con sobrepeso captados en APS logra reducir el riesgo de diabetes mediante la pérdida de peso y aumento de actividad física en mayor medida que la intervención habitual. Una proporción significativamente mayor en el grupo de intervención alcanza la meta del 5% de pérdida de peso. En cuanto a actividad física, no hay diferencias significativas. La principal limitación de este estudio es su corto periodo de seguimiento de 6 meses.

Un ensayo clínico para comprobar la eficacia para reducir los factores de riesgo cardiovascular (FRCV)¹⁴⁴ también compara un abordaje motivacional con el estándar. El grupo de intervención incrementa significativamente su nivel de actividad física, produciéndose una reducción de peso, presión arterial y colesterol sérico. Estos efectos son mayores en los que asisten a un mayor número de sesiones.

Adherencia a tratamiento

Un estudio reciente en nuestro medio demuestra que la EM mejora la adherencia terapéutica en pacientes mayores de 65 años con enfermedades crónicas¹⁴⁵.

Enfermedades relacionadas con riesgo cardiovascular

Woollard et al.^{146, 147} tratan de demostrar cómo un programa implementado por enfermeras de APS con entrenamiento intensivo (170 horas de formación) en técnicas de Counseling utilizando la EM podría reducir los FRCV en pacientes con riesgo vascular elevado. En contra de lo esperado, los resultados no muestran diferencias significativas entre los grupos de intervención (2 grupos con distinto número y duración de las sesiones) ni con el grupo control. Se observan mejoras en la dieta y perfil lipídico en los 3 grupos, pero sin diferencias significativas, así como tampoco en el grado de control de la presión arterial¹⁴⁷ a los 12 y 18 meses, aunque sí hay una reducción en el número de fármacos antihipertensivos en el grupo con la intervención de mayor intensidad. Por tanto, un Programa Formativo intensivo de las enfermeras no ha mostrado beneficios en relación con la atención de rutina proporcionada por los médicos generales interesados.

Con el fin de examinar si la formación en EM de los médicos generalistas mejora el conocimiento de su enfermedad en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, sus creencias sobre prevención y tratamiento, y su motivación para el cambio de comportamiento, Rubak et al.¹⁴⁸ diseñan un ensayo con asignación aleatoria de los profesionales a 2 grupos, uno con y otro sin formación en EM. Las conclusiones indican que, en los pacientes de los médicos con formación específica, se obtiene una mejora significativa en los aspectos mencionados. En un seguimiento posterior, los mismos autores evidencian una adherencia terapéutica cercana al 100%, así como una mejora significativa en las cifras de hemoglobina glicosilada (HbA1c), pero sin diferencias entre ambos grupos¹⁴⁹. Los autores atribuyen estos resultados al hecho de que los profesionales del grupo control pueden haber tomado los elementos básicos de EM, y los médicos formados en EM utilizan menos de 2 de cada 3 consultas previstas. El seguimiento de este estudio a 5 años revelará si la EM tiene efectos durante un periodo de tiempo más largo.

McHugh et al.¹⁵⁰ estudian la efectividad de un programa de cuidado compartido dirigido por enfermeras para mejorar los FRCV y el estado de salud en los pacientes en espera de cirugía de revascularización coronaria. En comparación con los pacientes que reciben la atención habitual, los participantes del programa probado mejoran en el manejo de los FRCV, la ansiedad y la depresión, así como en la percepción de su estado de salud.

En el estudio de Kreman et al.¹⁵¹ se examinan los efectos de una intervención telefónica basada en EM en personas con hiperlipidemia. A los 3 meses hay una reducción significativa en el colesterol total y colesterol LDL en el grupo de intervención. En el grupo control, aunque hay una disminución, no es estadísticamente significativa. El pequeño tamaño de la muestra y el breve periodo de seguimiento impiden extraer conclusiones consistentes de este ensayo.

Como conclusión final de esta revisión se resalta que las numerosas evidencias indican que la EM puede ser incorporada en una amplia gama de intervenciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, y parece tener una aplicación potencial a través de diversos profesionales y centros de atención sanitaria, incluyendo los de APS. De los metaanálisis existentes se desprende además la presencia de un efecto positivo de la EM en un elevado número de ensayos al compararse con lo que podemos llamar «tratamiento habitual», y la mejora con el aumento de la intensidad (cantidad de entrevistas), pareciendo ser eficaz incluso con breves encuentros. Sin embargo, como sus autores reconocen, la EM no es una panacea para el abordaje de todas las situaciones y problemas a los que debe enfrentarse el profesional de salud.

La investigación en este campo presenta una serie de problemas identificados que son comunes a la mayoría de estudios: tamaños de muestra pequeños, falta de poder estadístico o validación

inadecuada de las medidas. Asimismo, en muchas ocasiones no se proporciona información sobre la calidad de la intervención aplicada y mucho menos se documenta la fidelidad de su aplicación ni los instrumentos de medida de la misma, como tampoco la formación de los profesionales que utilizan la EM.

Son necesarios pues estudios de calidad metodológica adecuada que arrojen más luz y confirmen la utilidad y aplicabilidad de la EM en distintos ámbitos, en particular en el entorno de APS, con las limitaciones de tiempo y la gran variabilidad de problemas y población atendida y en un contexto como el actual que no podemos considerar como el más propicio.

En la siguiente tabla (Tabla 8) se recoge un resumen de los artículos comentados.

Área de intervención	Autor y año	Población	Profesionales	Intervención EM	Grupo control	Seguimiento
Tabaco	Butler et al. 1999	536 pacientes Edad media 41 años	21 médicos generales	1 intervención de duración media de 10 min	Consejo breve	6 meses
Tabaco	Soria et al. 2006	200 pacientes 15-75 años	5 médicos APS	3 entrevistas de 20 min sin protocolo establecido para el lapso de tiempo entre las entrevistas	Consejo breve: una entrevista de 3 min.	6 y 12 meses
Tabaco	Cabezas et al. 2011	2827 pacientes 14-85 años	Médicos de APS de 82 Centros de Salud	9 visitas programadas a lo largo de 6 meses	Consejo breve	2 años Evaluaciones a los 6 meses, 1 y 2 años

Área de intervención	Autor y año	Población	Profesionales	Intervención EM	Grupo control	Seguimiento
Actividad física	Harland et al. 1999	523 adultos 40-64 años	Enfermeras comunitarias	4 grupos : - 1 sesión 40 min en 2 semanas con regalo cupones ejercicio - 1 sesión 40 min en 2 semanas sin regalo cupones ejercicio - 6 sesiones de 40 min en 12 semanas con regalo cupones - 6 sesiones de 40 min en 12 semanas sin regalo cupones	Información y consejo breve	12 meses
Actividad física	Elley et al. 2003	878 adultos 40-79 años	117 médicos y enfermería APS, más especialistas ejercicio	“Prescripción verde”: entrevista personal 7-13 min (médico o enfermería), completada con al menos 3 telefónicas en 3 meses realizadas por especialistas en ejercicio, y envío material por correo	Atención habitual por su médico de APS	12 meses
Actividad física	Lawton et al. 2008	1089 mujeres 40-74 años	Médicos y enfermería AP	“Prescripción verde” ampliada: entrevista personal al inicio y a 6 meses (30 min) completada con llamadas telefónicas de 15 min (promedio 5 llamadas) a lo largo de 9 meses	Atención habitual por su médico de APS	12 y 24 meses

Área de intervención	Autor y año	Población	Profesionales	Intervención EM	Grupo control	Seguimiento
Actividad física	Ackerman et al. 2011	30 adultos Media: 52,4 años	1 residente de medicina familiar y 2 enfermeras de familia	3 sesiones EM: 1 personal (30 min) y 2 telefónicas (15-20 min) con un mes de intervalo	Sin grupo control	3 meses
Actividad física	Sjöling et al. 2011	31 adultos ≥ 18 años HTA leve a moderada y sedentarios	Enfermería	4 entrevistas (inicio, 3, 9 y 15 meses)	Sin grupo control	15 meses
Dieta Actividad física	Greaves et al. 2008	141 adultos ≥ 18 años IMC ≥ 28 Kg/m ²	Asesores en promoción de la salud (enfermería de rehabilitación, graduados en ciencias del deporte y la salud)	11 entrevistas: personales (media 8) y telefónicas (media 1,5). Duración media: 34 min/sesión	Información habitual sobre dieta y ejercicio	6 meses
Dieta Actividad física	Hardcastle et al. 2008	334 adultos. 18-65 años 1 o más FRCV: Sobrepeso, hipercolesterolemia o HTA	Especialista en actividad física y dietista	1 entrevista inicial con la oportunidad de asistir a 4 más (duración media 20-30 min) a lo largo de 6 meses. Media de sesiones a las que asistieron: 2	Información habitual sobre dieta y ejercicio	6 meses
Peso Actividad física Dieta: grasas, sal, fibra Tabaco TA	Woollard et al. 2003	212 adultos 20-75 años HTA, enfermedad coronaria o diabetes mellitus tipo 2	Enfermería	2 grupos intervención: - Intensidad baja: 1 sesión personal inicial y contacto telefónico mensual (duración 10-15 min) durante los siguientes 12 meses - Intensidad elevada: sesiones individuales de hasta 60 minutos cada mes a lo largo de 12 meses	Atención habitual	12 y 18 meses

Área de intervención	Autor y año	Población	Profesionales	Intervención EM	Grupo control	Seguimiento
Conocimientos y actitudes hacia la enfermedad	Rubak et al. 2009	265 adultos Diabetes mellitus tipo 2 40-69 años	Médicos generales	Intervención intensiva en diabetes mellitus por médicos con formación EM	Intervención intensiva en diabetes mellitus por médicos sin formación EM	12 meses
Adherencia terapéutica	Rubak et al. 2011	Ver anterior	Médicos generales	Ver anterior	Ver anterior	Ver anterior
FRCV Ansiedad, depresión	McHugh et al. 2001	98 pacientes en espera de cirugía coronaria	Enfermeras de AP y enfermera cardiaca de enlace	Sesión mensual por rotación de enfermeras en el domicilio del paciente y en la clínica	Atención habitual	Pacientes en espera cirugía de revascularización coronaria
Hiperlipidemia	Kreman et al. 2006	24 adultos Hiperlipidemia sin ECV 39-67 años	Enfermería	Material educativo por correo EM telefónica: 1 sesión 30-45 min 2 semanas más tarde	Material educativo por correo. 1 sesión telefónica 30-45 min 2 semanas más tarde para comentar el material enviado	3 meses

Tabla 8. Evidencia actual de la Entrevista Motivacional en el abordaje de los problemas de salud en Atención Primaria.

Tres décadas después de su aparición, la EM ha llegado a ser un modelo desarrollado, maduro para la clínica y la formación y con suficiente investigación que avala su utilidad, pudiendo afirmar:

- Basada en la evidencia. Se han publicado más de 200 ensayos clínicos aleatorizados.
- Relativamente breve. Mayoritariamente se realiza como una intervención de entre 1 a 4 sesiones, e incluso en consultas relativamente breves de quince minutos o menos.
- Especificable y verificable. Se han desarrollado instrumentos fiables y válidos para medir la calidad de la práctica de la EM.
- Con mecanismos de acción comprobables.
- Generalizable en distintas áreas de dificultad.
- Complementaria de otros métodos de tratamiento. Es una herramienta para abordar una tarea concreta: resolver la ambivalencia en la dirección del cambio.

- Que se puede aprender de una gran diversidad de formadores, con procedencias profesionales variadas.

1.2.3.3 Formación en Entrevista Motivacional: Las 8 etapas del aprendizaje

Como ya se ha comentado previamente, la EM es una herramienta clínica diseñada para ayudar a los pacientes a resolver la ambivalencia frente al cambio al evocar motivación y compromiso. Los profesionales pueden adquirir experiencia experta en este método a través de una secuencia de ocho etapas, según Miller y Moyers¹⁵²:

- Etapa 1: El espíritu de la Entrevista Motivacional.

Apertura a un nuevo modo de pensar y hacer con respecto a los pacientes y sus motivos de consulta. Tener la intención de eliminar la falta de confianza y de desarrollar la curiosidad activa de conocer las perspectivas del paciente, buscando evocar las motivaciones para el cambio en el propio paciente. Los autores encuentran que desarrollar el espíritu de la EM se trata más del resultado de su práctica que de una precondition del profesional.

- Etapa 2: Habilidades para el consejo OARS-centrado en el paciente.

Adquirir competencia en el uso de la comunicación centrada en el paciente, particularmente en la habilidad de la empatía. La empatía es una habilidad clínica compleja que se puede fortalecer y en la que se debe profundizar a lo largo de décadas de práctica. La escucha empática incluye la reflexión acerca de lo que el paciente dice y lo que está experimentado y todavía no ha verbalizado. La escucha reflexiva se realiza a partir del acrónimo en inglés OARS: realizar preguntas abiertas (O), afirmar (A), reflejar (R) y resumir (S).

- Etapa 3: Reconocer y reforzar el discurso del cambio.

Desarrollar la capacidad de reconocer el discurso del cambio en los pacientes cuando aparece de forma natural en el contexto de ambivalencia. Prestar atención a las verbalizaciones que señalan deseo, posibilidad, motivos o necesidad, ya que predicen el compromiso de cambiar, que a su vez presagia el cambio en el comportamiento.

- Etapa 4: Provocar y fortalecer el discurso del cambio.

Una vez el profesional es capaz de reconocer el discurso del cambio, puede desarrollar la habilidad de provocarlo. Se trata de un esfuerzo intencionado cuyo objetivo es el de evocar el discurso del cambio en lugar de esperar a que ocurra de forma natural. Un

ejemplo de ello es el de realizar preguntas abiertas, las respuestas de las cuales son discursos de cambio. Una vez obtenido, el profesional lo refleja, lo reafirma o realiza preguntas sobre su elaboración.

- Etapa 5: Afrontar las resistencias.

En esta etapa se aprende a evitar provocar resistencias y a disiparlas cuando aparecen. Tras el discurso del cambio, el paciente y el profesional debaten sobre la ambivalencia interna del paciente. El profesional adopta una posición pro-cambio, mientras que el paciente discute en su contra. Se trata de afrontar las resistencias en lugar de oponerse a ellas. Existen varias estrategias para afrontar las resistencias: reflejo simple, reflejo complejo, ambos.

- Etapa 6: Desarrollar un plan de cambio.

Desarrollar la destreza de intentar la transición del discurso del cambio al desarrollo de un plan de actuación para conseguirlo. El proceso habitual para encontrar un buen momento para que ello ocurra, es el de ofrecer un resumen progresivo del discurso del cambio verbalizado por el paciente (deseo, habilidad, motivos y necesidad) y posteriormente lanzar una pregunta abierta cuya esencia sea la de “¿qué es lo siguiente?”. Si se trata de un momento adecuado para el cambio, el paciente procede a plantear cómo ocurrirá el cambio. Por el contrario, si se ha planteado de forma prematura, el paciente responderá con resistencias, por lo que el profesional volverá a las estrategias de la fase 1. La clave de esta etapa yace en la habilidad de desarrollar un plan de cambio específico sin evocar resistencias. Continuar explorando motivaciones para el cambio en esta etapa puede ser contraproducente.

- Etapa 7: Consolidar el compromiso del paciente.

Tras el desarrollo del plan, viene el paso crucial que consiste en el compromiso del paciente en llevarlo a término. Las habilidades en esta etapa son similares a las de la etapa 4, ya que lo fundamental es escuchar y respaldar el discurso del paciente que habla con un lenguaje de compromiso. El lenguaje del compromiso se entiende como el que implica una decisión o contrato una vez el plan de actuación ha sido diseñado. Se trata de aprender a consolidar dicho lenguaje.

- Etapa 8: Combinar la Entrevista Motivacional con otros métodos de consejo.

La EM no es la única herramienta en el repertorio de un profesional. Los pacientes que se presentan preparados para el cambio no deberían ser entrevistados con la EM, ya

que podría resultar frustrante o contraproducente. Forma parte de la destreza de un profesional reconocer a aquellos pacientes y circunstancias que pueden beneficiarse de la EM.

1.2.3.4 Evidencias de formación en EM

A lo largo de los años, se han publicado multitud de estudios sobre formación en EM. Una revisión sistemática realizada en 2008 por Madson et al.¹⁵³ analiza 27 estudios, con un interés especial por revisar qué etapas de las 8 identificadas por Miller y Moyers¹⁵² se cubren en cada uno de ellos. Ninguno de los estudios cubre las etapas 6, 7 y 8, mientras que tan sólo uno de ellos cubre la etapa 4. La mayoría de los cursos/talleres (n=16) tienen una duración de entre 9 y 16 horas. Las actividades de formación incluyen role-play (n=13), ejercicios en grupo (n=6), discusiones en grupo (n=5), visualización de vídeos (n=10) o modelaje con demostraciones en vivo (n=6). Varios estudios describen el uso de lecturas complementarias (n=6), documentos (n=4) o tareas (n=1). En algunos de ellos (n=6) existe un cierto seguimiento o supervisión posterior. Varios de estos estudios (n=4) utilizan el HRQ (Helpful Responses Questionnaire¹⁵⁴ de Miller) para evaluar el grado de adquisición de conocimientos en EM (este cuestionario incluye diversas situaciones que se podrían dar en la consulta con un paciente y plantea cuál podría ser una respuesta adecuada en cada caso). A continuación (Tabla 9) se resume el número de estudios que reportan resultados positivos de formación en EM.

Resultados en formación	Número de estudios
Aumento de confianza en el uso de EM	4
Aumento en conocimiento de EM	6
Aumento de interés en aprendizaje de EM	3
Aumento de intención de usar EM	6
Integración real en la práctica diaria	2
Mejora de habilidades	9
Mejora en respuestas al HRQ ¹⁵⁴	4

Tabla 9. Principales resultados en formación en EM (Madson et al.)¹⁵³

Uno de los estudios mencionados por Madson es el de Baer et al. realizado en 2003¹⁵⁵, donde se evalúan las habilidades en EM antes de un taller de dos días, inmediatamente después y pasados dos meses desde la finalización del taller. La evaluación se realiza a partir de audiograbaciones puntuadas con la escala MISC. Se aprecia una mejora significativa de las habilidades tras el taller, pero con una marcada tendencia a la baja en la mayoría de ítems dos meses después.

En el entorno de la Atención Primaria se han aplicado diversos programas de formación en técnicas de entrevista clínica a los residentes⁷², dado que la comunicación asistencial y las técnicas de entrevista clínica constituyen una materia muchas veces ausente en los currículos de las facultades de medicina y sin embargo ocupan un lugar destacado en el Programa Nacional de Medicina Familiar y Comunitaria y en el de las Unidades Docentes de la especialidad, así como en la práctica habitual en las consultas de los Centros de Salud.

Existen, sin embargo, algunos estudios de entrenamiento en EM a estudiantes de Medicina, como el ensayo clínico aleatorizado publicado en 2012 por Daeppen et al.¹⁵⁶ en el que participan 131 estudiantes de 5º año. El grupo experimental recibe una formación de 8 horas en EM, una semana después, ambos grupos realizan una entrevista con dos pacientes estandarizados que son evaluadas por expertos. El grupo experimental puntúa mejor para empatía, y espíritu de la EM con diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,001$). No se encuentran diferencias en cuanto a la dirección de la consulta.

En 2011 se publica una revisión sistemática de 10 estudios del ámbito de la Atención Primaria llevada a cabo por Söderlund et al.¹⁵⁷ en el que la media de duración de la formación en EM es de 9 horas. En los resultados se refleja que el entrenamiento en EM genera resultados positivos y tiene un efecto significativo en muchos aspectos de la práctica clínica habitual. Los participantes muestran satisfacción con el Programa Formativo recibido y sus habilidades en EM mejoran. Dos de los estudios sobre el consejo en pacientes con diabetes mellitus muestran resultados favorables. En otro se objetiva una mayor disminución de la ingesta de grasas saturadas por los pacientes en el grupo experimental. Uno de los estudios muestra que un año tras la intervención, los pacientes que reciben EM están más motivados para el cambio de comportamiento y comprenden de mejor manera los factores que ayudan a prevenir complicaciones.

El pasado año 2014 Fu et al.¹⁵⁸ publican un ensayo clínico aleatorizado en el que participan 34 médicos de familia a los que se forma en EM y se aplica en relación al cese del hábito tabáquico. Ambos grupos reciben formación en EM, el grupo control (GC) de forma moderada y el grupo experimental (GE) de forma intensiva. Ambos programas incluyen: tres días de formación en EM y en consejos de deshabituación tabáquica, entrenamiento por parte de un experto en EM, taller de medio día de duración con método didáctico e interactivo impartido por un experto en EM y materiales de soporte para el estudio. En el GE se añaden seis sesiones de una hora espaciadas quincenalmente en las que se practican y se reflexionan las habilidades, en tres de las sesiones se trabaja con pacientes simulados. Finalmente se realiza una evaluación de ambos grupos con un formato ECOE puntuado con la escala MITI. El GE puntúa mejor con diferencias estadísticamente significativas en tres aspectos: evocación, colaboración y espíritu de la EM. También se

encuentran diferencias significativas en tres de las cuatro medidas del conocimiento en Counselling, habilidades y confianza.

Por último, un pequeño estudio publicado por Pollak et al.¹⁵⁹ en este último año señala que los profesionales formados en EM presentan una menor puntuación en las escalas de burnout, mejoran sus habilidades en entrevista clínica y presentan mejoras en cuanto a la cohesión de equipo.

1.3 Evaluación de la formación y del impacto

“Para evaluar hay que comprender. Cabe afirmar que las evaluaciones convencionales del tipo objetivo no van destinadas a comprender el proceso educativo. Lo tratan en términos de éxito y de fracaso”.
Stenhouse (1984)
“El éxito del que enseña sólo puede definirse a partir del éxito del que aprende”.
Peters (1989)

La evaluación no es el punto final, sino la información que anima a seguir aprendiendo; una herramienta que habla de lo que se ha aprendido y orienta hacia dónde seguir aprendiendo.

La evaluación es el proceso a través del cual se intenta determinar de manera objetiva y sistemática la relevancia, la efectividad y el impacto de las actividades en función de sus objetivos. La evaluación puede estar referida a la estructura, al proceso o a los resultados. Distinguimos dos tipos de evaluación: 1) **La evaluación formativa** tiene el objetivo de dar a conocer sus resultados a la persona (generalmente un estudiante) para mejorar su rendimiento individual. Este tipo de evaluación permite identificar las áreas susceptibles de mejora y aportar sugerencias específicas. En este sentido la evaluación formativa es una herramienta educativa orientada al proceso de aprender. 2) **La evaluación sumativa** determina si una persona ha alcanzado diversos objetivos específicos al objeto de otorgar **un valor** al rendimiento de dicha persona. Permite certificar la aptitud o la falta de aptitud para el desempeño de una tarea concreta. La evaluación sumativa está más referida al resultado hasta ese momento conseguido. Además de los datos cuantitativos, la evaluación sumativa de los programas educativos puede incluir información cualitativa acerca de barreras no conocidas o de efectos no tenidos en cuenta con anticipación y que se detectan tras la implementación del programa. Las evaluaciones sumativas de los programas para uso externo (p.e. para la certificación de la aptitud) requieren un grado elevado de rigor metodológico, es decir, el instrumento de medida debe ser apropiado en términos de contenido, fiabilidad, validez y aplicación práctica. La evaluación sumativa puede usarse como formativa si se devuelve en forma de feedback.

El propósito de la evaluación en el contexto de la educación médica es el de determinar el nivel de habilidades o de conocimientos, medir los avances efectuados a lo largo del tiempo, identificar las necesidades y motivar para seguir aprendiendo (o como mínimo, no desanimar).

Para hablar de evaluación hay que hablar de competencia profesional, en un sentido amplio, más allá del término de competencia clínica. La profesión médica incluye más aspectos que los meramente clínicos, aunque éstos sean imprescindibles.

En pleno debate sobre la noción de competencia a nivel de sistemas educativos en la OCDE, Weinert (2001) aporta una visión compleja de competencia considerando que requiere combinar destrezas cognitivas, motivacionales, morales y sociales, potencialmente asimilables por una persona, y que estas destrezas subyacen en la maestría mediante la comprensión y la realización de acciones apropiadas sobre una serie de demandas, tareas, problemas y metas¹⁶⁰. Más tarde Rychen y Salganik (2001), concluyeron que **la competencia es una aproximación funcional frente a demandas y tareas, en las que se requiere no solamente conocimientos y destrezas sino también estrategias y rutinas para aplicarlas, así como emociones y actitudes apropiadas y un manejo efectivo de estos componentes**¹⁶⁰. Las competencias son sistemas complejos de pensamiento y actuación, que suponen la combinación de conocimientos, habilidades, actitudes, valores y emociones. Mientras que el concepto de competencia se refiere a la habilidad de enfrentarse a demandas de alto grado de complejidad, e implica sistemas de acción complejos, el término conocimiento se aplica a hechos o ideas adquiridas mediante estudio, investigación, observación o experiencia, y se refiere a un cuerpo de información que es comprendido. El término destreza se usa para designar la habilidad de usar el conocimiento propio en relación con tareas relativamente fáciles de desempeñar. Se reconoce que la línea entre competencia y destreza es algo borrosa, pero la diferencia conceptual entre estos términos es real¹⁶⁰.

La educación médica para su desarrollo requiere de sistemas de evaluación de competencias que respondan 6 criterios QUESTS que propone Harden³:

1. Calidad (Quality): rigor del estudio (juicios del profesional, creencias y valores de los expertos, estudios basados en casos, estudios de cohorte, ensayos clínicos).
2. Utilidad (Utility): el grado en que puede adaptarse a la práctica.
3. Extensión (Extent): número de estudios y su tamaño.
4. Fuerza (Strength): Claridad de las conclusiones.
5. Objetivo (Target): El grado de cambio (nivel 4 de la jerarquía de Kirkpatrick).
6. Escenario (Setting): similitud del contexto.

En 2008, surgen las primeras evidencias tras la revisión de la BEME en relación a que las habilidades clínicas pueden ser mejor autoevaluadas que los conocimientos y de que la precisión de la autoevaluación puede mejorar cuando la persona conoce los estándares a los que debiera llegar¹⁴.

1.3.1 La pirámide de Miller

En 1990, durante su famosa conferencia “The assessment of Clinical Skills/Competence/Performance”⁷⁸, George Miller empieza diciendo: “...parece relevante empezar con el reconocimiento directo de que ningún método de evaluación individual puede proporcionar todos los datos necesarios para juzgar algo tan complicado como el desempeño de servicios profesionales por parte de un médico eficaz. Por tanto, permítanme empezar sugiriendo un marco en el que la evaluación puede tener lugar”. Así, describió cuatro niveles conceptuales necesarios para el desarrollo profesional del médico. Cada escalón expresa un nivel de formación y/o maduración profesional, representados de forma ascendente en una pirámide que va desde la teoría básica a la complejidad de la práctica asistencial (Figura 7). En la base se sitúan los conocimientos necesarios para ejercer la profesión, el profesional **sabe** (*knows*) lo necesario para ejercer su práctica. El segundo nivel es de la competencia teórica, el profesional **sabe cómo** (*knows how*) interconectar esos conocimientos, organizándolos y sacando conclusiones que le permitan tomar decisiones adecuadas; el profesional tiene la habilidad suficiente adaptada a cada momento. El nivel inmediatamente superior define un salto cualitativo de la teoría a la práctica. El médico situado en este nivel **puede mostrar** (*shows how*), en condiciones de laboratorio, los conocimientos integrados. En el cuarto nivel el profesional **hace** (*does*), demuestra su competencia profesional en la práctica clínica. Esta punta de la pirámide va más allá del “hacer” circunstancial y busca interiorizar las acciones para que se conviertan en hábitos, en rutinas del buen hacer. Cada nivel de la Pirámide de Miller, no pretende definir sólo una formación, sino unas herramientas de evaluación adecuadas que nos otorguen información sobre lo que realmente los médicos aprenden con las diferentes actividades y/o programas formativos. Por ejemplo, los exámenes escritos, tipo test (multiple choices) o pregunta abierta de respuesta corta pueden evaluar los niveles de conocimientos (sabe), así, la dificultad teórica puede incrementarse con el contexto (sabe cómo). Si se pretende evaluar la memorización simple de un ítem (evaluación del *sabe*), no es necesario enriquecer el contexto (ej: ¿cuántos huesos componen el carpo?). Si se enriquece la situación creando un entorno clínico nos acercamos al *sabe cómo* (ej: acude un paciente con una contusión en la muñeca, presenta dolor e impotencia funcional, etc.) (problem based)¹⁶¹ (p.e. mediante el uso de pacientes estandarizados como se ha descrito en el apartado

1.1.4.11). La aparición de las ECOEs (evaluación de la competencia objetiva y estructurada, OSCE en inglés) en formatos multiestación ha permitido adentrarse en este contexto, el *muestra cómo*. Finalmente, sin embargo, la pregunta sigue siendo si lo que se hace en el entorno de un examen artificial puede predecir con exactitud lo que hará un médico en la práctica clínica. La cuestión es no sólo saber si los conocimientos transmitidos han sido asimilados, sino además, comprobar que el médico sabe cómo utilizarlos en su práctica clínica y, si lo hace, cuando tiene esa oportunidad. Este marco conceptual corresponde con el cuarto escalón de Miller¹⁶². En esta línea algunos autores concluyen que existe correlación positiva entre el tercer y cuarto escalón de Miller.

A nivel de la etapa de estudios de grado, en lo que se refiere a la competencia clínica, los niveles de Miller cubiertos son fundamentalmente el nivel 2, es decir «el saber cómo», que hace referencia a la parte cognitiva de las competencias clínicas, incluyendo habilidades de toma de decisiones y de juicio clínico, y el nivel 3, «el demostrar cómo», que incluye el comportamiento, aunque teniendo en cuenta que el contexto de aplicación de las competencias no es aún el real. En algunos casos, puede llegarse al nivel 4 cuando el estudiante aborda situaciones reales en los últimos años de estudio¹⁶³.

Miller cuestiona ya en 1990 si la evaluación de conocimientos a través de los exámenes escritos puede predecir el comportamiento de los profesionales en la práctica de la vida cotidiana.



Figura 7. Pirámide de Miller

Dentro de los campos médicos de aprendizaje, la evaluación basada en la actuación (Performance-Based Assessment) requiere que los alumnos participen en actividades clínicas específicas. Permite la evaluación de la capacidad para realizar tareas clínicas, y no simplemente la repetición de los conocimientos aprendidos. Los instrumentos más frecuentes para efectuar

esta forma de evaluación son las listas de comprobación, las gráficas de observación y los autoinformes¹⁶⁴.

Los dos últimos escalones se circunscriben al dominio del comportamiento. Todos estos elementos de la competencia clínica se correspondan con competencias profesionales específicas. Sin embargo junto a estas competencias cabe citar las que se consideran competencias profesionales no específicas o genéricas, lo que ha llevado a que en los últimos tiempos se amplíe lateralmente la pirámide. Entre éstas se consideran: a) Trabajo en equipo, b) Profesionalismo, c) Ética, d) Reflexión, e) Liderazgo. f) Juicio crítico. g) Comunicación, h) Conocimiento de sus propios límites.¹⁶³

Existen múltiples herramientas o técnicas de evaluación para medir la competencia en cada uno de estos escalones, técnicas que han sido estudiadas y desarrolladas por distintos expertos con las siguientes conclusiones, en un resumen de van der Vlauten¹⁶⁵:

En relación a los tres primeros escalones (knows, knows how y shows):

- La competencia es específica, no genérica.
- Lo objetivo no es siempre fiable.
- Lo que está siendo medido viene determinado más por el formato de la tarea que se propone que por el formato de respuesta.
- Todos los métodos de análisis pueden tener validez de constructo.
- La evaluación dirige o influye de forma importante en el aprendizaje.
- No hay un método simple que pueda medirlo todo.

En relación al 4º escalón (Does):

- Se requieren muchas observaciones para tener una fiabilidad adecuada.
- El sesgo es una característica inherente a la opinión de expertos.
- La validez radica más en los que usan los instrumentos que en los instrumentos en sí.
- La evaluación formativa y sumativa se suele combinar.
- La información aportada en métodos cualitativos tiene mucho peso.
- Las decisiones sumativas pueden ser rigurosas en métodos cualitativos no psicométricos.

1.3.2 Modelo de Kirkpatrick

El Dr. Donald Kirkpatrick en su tesis (1954) crea el modelo de evaluación de programas formativos que lleva su nombre. Su modelo se centra en cuatro niveles, especialmente para los programas de postgrado y desarrollo profesional continuo¹⁶⁶.

- Nivel 1: reacción. Se evalúa la reacción de los estudiantes ante el programa de formación, es decir, se recaba información sobre el grado de satisfacción de los participantes.
- Nivel 2: aprendizaje. Este nivel se centra en la evaluación de las competencias adquiridas.
- Nivel 3: conducta. Se evalúa la transferencia de los aprendizajes al trabajo. La dificultad de este nivel estriba en los numerosos factores que influyen en la calidad del desempeño laboral, aparte de la competencia profesional, y que hacen difícil determinar una relación de causalidad entre los cambios o no de comportamiento con la eficacia del programa de formación.
- Nivel 4: resultados. En este nivel se evalúa el impacto en la población o sociedad. Si el nivel anterior tenía dificultades, averiguar el impacto en la sociedad es un reto aún mayor.

Nivel 1: evaluación de la reacción (satisfacción)
Nivel 2: evaluación del aprendizaje (competencia)
Nivel 3: evaluación de la conducta (transferencia)
Nivel 4: evaluación de los resultados (impacto)

Tabla 10. Niveles del modelo de Kirkpatrick.

Este análisis aporta en muchos casos factores cualitativos de difícil valoración, aun así, la aproximación de Kirkpatrick puede ser utilizable para lograr mayores niveles de efectividad en la formación. De hecho, puede ayudar a definir mejor los procesos metodológicos, a clarificar los contenidos de la formación, etc. si consideramos las exigencias propias de cada uno de los niveles¹⁶⁷. En la revisión de recursos educativos para mejorar habilidades de comunicación en residentes, Masterson et al. encontraron 9 estudios correctamente evaluados según este modelo; siete estudios estaban en el nivel 2 ó 3, pero no hubo ninguno en el 4 (efectos de resultados sobre pacientes)^{29, 168}. A pesar de que las aportaciones de Kirkpatrick han generado un gran volumen de investigación, algunas voces son críticas, poniendo en tela de juicio algunas premisas al considerar

el modelo dentro del entramado empresarial, ya que los formadores-evaluadores son contratados por la misma empresa a quien va destinada la formación. Surge la duda del principio ético de la beneficencia del interesado como persona vs empresa.¹⁶⁹⁻¹⁷¹

<http://www.kirkpatrickpartners.com/OurPhilosophy/TheNewWorldKirkpatrickModel/tabid/303/Default.aspx>



Figura 8. Modelo de Kirkpatrick: Niveles de evaluación de la formación

En los siguientes apartados se desarrollan algunas de las herramientas de evaluación más utilizadas, teniendo en cuenta que todavía es importante avanzar en el conocimiento de la validez predictiva de las mismas¹⁷².

1.3.3 Cuestionarios de evaluación de la Entrevista Motivacional

La necesidad de contar con herramientas de medida de la intervención de la Entrevista Motivacional (EM) nace de la importancia de asegurar la integridad de la medida terapéutica y de aislar el efecto de la EM sobre el resultado final.

Burke¹¹⁷, en la segunda edición del libro *La Entrevista Motivacional*, propone que los ensayos clínicos donde se pretende evaluar la eficacia de una intervención mediante EM contengan una descripción del método utilizado y una herramienta de medida de la integridad de éste. Por otro lado, Moyers¹⁷³ investiga cuáles objetivan los mecanismos inherentes que dotan a la EM de eficacia. Algunos de sus resultados son que la cooperación o la capacidad de mostrar afecto por parte del terapeuta tienen una asociación positiva con la implicación del cliente. Posteriormente, Miller¹⁷⁴ encuentra una relación positiva entre la empatía del terapeuta y la variable final de resultado.

En esta línea, se han desarrollado a lo largo de los años diferentes escalas o cuestionarios con el objetivo de medir y evaluar la calidad de la EM. Las tres más importantes se enumeran a continuación:

- Motivational Interviewing Skills Code (MISC)¹⁷⁵. El código de las habilidades en Entrevista Motivacional. Se desarrolla en 1997 como un método para evaluar la calidad de la EM en audiograbaciones y videograbaciones (VG) de sesiones de asesoramiento individuales.

- Motivational Interviewing Treatment Integrity Code (MITI)¹⁷⁶. Código de Integridad del Tratamiento de la Entrevista Motivacional. Intenta responder a la pregunta de cómo de bien o mal utiliza la EM un profesional.
- Behavior Change Counseling Index (BECCI)¹⁷⁷. Índice del Consejo sobre el Cambio de Conducta. Se desarrolla en 2002 para medir las habilidades relacionadas con el consejo del cambio de conducta, con el objetivo de ayudar al maestro y al investigador.

En relación a Cuestionarios para la evaluación de la Comunicación en lengua castellana caben destacar:

- Cuestionario GATHA. Este es el primero desarrollado en el marco del GPCYS en España. Sus siglas vienen de los 4 apartados que presenta: G (Datos Global), A (Eje de Actitudes comunicacionales), T (Eje de Tareas comunicacionales) y HA (Eje de habilidades comunicacionales). Se creó inicialmente un Cuestionario Base, con 45 ítems, mediante un proceso de priorización diseñado y desarrollado por expertos en comunicación asistencial¹⁷⁸.

Posteriormente este Cuestionario ha sido validado para su uso en investigación en distintos entornos: Cuestionario GATHAres (27 ítems), para su uso con residentes¹⁷⁹, Cuestionario GATHA audio (38 ítems), para su uso en AP con audiograbación¹⁸⁰, Cuestionario GATHA real (32 ítems), para su uso en Médicos de Familia,...

- Cuestionario CICAA. Este Cuestionario se divide igualmente en tres ejes: C (Conectar), IC (Identificar y Comprender los problemas), AA (Acordar y ayudar a Actuar). Con 29 ítems se plantea como una alternativa útil para la evaluación de la comunicación asistencial¹⁸¹.
- Escala EVEM¹⁸². Escala de Valoración de la Entrevista Motivacional para evaluación de videograbaciones por expertos, diseñada y validada en el contexto del proyecto de investigación Dislip-EM en Atención Primaria.

1.3.4 Evaluación de habilidades de comunicación en la consulta

La evaluación de la comunicación en consulta puede hacerse a través de grabaciones de audio o vídeo, con pacientes estandarizados o con la propia autoevaluación usando diferentes escalas.

Reinders et al.¹⁸³ investigan el número de evaluadores necesarios para conseguir evaluaciones fiables de las habilidades en las consultas de Atención Primaria usando un instrumento de comunicación (MAAS-Global, desarrollado y validado en la Universidad de Maastricht, basado en 13 ítems en una escala del 0 al 6, con el aprobado en 3.1, sobre habilidades de comunicación en diferentes fases de la consulta y en la consulta completa) y videograbaciones (VG) de encuentros

con pacientes reales o estandarizados. Ocho profesores reciben formación en el uso de MAAS-Global como herramienta de evaluación, y evalúan las habilidades en la consulta a través de 176 VG (102 con PE y 74 con PR) realizadas por 53 estudiantes (cada uno de ellos tenía que hacer 2 con PE y presentar sus 2 mejores entrevistas con PR). Las grabaciones se asignan y evalúan aleatoriamente, cada una por dos profesores. La fiabilidad se estima usando la teoría de generalizabilidad. Los resultados muestran que para conseguir una evaluación con un mínimo de fiabilidad (coeficiente de generalizabilidad de 0.7), son suficientes 2 asesores y 5 consultas con pacientes reales, o bien, 3 evaluadores y 30 VG con pacientes estandarizados. Las consultas con los PE (anunciadas previamente) obtienen mejor puntuación (media 3.51, DE 0.91) que las de PR (media 2.83, DE 0.95). Los autores del estudio concluyen que al realizar una consulta con un PE, el profesional es más consciente de que debe demostrar sus habilidades, por lo que los ítems puntuables son más obvios a los observadores. También es posible que los profesionales se muestren de una forma más natural ante pacientes reales, o que los casos de los PE sean más prototípicos que los encuentros reales, y planteen así la necesidad de utilizar las estrategias aprendidas en la formación previa.

1.3.5 Autoevaluación (Self-assessment)

El concepto de autoevaluación hace referencia a la evaluación que alguien hace de sí mismo o de algún aspecto o actividad propios. En relación con la formación, dos aspectos de la autoevaluación tienen relevancia: 1) el análisis sobre la propia práctica profesional y 2) la percepción de las necesidades personales de formación. Ambas son complementarias. La necesidad percibida de formación es proporcional a la distancia entre la visión personal de lo que sería una práctica excelente y el análisis de la práctica real.

Gordon^{184 185} realiza una revisión de 18 artículos publicados entre 1970 y 1990 en los que compara la autoevaluación con la evaluación por parte de expertos. Divide estos estudios en cuatro categorías, de las cuales una corresponde a los estudios que utilizan videograbaciones (VG) para la evaluación, en la que se revisan cuatro estudios. En el primero se evalúa a 187 estudiantes de segundo de medicina durante una exploración física videograbada. Posteriormente se realiza autoevaluación, evaluación por pares y evaluación por parte de un experto. Los estudiantes se puntúan a sí mismos un 9,2% por encima que los expertos. En otro estudio se evalúa una terapia física llevada a cabo por fisioterapeutas júnior, un grupo de ellos realiza la autoevaluación utilizando la VG y el otro sin ella y se comparan con la de un supervisor. En este estudio no se encuentran diferencias y se concluye que las VG tienden a confirmar la puntuación de los

evaluados. En un tercer estudio se investiga el papel de las VG en la mejora de la percepción de los propios hábitos con un grupo de diez estudiantes de medicina. Un grupo realiza la autoevaluación antes y después de observar su actuación en la VG y el otro únicamente a partir de la VG. No se encuentran diferencias estadísticamente significativas en este pequeño estudio. La conclusión es que la revisión a partir de VG puede no mejorar el análisis de las actuaciones de los estudiantes hasta que ellos mismos no han resuelto la pregunta de “¿Cómo lo he hecho?”. En el último estudio se enseñan habilidades de entrevista a 56 residentes de MF. Posteriormente se evalúan mediante PE con VG y se comparan las autoevaluaciones con las evaluaciones de expertos. La correlación de Spearman es débil con una $r=0,37$. Se considera que las fuentes de error por parte de los residentes son: 1) Puntúan su manera de hacer habitual más que lo que ven en la VG (idea preconcebida sobre uno mismo), 2) Se culpabilizan por detalles sin consecuencias, 3) Sus expectativas no son realistas 4) No detectan omisiones serias y 5) No se puntúan alto aunque lo merezcan (humildad).

Otros hallazgos son que los participantes con menor conocimiento tienden a mostrar un exceso de confianza. No obstante, la correlación total entre la autoevaluación y la evaluación por expertos oscila entre $r=0.31$ y $r=0.64$, con una media de $r=0.57$, por lo que hay un nivel de concordancia significativo.

Otras conclusiones son que la validez de la autoevaluación es menor que la evaluación por expertos y que no mejora con el tiempo si se mantienen los programas de entrenamiento convencionales. La autoevaluación parte de autoatribuciones y se modifica mínimamente con feedback. Cinco de los estudios en los que se enfatizan objetivos explícitos en la autoevaluación y se realizan estrategias de entrenamiento para ello, muestran resultados con validez moderada-alta y mejoras a lo largo del tiempo. El autor concluye que la autoevaluación es una habilidad que se puede desarrollar si se practica de forma efectiva, y que ello mejora su validez y precisión.

Una información importante sobre por qué la autoevaluación podría ser inexacta y cómo podrían mejorarse las habilidades de autoevaluación es obtenida por Kruger y Dunning (1999)¹⁸⁶. Realizan 4 estudios en un contexto no clínico (humor, razonamiento lógico, y la gramática) y concluyeron que los individuos incompetentes tienen más dificultad para reconocer su verdadero nivel de capacidad que los individuos más competentes, y que la falta de habilidades metacognitivas puede ser la base de esta deficiencia. El efecto Dunning-Kruger es un sesgo cognitivo, según el cual los individuos con escasa habilidad o conocimientos sufren de un sentimiento de superioridad ilusorio, considerándose más inteligentes que otras personas más preparadas, midiendo incorrectamente su habilidad por encima de lo real. Por el contrario, los individuos

altamente cualificados tienden a subestimar su competencia relativa, asumiendo erróneamente que las tareas que son fáciles para ellos también son fáciles para otros.

Posteriormente, Ian Colthart et al. 2008 elaboran una Guía BEME¹⁴ centrada en la revisión de la efectividad de la autoevaluación para identificar las necesidades de aprendizaje, la actividades formativas y el impacto sobre la práctica clínica. Revisan la literatura entre 1990 y 2006. Buscan si el método de autoevaluación dirige el cambio de comportamiento del aprendiz o la práctica (mejorar la percepción de necesidades, promover el cambio de actividades, mejorar la clínica y los resultados en pacientes). Existen pocos estudios con suficiente rigor en materia de autoevaluación sobre la identificación de las necesidades de aprendizaje, actividad del discente y su impacto en la práctica clínica. Se incluyen 77 artículos. La mayoría de estudios se centran en evaluar la exactitud de la autoevaluación comparada con algún estándar externo. No se encuentra ningún estudio que cumpla con el modelo de Kirkpatrick por encima del nivel 2, o que estudie la asociación entre la autoevaluación y cambios en los resultados en la práctica clínica o en los pacientes.

En resumen, pese a tener lagunas pendiente de estudio, la autoevaluación es un ejercicio de autorreflexión necesario para la mejora de la competencia profesional, que puede ser estimulado por el feedback y por herramientas como las videograbaciones. Respondería a las preguntas: ¿Cuánto sé de un tema? ¿Cómo es mi práctica? ¿Cuál es el siguiente objetivo de formación en ese tema?

1.4 Nuevas tecnologías en los procesos de formación y evaluación

Las nuevas tecnologías permiten la interacción a distancia . Existen numerosas experiencias de su uso en Atención Primaria^{187, 188}. Algunos estudios no encuentran diferencias entre la satisfacción del paciente en una consulta presencial o a través de los canales que brindan las nuevas tecnologías y la telemedicina^{189, 190}.

Aparte de su utilidad en la práctica clínica, tienen gran aplicación hoy en día en la formación e incluso en la evaluación.

1.4.1 E-learning

El e-learning, o enseñanza a través de internet, permite resolver problemas educativos como el aislamiento geográfico, la necesidad de educación continuada que exige la sociedad del conocimiento o el ahorro de tiempo y dinero¹⁹¹.

La formación reglada a través de internet permite que ésta sea⁶:

- Personalizada: adaptada a las necesidades, al estilo cognitivo y al ritmo del participante.
- Flexible: amplia gama de recursos, actividades y entornos de aprendizaje.
- Interactiva: el estudiante dirige su propio proceso de aprendizaje, seleccionando contenidos, itinerarios y aplicando estrategias personales.

La Tabla 11 recoge algunas ventajas e inconvenientes del e-learning.

<i>Ventajas</i>	<i>Inconvenientes</i>
<p>Dispone amplio volumen de información puesto a disposición de los alumnos</p> <p>Facilita la actualización de información y contenidos</p> <p>Flexibiliza la información</p> <p>Permite la deslocalización del conocimiento</p> <p>Facilita la autonomía del estudiante</p> <p>Ofrece formación just-in-time y just-for-me</p> <p>Ofrece herramientas de comunicación síncrona y asíncrona a estudiantes y profesores</p> <p>Ofrece formación multimedia</p> <p>Favorece la interactividad</p> <p>Facilita uso de materiales comunes en diferentes cursos</p> <p>Se registra la actividad de los estudiantes</p> <p>Ahorra costes y desplazamientos</p>	<p>Requiere más inversión de tiempo por parte del profesor</p> <p>Requiere competencias TIC en profesores y estudiantes</p> <p>Requiere que los estudiantes tengan capacidades de aprendizaje autónomo</p> <p>Puede disminuir la calidad si no hay una ratio adecuada profesor-alumno</p>

Tabla 11. Ventajas e inconvenientes del e-learning¹⁹¹

La extensión del e-learning con los MOOC (Massive Open Online Courses) abre las puertas a un futuro en el que el contenido de la educación universitaria esté al alcance de todos aquellos que quieran aprender, sin que importe el lugar de procedencia, la edad o el “background” académico. El nivel de educación de una sociedad redonda en su nivel de bienestar y en la erradicación de la pobreza. Los MOOC ponen a disposición de cualquier alumno del mundo con acceso a la red cursos online, habitualmente grabados en vídeo, seguidos de unos tests online de respuesta múltiple. Los alumnos pueden participar en foros de discusión, hacer preguntas y formar círculos de estudio. Al final del curso el organizador del MOOC les otorga un certificado de haber completado el curso¹⁹². Existen numerosas Universidades que ofrecen cursos en Youtube, Vimeo o Dailymotion. Por ejemplo, Yale ofrece más de 100 cursos gratuitos online¹⁹³, y también hay cursos proporcionados por Harvard o el MIT. Pueden consultarse en <https://www.mooc-list.com/>.

Para los estudiantes universitarios y de postgrado, las TIC proporcionan numerosas herramientas de utilidad: clases grabadas, información escrita disponible (guías del curso, manuales de

laboratorio, asignaciones de trabajos a realizar), acceso a información complementaria, tutoriales, comunicación con el profesorado, acceso a la biblioteca virtual (particularmente importante para la reducción de costes de la adquisición de material) o el acceso a publicaciones para referirse a ellas y detectar/evitar plagios¹⁹⁴.

La incorporación de estas nuevas tecnologías al desarrollo profesional continuo para la exploración de nuevas habilidades comunicacionales en los profesionales sanitarios es una necesidad en el momento actual.

Existen experiencias del uso de las nuevas tecnologías para la enseñanza de Entrevista Motivacional (EM), como la de Shafer et al. (2004)¹⁹⁵, en la que se imparte un programa de 5 videotalleres en EM, un taller al mes, con una duración de 3 horas por taller, impartidos a distancia a un total de 351 profesionales de la salud ubicados en 19 localizaciones, de los cuales 145 profesionales atienden a la totalidad de los talleres. Antes del inicio cada participante completa varios cuestionarios: sobre la disposición al cambio (Readiness to Change Questionnaire), sobre conocimiento de la escala de abuso de sustancias, sobre conocimientos de EM y sobre respuestas adecuadas a frases del paciente (Helpful Responses Questionnaire¹⁵⁴). Después de cada taller se contesta una encuesta de satisfacción. 30 de los participantes debían audiograbar una entrevista antes del primer taller, otra en el plazo de dos semanas desde la finalización del último taller y otra a los 4 meses de la finalización del ciclo de talleres. Sin embargo sólo 23 participantes acceden a formar parte del estudio de AG, de los cuales 9 entregan las tres audiograbaciones (AG). Las 27 AG correspondientes fueron evaluadas por expertos mediante el cuestionario MISC. Debido al tamaño de la muestra no obtienen resultados significativos, aunque parece que el aumento en el uso de preguntas abiertas después del quinto taller se mantiene a los cuatro meses, mientras que la mejora en la escucha reflexiva se pierde.

1.4.2 Herramientas TIC para comunicación entre personas

Podemos distinguir dos grandes grupos de herramientas TIC para la comunicación entre personas: síncronas y asíncronas. Las herramientas síncronas permiten a los participantes interactuar simultáneamente en tiempo real: chat, videoconferencias (Skype, Hangout, Second Life). Las asíncronas permiten la transmisión entre emisor y receptor sin que tengan que coincidir en el tiempo: correo (individual, listas de distribución), blog, redes sociales (twitter, facebook...), foros, etc.¹⁹⁶.

En la Tabla 12 se comparan las características de diferentes herramientas de comunicación síncrona y su utilidad para la formación.




Herramienta	Utilidad	Ventajas	Limitaciones
Skype 	Comunicación por pares Entrenamiento de PE Consultas trabajo de campo	Rapidez de conexión Manejo intuitivo Gratuito (para 2 participantes) Envío de documentos (arrastrando hasta el chat)	No se puede disminuir la calidad del vídeo Fallos de conexión y sonido si la banda no es de buena calidad
Hangout 	Comunicación en grupo Entrenamiento de PE Consultas trabajo de campo Compartir pantalla Trabajo conjunto de documentos	Rapidez de conexión Gratuito Sonido e imagen en tiempo real Hasta 10 personas	Calidad del vídeo Fallos de conexión y sonido si la banda no es de buena calidad si hay muchos participantes
Second Life 	Reuniones del equipo docente	Permite reuniones grandes sin límite de aforo (máx 300) Buen sonido que permite diferenciar el paralenguaje Identificación de la persona con su avatar Permite chat escrito individual y/o colectivo Favorece la creatividad Permite movilidad y herramientas docentes Gratuito Mensajería	No se ve a la persona, sino a su avatar Aprendizaje / Barrera psicológica Fallos de conexión y sonido si la banda no es de buena calidad Micrófono y auriculares

Tabla 12. Comparativa entre herramientas TIC para comunicación síncrona¹⁹⁶

La utilización de videoconferencia en tiempo real para la educación a distancia es una técnica cada vez más utilizada. La videoconferencia de alta calidad, usando Hangout, permite la comunicación cara a cara, y su potencial está en poder transmitir emociones, gestos y el lenguaje corporal¹⁹⁷.

Skype se ha utilizado con éxito en Estados Unidos para la realización de una ECOE a residentes por parte de Pacientes Estandarizados, aunque los participantes prefieren el encuentro cara a cara con los pacientes¹⁹⁸.

Asimismo este tipo de herramientas se está utilizando en proyectos a nivel mundial como el GETUP (Global Educational Toxicology Uniting Project <http://www.acmt.net/GETUP.html>), donde expertos en toxicología de 30 centros atienden consultas a través de Hangout o Skype procedentes de servicios médicos de países sin servicios de toxicología¹⁹⁹.

En cuanto a Second Life, por su posibilidad de dirigirse simultáneamente a un número elevado de asistentes, su uso principal en el ámbito de la salud está relacionado con educación de los pacientes o actividades de medicina comunitaria para la divulgación de temas de salud. También se utiliza por parte de asociaciones que buscan el soporte a enfermedades específicas, para formación, actividades de marketing, investigación en Second Life o para búsqueda de voluntarios para ensayos clínicos²⁰⁰.

El uso de Second Life para finalidades educativas ha alcanzado un cierto nivel de madurez en materias como la formación del profesorado, enseñanza de idiomas, negocios, turismo e informática. Las principales razones para su uso están en su capacidad para potenciar el aprendizaje constructivista y experiencial, el aprendizaje colaborativo, crear una comunidad con un interés común y fomentar un aprendizaje orientado a la acción, basado en proyectos y en la resolución de problemas²⁰¹. Herramientas como Second Life se han utilizado con éxito por la semFyC (Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria) para actividades formativas, desde su “Isla de la Salud”²⁰². También es utilizado en el ámbito de la formación en Enfermería²⁰³. En Second Life pueden incluso realizarse búsquedas bibliográficas en PubMed desde la HealthInfo Island²⁰⁰.

1.4.3 Herramientas TIC para compartir videgrabaciones

Como herramientas para compartir videgrabaciones (VG), aparte del uso de una web propia²⁰⁴, o del conocido YouTube, puede utilizarse Vimeo, que permite controlar los usuarios que pueden acceder al contenido publicado¹⁹⁶.

El acceso a VG de casos de ejemplo permite la realización de tareas formativas en el ámbito de las habilidades de comunicación en Atención Primaria²⁰⁴. La VG de las propias consultas y su posterior publicación en un área compartida de acceso restringida, permite obtener feedback sobre el estilo de entrevista por parte de un tutor preservando la confidencialidad²⁰⁵.

Existen experiencias del uso de Vimeo para compartir las grabaciones de clases de enfermería. En la Facultad de Enfermería de la Atlantic Florida University se han grabado presentaciones en pantalla realizadas con Prezi junto con la narración correspondiente realizada por el profesor. Los vídeos se suben a la cuenta de Vimeo del profesor y se comparten a través del sistema de la Universidad. Estas grabaciones son complementarias a las clases presenciales, y permiten presentar casos de mayor complejidad²⁰⁶.

1.5 Influencia de los hábitos de vida en los factores de riesgo cardiovascular

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) constituyen hoy en día un problema de salud pública en todo el mundo por su elevada prevalencia y por la gravedad e impacto que ocasionan en la vida de los pacientes, en los sistemas sanitarios y en la población en general.

Actualmente, las ECV son la primera causa de muerte a nivel mundial, ya que representan aproximadamente el 30% de las causas de mortalidad. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se calcula que en 2012 murieron por esta causa 17,5 millones de personas, lo cual representa un 31% de todas las muertes registradas en el mundo. De estas muertes, 7,4 millones se debieron a la cardiopatía coronaria, y 6,7 millones a los accidentes vasculares cerebrales (AVC)²⁰⁷. Asimismo, las ECV conllevan un aumento de la morbilidad y una disminución en la calidad de vida de los pacientes, ya que pueden causar discapacidad funcional, dependencia de terceros y de los servicios sociales y sanitarios. Según el Instituto Nacional de Estadística (INE), la principal causa de hospitalización de las altas hospitalarias de 2012 fueron las enfermedades circulatorias (13,2% de las altas)²⁰⁸.

Los países mediterráneos como España han sido considerados históricamente países con menor riesgo de ECV en comparación con Europa occidental o Estados Unidos entre los años 1965 y 1998. Con respecto a otros 48 países de todo el mundo, España tiene una menor mortalidad por enfermedad isquémica cardíaca tanto en hombres como en mujeres y ocupa una posición intermedia-baja en cuanto a la mortalidad por enfermedad vascular cerebral también en ambos sexos^{209,210}. En nuestro país, se ha objetivado una reducción de las tasas de mortalidad cardiovascular a lo largo de las últimas décadas, aunque las ECV siguen siendo la primera causa de muerte. En el año 1991 las ECV fueron responsables de 132.439 muertes en el territorio español, mientras que en 2013 se atribuyeron 117.484 muertes a esta causa, según los datos del INE.

Los datos del INE en el año 2013 de mortalidad por causas indican que, las enfermedades del sistema circulatorio causan 117.484 muertes, lo que supone el 30.1% del total de defunciones. Representan la primera causa de mortalidad femenina, con una tasa bruta de 270,5 muertes por cada 100.000 mujeres, y la segunda en los varones con una tasa bruta de 233,2 muertes por cada 100.000 hombres, por detrás de los tumores²¹¹.

A pesar de la importancia de la reducción de la mortalidad por ECV, la prevalencia es cada vez más elevada debido a la supervivencia de los pacientes y al envejecimiento de la población. El tratamiento de estas patologías se traduce en el 7,1% de todo el gasto sanitario nacional, lo que pone de manifiesto la importante carga económica que representan las ECV en nuestro país²¹².

La etiopatogenia de las ECV se centra en un proceso crónico de formación de placas de ateroma, que se inicia con lesiones focales en la capa íntima de la pared de los vasos arteriales. Se trata de un proceso que se extiende a lo largo de varios años, con una fase inicial que es asintomática que puede durar varios años. Sus expresiones clínicas pueden ser de naturaleza crónica, como sucede en la angina de esfuerzo o en la claudicación intermitente, o pueden provocar episodios clínicos agudos de mayor gravedad como el infarto agudo de miocardio (IAM), AVC o muerte súbita de origen cardíaco²¹³.

En el desarrollo de esta patología hay implicados diferentes factores de riesgo. Tradicionalmente éstos se han clasificado de la siguiente forma:

- Factores de riesgo relacionados con la conducta: tabaquismo, dieta y sedentarismo.
- Factores de riesgo metabólicos: trastornos lipídicos, obesidad y diabetes.
- Factores de riesgo no modificables: sexo y edad.

La OMS recuerda que el cese del consumo de tabaco, la reducción de la sal de la dieta, el consumo de frutas y hortalizas y la actividad física regular reducen el riesgo de ECV. Por otro lado, puede ser necesario prescribir un tratamiento farmacológico para la diabetes, la hipertensión o la hiperlipidemia, con el fin de reducir el riesgo cardiovascular y prevenir IAM y AVC. Las políticas sanitarias que crean entornos propicios para asegurar la asequibilidad y disponibilidad de opciones saludables son esenciales para motivar a las personas a que adopten y mantengan comportamientos sanos. Otros determinantes de las ECV son la pobreza, el estrés y los factores hereditarios²⁰⁷.

En el estudio MONICA, el 65% de la disminución de la mortalidad se atribuye a un descenso en la incidencia, mientras que el porcentaje atribuible a una menor letalidad es del 35%. La disminución de la incidencia de ECV se relaciona con mejoras en la prevención primaria dirigidas al control de factores de riesgo, mientras que la disminución de la letalidad se relaciona con la mejora de la eficacia del tratamiento farmacológico y del acceso a servicios sanitarios²¹⁴. En España, desde 1988 a 2005, la mitad del descenso de mortalidad de ECV se atribuye a la reducción de los principales factores de riesgo y la otra mitad a los tratamientos basados en la evidencia. El 47% se atribuye a los tratamientos, que suponen el tratamiento de la fase aguda de los síndromes coronarios, incluyendo el tratamiento farmacológico y las terapias de revascularización (11%), la prevención secundaria (10%) y el tratamiento de la insuficiencia cardíaca (9%). El otro 50% se debe a la mejora en los factores de riesgo cardiovascular, el mayor beneficio en la mortalidad viene de la disminución en los valores de colesterol total (31%) y de la tensión arterial (15%)²¹⁵.

La Guía Europea de Prevención de la Enfermedad Cardiovascular 2012, puntualiza²¹⁶:

- La aterosclerosis sigue siendo la principal causa de muerte prematura en el mundo.
- Las ECV afectan tanto a hombres como a mujeres, de todas las muertes que ocurren antes de los 75 años en Europa, el 42% se deben a ECV en mujeres y el 38% en hombres.
- La mortalidad de las ECV está en cambio, disminuyendo en Europa pero se mantiene elevada en Europa del Este.
- Más del 50% de la reducción de la mortalidad cardiovascular se relaciona con la modificación de los factores de riesgo y el 40%, con la mejora de los tratamientos.
- Los esfuerzos en prevención deben realizarse durante toda la vida, desde el nacimiento (o incluso antes) hasta la edad avanzada.
- Las estrategias preventivas para la población general y para los grupos de alto riesgo deben ser complementarias; un enfoque limitado únicamente a personas de alto riesgo será menos efectivo; por lo que siguen siendo necesarios programas de educación poblacionales.
- Hay una amplia evidencia para justificar actuaciones a nivel de salud pública así como esfuerzos a nivel individual para prevenir las ECV.

En resumen, las ECV son la primera causa de mortalidad en España y a nivel mundial. La disminución de la morbi-mortalidad se centra tanto en el manejo de los tratamientos eficaces como en la prevención de sus factores de riesgo.

Para ayudar al cambio a nuestros pacientes, es importante entender la etiología del comportamiento de los hábitos no saludables:

La vida de cada persona se desarrolla en un entorno cultural donde aprende e interioriza lo que serán sus futuros patrones de comportamiento⁷. Los primeros estudios sobre la imitación como patrón de aprendizaje llegaron de la mano de los psicólogos Miller y Dollard (1941)²¹⁷. El término “imitación” se va sustituyendo por el de “modelado”, expresión genérica que engloba una variedad de procesos de aprendizaje por observación.

Posteriormente, las teorías desarrolladas por el psicólogo Albert Bandura (Stanford) en decenas de estudios y publicaciones, han dado importancia al desarrollo de la personalidad y el aprendizaje social⁸. El comportamiento se va modelando desde la infancia para crear un estilo de vida propio que forma parte del yo de cada uno. Muchas rutinas se adquieren por imitación, porque se aprenden de la familia y el entorno cercano sin cuestionarse sobre su bondad. Esas rutinas conforman la normalidad de cada uno. “Yo como lo normal” – dicen los pacientes. Y tras esta palabra (normal) de significado “personal” se descubre que los hábitos alimentarios especialmente, muy ligados a vínculos afectivos (maternales...), se integran en la personalidad

moldeando los gustos, no como una decisión nutricional, sino como parte de un entorno social, familiar y de relación en general.

Algunos artículos sobre la antropología de la nutrición, hacen mención a cómo la alimentación es fuente de ingenio para asegurar cotidianamente la subsistencia. A pesar de las penurias, el grupo social construye un sistema de pautas y acciones que garantizan la cantidad de productos con los que poder alimentarse. Este hecho condiciona unas formas de organización para su consecución, unas relaciones sociales, así como una serie de modelos y formas de utilización de los recursos y los alimentos. La relación directa con el medio físico presenta ciertas peculiaridades cuando se trata de sociedades industrializadas y modernas.

Comenta Jesús Contreras, antropólogo estudioso de la nutrición humana que un interés por la nutrición y por la alimentación orientado exclusivamente por la preocupación dietética o por el sentido economicista, puede ignorar muchos de los factores de un fenómeno tan complejo como el de las pautas alimentarias de una sociedad: interesa no sólo qué se come, sino también, por qué se come lo que se come, y cómo, y cuándo, y dónde y con quién, pero interesa además, lo que no se come y por qué no se come siendo comestible²¹⁸.

La antropología de la nutrición muestra pautas de carácter social y cultural, formas de elaborar la comida, de organizar su consumo, su distribución, donde los hombres y las mujeres también se enfrentan a situaciones cuya dinámica tiene su origen en estructuras sociales que priman el consumismo a través del marketing de determinados alimentos, en función de valores sociales. Para aquellas personas que tienen acceso a un suministro de alimentos abundante, las fuerzas sociales y los factores tecnológicos pueden afectar los patrones de alimentación, lo que resulta en dietas desequilibradas asociadas con enfermedades crónicas.

Una mala interpretación de los hallazgos científicos fiables es una de las principales causas de la conducta nutricional anormal. Una reacción exagerada a los mensajes de salud puede precipitar condiciones tales como la anorexia nerviosa o la toxicidad de nutrientes. Las reacciones adversas a los alimentos, reales o imaginarias, llevan a las restricciones en la selección de alimentos. La austeridad excesiva en el uso de alimentos niega el placer de comer²¹⁹.

Otros hábitos como las adicciones al alcohol o al tabaco, suelen nacer en entornos donde estos consumos están normalizados. En las diferentes etapas de la vida - infancia, adolescencia, juventud- se acuñan muchos de estos patrones que para cada persona son, a veces sin ser conscientes, la regla con la cual medir ese concepto tan individual de “la normalidad”.

Como resumen final, quizás expresar lo que David Hume (1711-1776) en su *Tratado de la Naturaleza Humana*, donde define el hábito o la costumbre como la disposición que se crea en la

mente a partir de la experiencia reiterada de algo, la suposición de que el futuro es semejante al pasado sin ningún argumento más que la presencia del hábito en la mente. Los hábitos no son sólo influencia del entorno sino también la suma de decisiones repetidas por nuestro locus de control²²⁰.

Otro hábito relevante en cuanto a estilo de vida saludable es, sin duda, la actividad física. Se conoce que un índice de masa corporal (IMC) con obesidad se asocia con la inactividad física (OR 3.47)²²¹. Existe una relación estadísticamente significativa ($p < 0.001$) entre el nivel de práctica de actividad física y la percepción del estado de salud de los adultos, especialmente en los hombres. La mejoría o el mantenimiento de la salud figura entre los tres motivos más destacados de práctica de actividad física, con un 32%, detrás del hecho de realizar ejercicio en sí mismo (60%) y por diversión (47%)²²².

Así como con los hábitos alimentarios, los hábitos de práctica físico-deportiva en los jóvenes también se ven influidos por el entorno familiar y social. Esto se refleja en un estudio a partir de los datos de 6.170 estudiantes españoles de entre 12-16 años y 16-19 años, obtenidos a través de cuestionario. En Enseñanza Secundaria Obligatoria, la probabilidad de encontrar estudiantes que nunca hayan realizado actividad físico-deportiva es mayor cuando padre, madre, hermano/os y hermana/as nunca han sido activos. Ocurre lo mismo en Enseñanza Secundaria Obligatoria Postobligatoria, observando que la probabilidad se incrementa considerablemente en chicas. El ámbito familiar inactivo, por tanto, constituye factor de riesgo en la inactividad físico-deportiva de los adolescentes^{223, 224}.

Un interesante estudio llevado a cabo por Henríquez en Chile en 2009²²⁵, analiza la relación entre la tasa de mortalidad y la inactividad física (IF). En este estudio se obtienen los riesgos relativos de la mortalidad por enfermedades crónicas previamente publicados en un metaanálisis de dicho país. Las tasas de IF se obtienen a partir de una encuesta nacional previa. Los resultados exponen que un 29,6% de la mortalidad por enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) y un 6,7% de la mortalidad total (MT), son atribuibles a la IF. Con la disminución de un 20% en la prevalencia de IF en la población se reduciría en un 14% la mortalidad asociada a IF, un 4,5% por ECNT y en 1% de la MT.

Se puede concluir que, tanto para hábitos alimentarios como en práctica de actividad física, un paso necesario para una eficaz puesta en práctica de programas de intervención social cuyo fin es la creación de un estilo de vida saludable, es la evaluación de conocimientos y creencias que el grupo/individuo, al que va dirigido el programa, tiene al respecto. Por ello, cualquier programa que queramos desarrollar cuyo objeto sea la consolidación de un estilo de vida, necesita de una

investigación que relacione las diversas variables que conforman el programa con la percepción de la salud²²⁶.

La prevención primaria de salud hace referencia a la situación en la cual se puede evitar la aparición de enfermedades. Esto tiene que ver con la percepción de qué conductas pueden ser perjudiciales para el organismo. La relación causal entre algunas acciones que uno realiza y su salud son fácilmente deducibles porque se suceden correlativamente en un corto espacio de tiempo. Por ejemplo, un dolor de estómago tras una comida copiosa o una quemadura tras una intensa exposición solar. Sin embargo, otros comportamientos no provocan un daño inmediato en la salud y son difíciles de relacionar como causa-efecto, son los llamados factores de riesgo para enfermar. Algunos de estos factores están ya claramente establecidos tras muchos años de estudio y seguimiento; son los que afectan al sistema cardiovascular: fumar, mantenerse poco activo, comer grasas en gran proporción, etc. La evidencia científica confirma que cuando se modifican estos hábitos de vida relacionados con los factores de riesgo, la probabilidad de enfermar disminuye también^{227,228}. En 1961 se publica el primer artículo sobre factores de riesgo cardiovascular a partir de los datos del estudio de Framingham; desde entonces, cada año se publican decenas de artículos que confirman la evidencia de la relación entre FRCV y enfermedades cardiovasculares (<https://www.framinghamheartstudy.org/fhs-bibliography/index.php>)^{229,230}. Una lógica sencilla, podría hacer pensar que si hay factores de la enfermedad que son modificables, informando a las personas que los presentan, éstas intentarían cambiar sus hábitos de vida para reducir la probabilidad de enfermar. Sin embargo, la experiencia médica de atender pacientes, enseña que estos aspectos no se suelen resolver solamente por el hecho de informar a alguien sobre los comportamientos que supuestamente le perjudican¹¹⁵.

¿Por qué la población fuma, come en exceso, bebe alcohol, se instala en el sedentarismo²³¹ y se acomoda en hábitos de vida poco saludables? La cultura del buen vivir, buen comer, buen beber, está socializada en parte de la población, asumiendo el riesgo de enfermar balanceado con el de los placeres que se acaban de describir. La no percepción del riesgo, tal vez, hace que no se reflexione sobre él. Cada individuo tiene una historia y unas vivencias que lo hacen único, para cada situación y momento. Los pacientes “saben” muchas cosas que serían buenas, pero tienen dificultades para ponerlas en práctica. Una de las estrategias de la prevención es el control no farmacológico de los factores, especialmente los de FCRV, que pueden desarrollar enfermedad²³². Los médicos hablan con sus pacientes de estos problemas e intentan que mejoren sus rutinas y se motiven hacia una vida más sana. Esta tarea requiere tiempo, dedicación y estilo comunicativo. La entrevista clínica y el interés del profesional son fundamentales para ayudar a los pacientes desde

la motivación, la base para facilitar el cambio hacia esos nuevos hábitos más saludables. El objetivo es movilizar al paciente.

1.5.1 Impacto de la comunicación en los hábitos

La comunicación entre el médico y el paciente es la herramienta que permite el abordaje de aspectos tan íntimos como son sus hábitos personales. La manera de tratar esta intimidad puede condicionar la respuesta del paciente, impulsándolo hacia la búsqueda de cambios o reafirmando en “sus coordenadas de normalidad”. Visto que la relación médico-paciente, sobre todo cuando se trata de médicos de familia, tiene una longitudinalidad característica que puede abarcar muchos años de interacción, la estrategia comunicativa no puede ser puntual. El médico tiene incorporado un estilo comunicativo que irá aflorando en la relación y que facilitará o no el cuestionamiento e incluso el compromiso de sus pacientes hacia conductas que buscan el mantenimiento de la salud¹⁷⁴.

El médico debe ser consciente de su manera de comunicar y del efecto que esta comunicación provoca en sus pacientes³⁰. La comunicación es una habilidad que se puede aprender y mejorar y por tanto puede ser el núcleo de un Programa Formativo. Según Watzlawick, en su primer axioma de la teoría de la comunicación humana, es imposible no comunicarse. Así pues, el centro de nuestro estudio gira en torno a cómo promover la formación en esta habilidad que es “comunicarse con los pacientes para que se motiven hacia hábitos de vida más saludables”, buscar una herramienta formativa adecuada al contexto que aborde no sólo la parte teórica, sino que desarrolle un marco de habilidades que se puedan entrenar y competencias que se puedan evaluar.

En la literatura médica existen escasas publicaciones que comprueben la eficacia de las intervenciones abarcando a la vez los FRCV más importantes en su conjunto (tabaco, dieta y ejercicio físico), ya que se trata de intervenciones multifactoriales. Es muy difícil hacer ensayos clínicos metodológicamente correctos que evalúen intervenciones sobre los estilos de vida ya que estos son muy complejos y hay muchas fuentes de variabilidad difícilmente controlables. Es importante adaptar las intervenciones a las barreras específicas para el cambio.

En España, grupos de expertos del PAPPs recogen recomendaciones sobre el estilo de vida basados en el conocimiento de que determinados cambios en el estilo de vida son eficaces para mejorar la salud de las personas y disminuir la carga de enfermedad. En una de sus recientes publicaciones²³³ recomiendan evaluar los diferentes riesgos para la salud presentes en un individuo en un momento concreto, su disposición al cambio, su apoyo social y su accesibilidad a

los recursos necesarios. En esta publicación analizan los temas del consumo de tabaco, el consumo de riesgo y perjudicial de alcohol, la actividad física y la alimentación.

En esta línea, la *Guía Europea de Prevención de ECV en la Práctica Clínica*²¹⁶, hace referencia a los métodos cognitivo-conductuales para ayudar a los pacientes a adoptar un estilo de vida saludable. Ser consciente, como profesional de la salud, de los factores que dificultan la posibilidad de adoptar un estilo de vida saludable, favorece la empatía y la forma de aconsejar, lo que facilita un cambio en el comportamiento y los hábitos.

En la siguiente tabla (Tabla 13) se presentan las recomendaciones para el cambio en el comportamiento:

Recomendación	Clase de recomendación	Nivel de evidencia	Grado de asociación
Establecer estrategias cognitivo-conductuales (ej. EM) para facilitar el cambio de estilo de vida.	I	A	Fuerte
Se deben involucrar profesionales de la salud especialistas (ej. Enfermería, dietistas, psicología, etc.) siempre que sea necesario y factible.	Ila	A	Fuerte
En individuos con elevado riesgo de ECV se deben llevar a cabo intervenciones multimodales, integrando educación en hábitos de vida saludables y recursos médicos, ejercicio físico, manejo del estrés y consejo sobre factores de riesgo psicológicos.	I	A	Fuerte

Tabla 13. Recomendaciones para el cambio de comportamiento, de la European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012)

En cuanto a la primera fila de la tabla, en la que se hace referencia a las estrategias cognitivo-conductuales como la Entrevista Motivacional (EM) para facilitar el cambio del estilo de vida, y aunque ya se han expuesto numerosos trabajos, destacamos aquí los 2 metaanálisis referenciados por la guía europea:

- Un metaanálisis de 37 estudios examina los efectos de programas de psicoeducación (educación para la salud y manejo del estrés) para pacientes con enfermedad coronaria. Los resultados sugieren que estos programas conducen a un 34% de reducción en mortalidad de causa cardíaca, un 29% de disminución de la recurrencia de infarto agudo de miocardio (IAM) y cambios significativos ($p < 0.025$) positivos en la tensión arterial (TA), el colesterol, el peso, el hábito tabáquico, el ejercicio físico y los hábitos alimentarios. Los resultados del estudio también sugieren que los programas con éxito en objetivos a corto

plazo (control de la TA, hábito tabáquico, ejercicio físico y estrés) son más efectivos en lograr los objetivos a largo plazo (mortalidad cardiovascular y recurrencias de IAM) que los programas sin éxito en los objetivos a corto plazo²³⁴.

- Otro metaanálisis de 19 estudios muestra un efecto significativo (intervalo de confianza de 95%) positivo para la EM en cuanto al índice de masa corporal, la colesterolemia total, la TA sistólica y la alcoholemia; mientras que no encuentra un efecto significativo en el número de cigarrillos diarios ni en el nivel de hemoglobina glicosilada. La EM muestra un efecto significativo y clínicamente relevante en tres de cuatro estudios, con un efecto similar en enfermedades fisiológicas (72%) y psicológicas (75%). Se obtiene un efecto de la EM en el 80% de los estudios analizados. Al utilizar la EM en encuentros breves de 15 minutos, el 64% de los estudios muestran un efecto. Más de un encuentro con el paciente asegura la efectividad de la EM¹¹⁹.

Una interacción médico-paciente positiva es una herramienta potente para mejorar la habilidad del paciente para convivir con la enfermedad y adherirse a los consejos de cambio de estilo de vida, así como al tratamiento farmacológico. Los principios para una comunicación efectiva que facilite el cambio son: 1) emplear el tiempo suficiente para crear una relación terapéutica, 2) conocer la visión personal del paciente sobre su enfermedad, 3) fomentar en cierto grado las expresiones de preocupación y de autoevaluación para motivar al paciente al cambio, 4) hablar al individuo en un lenguaje que permita la comprensión y destacar las mejoras en el estilo de vida, 5) ser consciente de la dificultad que supone cambiar los hábitos y que un cambio gradual mantenido suele permanecer más que los cambios rápidos, 6) aceptar que los pacientes necesitarán soporte a lo largo del tiempo, por lo que habrá que esforzarse en animarles repetidamente y 7) asegurar que todos los profesionales implicados dan información consistente a los pacientes.

Los diez pasos estratégicos que sugiere la citada guía para mejorar los consejos sobre cambio de hábitos son:

1. Crear una alianza terapéutica.
2. Considerar a todos los individuos en riesgo de ECV, o con ECV en caso de haberla desarrollado.
3. Esforzarse en hacer entender a los pacientes la relación entre sus hábitos y su salud.
4. Ayudar a los pacientes a evaluar las barreras que les impiden cambiar sus hábitos.

5. Ganar argumentos de los propios pacientes para ser dueños del cambio de sus propios hábitos.
6. Implicar a los individuos en identificar y seleccionar los factores de riesgo a cambiar.
7. Usar una combinación de estrategias que incluyan el refuerzo de las capacidades individuales del paciente para el cambio.
8. Diseñar un plan de modificación del estilo de vida.
9. Implicar a otros profesionales de la salud siempre que sea posible.
10. Monitorizar el progreso a través de contacto continuado con el paciente.

Otros estudios muestran también resultados positivos en cuanto al impacto de la comunicación asistencial en el cambio del estilo de vida de los pacientes. En 2007 se publica un ensayo clínico²³⁵ en el que participan 37 nutricionistas y realizan seguimiento a 142 pacientes diabéticos. El grupo experimental (GE) recibe formación en EM durante dos semanas. Los resultados muestran que el grupo entrenado en EM son más empáticos, ofrecen más reflexiones y permiten a los pacientes expresarse mejor. Los pacientes recibidos por el GE muestran una disminución significativa de ingesta de grasas saturadas. No se encuentran evidencias significativas para el valor de hemoglobina glicosilada, el índice de masa corporal o el perímetro abdominal.

2 Justificación

Las últimas estrategias en Entrevista Motivacional (EM) han demostrado su utilidad para ayudar a los pacientes en algo tan complejo como modificar o controlar los hábitos de vida relacionados con su salud (dieta, ejercicio, tabaco...). Sin embargo, existe poca evidencia sobre qué metodologías de aprendizaje pueden ser más útiles para que los profesionales incorporen estas nuevas habilidades.

¿Por qué este Programa Formativo?

El diseño del programa se hace en base a la bibliografía, pero sobre todo, en base a la gran experiencia de uso de varias herramientas docentes conocidas y testadas durante años. Destacan como fundamentales el Taller de Entrevista Motivacional y el PBI. Otras son creación específica de este programa, y otras, como la elaboración del incidente crítico, son del ámbito educativo en general.

El taller de Entrevista Motivacional elegido para iniciar el Programa Formativo MOTIVA se ha implementado a lo largo de 13 años en diferentes foros: residentes de medicina de familia, congresos y equipos de Atención Primaria. La experiencia adquirida en estos años sigue las siguientes directrices:

1. Metodología de enseñanza activa y que reúne los requisitos que se piden en formación en entrevista clínica: *Francesc Borrell 2004³⁰, Roger Ruiz⁹, Kurtz et al. 1998⁵⁰.*
2. Actividad formativa que tiene la acreditación de la SAAP (*sistema de acreditación de Atención Primaria*) de la *Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC)*.
3. Fidelidad epistemológica del Modelo de Entrevista Motivacional (*Miller y Rollnick 1999¹¹³*), así como su integración en el modelo transteórico de Prochaska y Di Clemente *1983²³⁶.*
4. Dispone de un manual del alumno que incluye los conceptos teóricos necesarios y la explicación de la metodología de trabajo con múltiples ejercicios. *Bosch, R Casals, J Cebrià, J Massons y F Borrell. Curso de Entrevista Clínica: La Motivación para el Cambio. Manual del alumno. Grupo Comunicación y Salud. Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària. Barcelona. 1997²³⁷.* El manual se complementa con diversas videograbaciones de role-play.
5. Destacan y se entrenan asimismo los dos modelos de intervención motivacional breve: *Stephen Berg y JM Bosch: "Estrategias de Entrevista Motivacional Breve". Conferencia*

*Internacional sobre Comunicación y Salud para profesionales de la salud, educadores e investigadores y XI Congreso Nacional de Entrevista Clínica de la Sociedad Española (semFYC). Barcelona. Septiembre, 2000*²³⁸.

6. Existe una gran experiencia compartida con muchos expertos en entrevista clínica, miembros del Grupo Programa Comunicación y Salud (GPCyS) de la semFYC desde 1995 (más de 50 ediciones) con evaluaciones muy altas.

7. Se imparte en múltiples foros formativos tales como el *Máster de Atención Primaria de la Universitat Autònoma de Barcelona, IES y CAMFiC coordinado por Josep Massons*; *Postgrado de Comunicación de la Escuela Andaluza de Salud Pública (coordinado por José Antonio Prados y Fermín Quesada)*, *Escuela de Verano de la semFYC* y *Talleres Nacionales de Entrevista Clínica GPCyS (semFYC)*, entre otros.

8. Se ha realizado formación de formadores en Entrevista Motivacional (EM) a través del denominado TAFFEM: Taller de Formación de Formadores en Entrevista Motivacional del que ya se han hecho varias ediciones : *“Formación de Formadores en Entrevista Motivacional”*. *XII y XVII Congreso Nacional de Entrevista Clínica y Comunicación Asistencial de la semFYC. Cala Millor (Mallorca) Mayo 2001, y Oviedo Mayo 2006, respectivamente. Asimismo una edición en Pazo Da Pena (Santiago de Compostela) en Octubre 2006 de 20 horas.*

9. En este sentido mantiene un paralelismo con el desarrollado por la red de Profesores en Entrevista Motivacional : *MINT (Motivational Interviewing Network Trainers)* que coordinan los Profesores *William Miller (USA)* y *Stephen Rollnick (UK)*. A tal efecto algunos miembros del presente estudio son miembros de la MINT desde 1999.

3 Objetivos

3.1 Objetivo principal

Desarrollar un Programa Formativo en Entrevista Motivacional (EM) para médicos de familia (MF), y evaluar el impacto en los encuentros clínicos.

3.2 Objetivos secundarios

- Diseñar un Programa Formativo (PF) en Entrevista Motivacional que sea interactivo, longitudinal, multifacético y promotor de la autorreflexión de la propia práctica asistencial.
- Evaluar la eficacia de este programa a la hora de integrar nuevas habilidades motivacionales en los profesionales, de acuerdo al tercer escalón de la Pirámide de Miller.
- Evaluar la eficacia del Programa Formativo para incorporar estas competencias en la práctica clínica con los pacientes reales, de acuerdo al cuarto nivel de la Pirámide de Miller.
- Analizar la factibilidad del programa.

3.3 Hipótesis

La formación en EM con el Programa Formativo MOTIVA, ayuda a incorporar habilidades comunicacionales en los encuentros clínicos y modifica la práctica asistencial de los médicos.

H₀: El programa diseñado de formación en EM interactivo, longitudinal, multifacético y promotor de la autorreflexión de la propia práctica, no genera cambios en las habilidades motivacionales de los profesionales ni en su aplicación en la práctica asistencial.

H₁: El programa diseñado de formación en EM interactivo, longitudinal, multifacético y promotor de la autorreflexión de la propia práctica, mejora las habilidades motivacionales de los profesionales y su aplicación en la práctica asistencial.

4 Material y métodos

4.1 Introducción

El proyecto de investigación de esta tesis doctoral se enmarca dentro de un ensayo clínico titulado: “*Eficacia de la Entrevista Motivacional en pacientes con dislipemia atendidos en consultas de Atención Primaria*” (**Estudio Dislip-EM**). El objetivo principal es valorar el impacto de la EM en el perfil lipídico de los pacientes reales. En él participan médicos de familia que incluyen pacientes con dislipemia. Este ensayo tiene una doble población de estudio: por un lado los médicos de familia a quienes se forma en Entrevista Motivacional, y por otro, los pacientes que estos médicos atienden. Para la evaluación del estilo motivacional de los médicos fue necesario el diseño y validación de una escala de evaluación (EVEM) de videograbaciones.

Así pues, resumiendo, el proyecto de investigación Dislip-EM (ANEXO 1) desarrolló tres proyectos en paralelo:

1. **Programa Formativo MOTIVA:** Formación en Entrevista Motivacional a los **médicos de familia** que participaron en el estudio (n=54 médicos de familia).
2. **Diseño y validación de la escala EVEM:** Diseño y validación de una **escala** para medir el estilo motivacional de la entrevista clínica a través de videograbaciones en las consultas (n= 332 VG) (94 pacientes reales y 238 pacientes estandarizados).
3. **Impacto en resultados de salud** de la EM en **pacientes reales** diagnosticados de dislipemia: cambios en los hábitos de vida no saludables y evolución de la dislipemia (n=227 pacientes).



Figura 9. Proyecto Dislip-EM

Estas 3 líneas de investigación están entrelazadas desde su diseño inicial hasta el final del trabajo de campo, por su simultaneidad y los recursos compartidos. El uso de las nuevas tecnologías ha facilitado el desarrollo de este ensayo clínico multicéntrico en 32 centros de Atención Primaria de España.

La medición del grado de utilización de la Entrevista Motivacional, ha sido ya presentada como una tesis doctoral por mi co-doctorando, el Dr. Manuel Campiñez Navarro con el título *Estudio de validación de la escala EVEM para evaluar la Entrevista Motivacional en consultas de Atención Primaria*¹⁸².

Los resultados en salud se han plasmado en la tesis de mi co-doctoranda, *Julia Bóveda Fontán* bajo el título *Eficacia de la Entrevista Motivacional en pacientes con dislipemia atendidos en consultas de Atención Primaria de Salud. Estudio Dislip-EM*²³⁹, que ya ha sido depositada y será leída en las próximas semanas.

La tesis doctoral que se desarrolla a continuación, se centrará en la primera línea, la formación en EM a los médicos de familia, es decir, el **Programa Formativo MOTIVA**.

4.2 Diseño del estudio

Ensayo clínico multicéntrico, abierto, controlado, a doble ciego y aleatorizado por clúster, con dos brazos paralelos (Grupo Experimental -GE- y Grupo Control -GC-) formados por médicos de familia que trabajan en centros de Atención Primaria con un seguimiento variable de 12 a 18 meses.

4.3 Población y muestra

La selección de la muestra se realizó por “muestreo de conveniencia” ofreciendo la participación en el proyecto a médicos de familia (MF) de los Centros de Atención Primaria (CAP) de las áreas geográficas donde trabajaba el grupo investigador (Barcelona, Córdoba, Vigo) y también a los miembros de los grupos de trabajo e investigación de semFYC de la tres sociedades federadas: catalana, andaluza y gallega (CAMFiC, SAMFYC, AGAMFeC). Hay médicos de familia de otras regiones pero que se enmarcaron dentro de uno de los tres grupos para su seguimiento y coordinación. El contexto del estudio se situó en los Centros de Atención Primaria del Sistema Nacional de Salud (SNS). Se envió una invitación personalizada a los médicos a través del correo electrónico. Inicialmente manifestaron su disposición a participar 91 profesionales, siendo la muestra final de estudio de 54 participantes.

4.3.1 Criterios de inclusión

- 1) Trabajar en un Centro de Atención Primaria.
- 2) Previsión de estabilidad laboral durante el desarrollo del estudio.
- 3) Firmar documento de compromiso y confidencialidad.

4.3.2 Criterios de exclusión

Falta de continuidad laboral previsible en el mismo centro de trabajo durante el desarrollo del proyecto.

4.3.3 Aleatorización

Tras las exclusiones por el criterio anterior o por motivos personales de los profesionales, fueron seleccionados y aleatorizados 54 médicos. Se realizó una aleatorización simple, utilizando el programa Epidat 3.1.

4.3.4 Descripción de la muestra

Iniciaron el estudio 54 médicos distribuidos al Grupo Control (GC) 28 profesionales y al Grupo Experimental (GE) 26 profesionales. Se produjeron 3 pérdidas durante el desarrollo del estudio (2 en GE y 1 en GC), siendo debidas a un cambio de domicilio profesional. Finalizaron el proyecto 51 médicos, (GC n=26, GE n=25).

La muestra final se describe en el siguiente diagrama del modelo CONSORT²⁴⁰ (Figura 10).

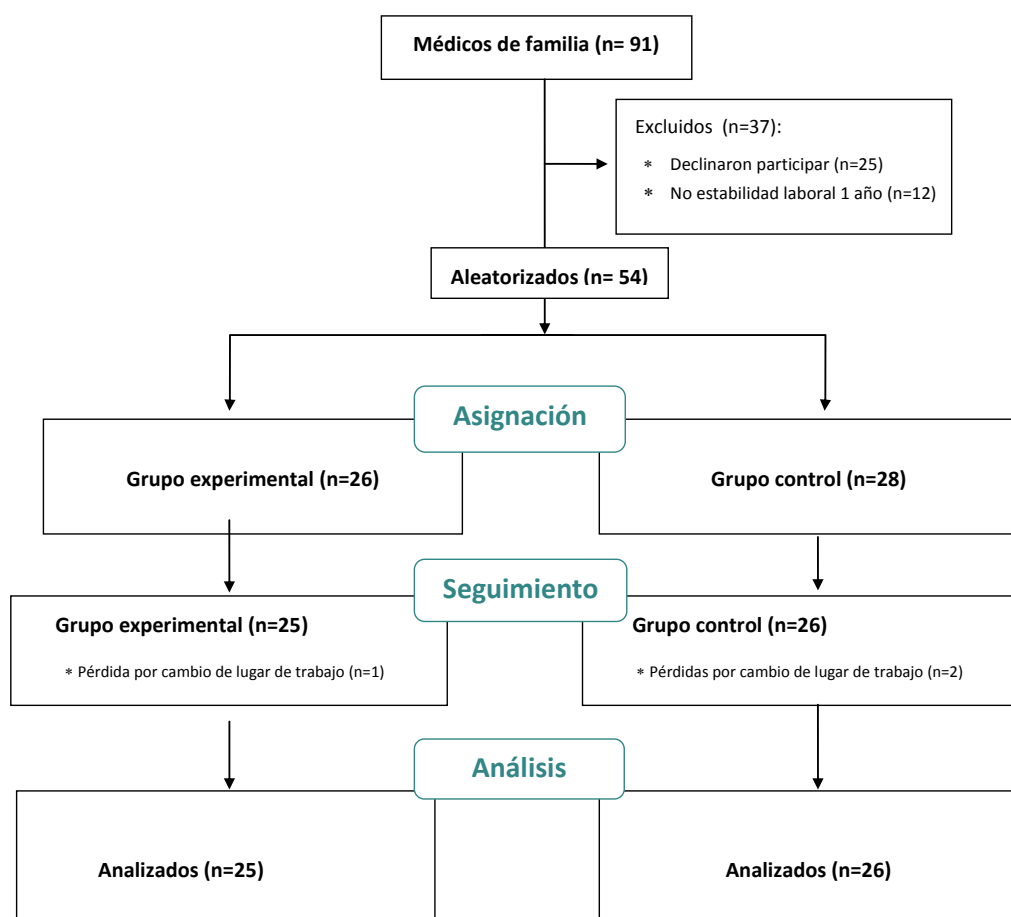


Figura 10. CONSORT Diagrama de flujo. Participantes en el Programa Formativo MOTIVA

Los médicos de familia pertenecían a 32 Centros de AP localizados en cinco Comunidades Autónomas: Andalucía (14), Extremadura (2), Castilla – León (2), Cataluña (6) y Galicia (8). Los centros de Andalucía, Extremadura y Castilla-León se gestionaron desde Córdoba, los de Cataluña desde Barcelona y los de Galicia desde Vigo.

En la Tabla 14 se muestra el número de médicos participantes por cada Centro de Salud (CS) agrupado por sedes. Se pueden apreciar las pérdidas por CS (inicio-final).

SEDES Centros de salud	Ciudad	Provincia	MF inicio	MF final
CS Centre	Hospitalet de Llobregat	Barcelona	5	4
CS El Castell	Castelldefels	Barcelona	1	1
CS La Mina	Barcelona	Barcelona	1	1
CS Ramona Vía	El Prat	Barcelona	2	2
CS Sant Gervasi	Barcelona	Barcelona	4	3
CS Vallcarca	Barcelona	Barcelona	2	2
Barcelona			15	13
CS Bujalance	Bujalance	Córdoba	1	1
CS Colón	Córdoba	Córdoba	1	1
CS Comuneros	Burgos	Burgos	1	1
CS D ^o Rafael Flórez	Posadas	Córdoba	2	2
CS D ^a Josefina Carmona	Fernán Núñez	Córdoba	2	2
CS Fuensanta	Córdoba	Córdoba	3	3
CS Huerta de la Reina	Córdoba	Córdoba	1	1
CS La Carlota	Córdoba	Córdoba	3	3
CS La Paz	Badajoz	Badajoz	1	1
CS Levante Sur	Córdoba	Córdoba	3	3
CS Molino de la Vega	Huelva	Huelva	1	1
CS Palma del Río	Palma del Río	Córdoba	1	1
CS Peñarroya	Peñarroya	Córdoba	1	1
CS San Roque	Badajoz	Badajoz	1	1
CS Santa Rosa	Córdoba	Córdoba	1	1
CS Villafranca	Villafranca	Córdoba	3	3
CS Virgen Concha	Zamora	Zamora	1	0
CS Virgen de Linarejos	Linares	Jaen	1	1
Córdoba			28	27
CS Rúa Cuba	Vigo	Vigo	2	2
CS Beiramar	Vigo	Pontevedra	1	1
CS Coruxo	Vigo	Pontevedra	1	1
CS Matamá	Vigo	Vigo	1	1
CS Pintor Colmeiro	Vigo	Pontevedra	2	2
CS Porriño	Porriño	Pontevedra	2	2
CS Tui	Tui	Pontevedra	1	1
CS Val Miñor	Nigrán	Pontevedra	1	1
Vigo			11	11
Médicos total			54	51

Tabla 14. Distribución de los médicos por Centros de Salud

4.4 Material

El material del Programa Formativo incluye actividades para su desarrollo teniendo en cuenta las evidencias de impacto y factibilidad de uso encontradas en la bibliografía (Tabla 15).

Pacientes estandarizados (PE)
Videograbaciones (VG)
Actividades de formación
Taller de Entrevista Motivacional (EM)
Feedback
Libros
Artículos
Caso clínico
Micropíldoras
Problem Based Interviewing (PBI)
Incidente crítico
Materiales de evaluación
Escala EVEM sumativa
Escala EVEM formativa
Indicador Sintético
Encuesta final
Herramientas de soporte
Logo identificativo
Correo electrónico
Imán

Tabla 15. Materiales del Programa Formativo MOTIVA

4.4.1 Pacientes estandarizados (PE)

Se entrenó a 6 actores (3 hombres y 3 mujeres) para representar 2 casos clínicos diseñados específicamente para este estudio según la metodología del PE y del IES de Barcelona²⁴¹ (grupo competencia profesional).

4.4.2 Videgrabaciones (VG)

Cada médico participante del grupo experimental realizó 10 VG. Los médicos del grupo control realizaron 8 VG.

Material necesario:

- Cámaras de vídeo
- Tarjetas de videgrabación: 2 tarjetas de 2 GB para cada médico.
- Software para conversión de formato y corte de vídeos (Wondershare).
- Videoteca (www.vimeo.com)

4.4.3 Actividades de formación

4.4.3.1 Taller de Entrevista Motivacional

Taller presencial en Entrevista Motivacional (EM) en el que se presentan los contenidos teóricos de la Entrevista Motivacional estructurados en las ocho etapas propuestas por Miller y Moyers para el proceso de aprendizaje¹⁵²; este taller es el prototipo que se desarrolla a nivel internacional.

4.4.3.2 Feedback

Se realizó feedback de manera estructurada en varios momentos del Programa Formativo MOTIVA:

- Personalizado con las VG con PE post-taller
- Personalizado y grupal:
 - Role-play en el taller
 - Sesiones con metodología PBI

4.4.3.3 Libros

Un libro para los participantes del grupo control y otro a los participantes del grupo experimental.

4.4.3.4 Artículos

Cinco artículos de temas relacionados con la Entrevista Motivacional.

4.4.3.5 Ejercicio de reflexión: caso clínico

Caso clínico con dos opciones de entrevista clínica para su análisis.

4.4.3.6 Micropíldoras

Mensajes breves en dos formatos:

1. Archivo de imagen jpg conteniendo una frase o un diálogo breve acompañado de una imagen.
2. Mensaje escrito sms con la misma frase o diálogo que el formato jpg.

4.4.3.7 Análisis de videgrabaciones con metodología “Problem based interviewing (PBI)”

Sesiones grupales para visualización de las entrevistas de los participantes.

4.4.3.8 Incidente crítico

1. Modelo desarrollado de incidente crítico en EM, a modo de ejemplo.
2. Plantilla para realizar un incidente crítico.

4.4.4 Materiales de evaluación

4.4.4.1 Escala EVEM sumativa

La escala EVEM sumativa (escala de valoración de Entrevista Motivacional) mide los eventos de interacción clínicos considerados como específicos del estilo de Entrevista Motivacional, a través de la visualización de videgrabaciones por parte de un experto.

4.4.4.2 Escala EVEM formativa

La escala EVEM formativa nace de la escala sumativa y se utiliza para la autoevaluación de la EM en consulta.

4.4.4.3 Indicador Sintético de adherencia al Programa Formativo

Indicador Sintético desarrollado específicamente para medir la adherencia al Programa Formativo MOTIVA.

4.4.4.4 Encuesta final

Encuesta sobre el desarrollo del Programa Formativo MOTIVA, que incluye la evaluación de actividades y el grado de satisfacción del participante.

4.4.5 Herramientas de soporte

4.4.5.1 Videoteca

Se creó una cuenta en www.vimeo.com para almacenar y poder evaluar las videograbaciones.

4.4.5.2 Logo identificativo

Imagen identificativa del PF MOTIVA en la que aparecen dos personajes: un médico y un paciente.

4.4.5.3 Correo electrónico

Se genera una dirección de correo electrónico para vehicular toda la interacción entre participantes y coordinadores: apmotivacional@gmail.com

4.4.5.4 Imán

Tarjeta imantada de 9 x 6 cm con los conceptos básicos de la EM para consultar en el lugar de trabajo.

4.5 Desarrollo del Programa Formativo MOTIVA

El Programa Formativo MOTIVA (PF) en Entrevista Motivacional para médicos de familia es la intervención de este proyecto. El programa se inicia con un taller teórico y una serie de actividades online y presenciales que se ofrecen a los participantes progresivamente a lo largo de un año. Así, se diseñó un Programa Formativo en Entrevista Motivacional que incluía los componentes educativos que aparecen en la Tabla 16:

Contenidos teóricos de la EM
Autorreflexión de la práctica clínica
Práctica de habilidades comunicativas
Participación activa
Feedback docente
Comunicación y trabajo online con uso síncrono
Tecnología online asíncrona
Trabajo en equipo
Diseño multicéntrico y semipresencial

Tabla 16. Componentes educativos del Programa Formativo MOTIVA

El diseño se inició en 2009 y duró aproximadamente 6 meses. En el primer trimestre de 2010 se realizó la captación de los médicos participantes. Durante la etapa previa a la implementación del

PF, se elaboró un cronograma para dar viabilidad al proyecto y poder desarrollar las actividades en los 32 centros de Atención Primaria de las tres sedes (Córdoba, Vigo, Barcelona) al mismo tiempo. La disponibilidad de las cámaras para VG de los médicos en las fechas previstas según la cronología de cada paciente, requirió de un calendario y seguimiento cercano para tener preparada la cámara en condiciones óptimas para la grabación de buenas imágenes. Por la dificultad de captación e incorporación de pacientes al estudio Dislip-EM el trabajo de campo se alargó hasta diciembre de 2012.

4.5.1 Coordinación

La sede central de coordinación fue la Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Córdoba, aunque los responsables de la organización y ejecución del programa se distribuyen en diferentes ciudades, coincidiendo con las sedes del proyecto: Luis Pérula de Torres (Córdoba, Salud Pública), Josep Maria Bosch Fontcuberta (Barcelona, MF), Julia Bóveda Fontán (Vigo, MF), José Antonio Prados Castillejo (Córdoba, MF), Manuel Campiñez Navarro (Barcelona, MF), Remedios Martín Álvarez (Barcelona, MF), Juan Carlos Arbonés Ortiz (Donosti, MF), Jesús Novo Rodríguez (Lugo, MF), Margarita Criado Larumbe (Córdoba, Secretaría) y Nieves Barragán Brun (Barcelona, MF). Todos los MF son miembros del Grupo Programa de Comunicación y Salud de semFYC.

El proyecto se gestionó desde las tres sedes (Córdoba, Vigo y Barcelona) donde se centralizaron las reuniones, la formación y la recogida de material del estudio (cuadernos de recogida de datos y tarjetas de videograbación).

El grupo coordinador realizó algunas reuniones presenciales en Madrid y otras, la mayoría, en la plataforma virtual Second Life. También se han utilizado las videoconferencias en Skype para reuniones de 2 personas y Hangout para trabajos de 3-4 personas. El uso de la tecnología facilitó las reuniones periódicas de un equipo geográficamente muy disperso.

Se realizó una revisión bibliográfica exhaustiva y colaborativa entre los miembros del grupo, centrada en los tres ejes del proyecto Dislip-EM: los factores de riesgo vascular, la Entrevista Motivacional y la educación médica.

Se elaboró un protocolo de estudio (ANEXO 1) y un cuaderno de recogida de datos (CRD) para el GC y GE. El trabajo de campo se inició en 2010 y aunque inicialmente el diseño era de 1 año de seguimiento, el proceso de inclusión de pacientes fue escalonado y produjo un retraso que alargó el cierre definitivo de todo el proyecto hasta 2013.

Se compraron algunas cámaras, pero otras fueron prestadas por las propias unidades docentes. Desde la secretaría general y la coordinación de las diferentes sedes, se gestionó la rotación y disponibilidad de todas ellas para que todos los médicos (GC y GE) pudieran grabarse con sus pacientes en la fecha prevista.

4.5.1.1 Diseño de herramientas de soporte

Algunas herramientas creadas específicamente para el PF MOTIVA han servido para vehicular el trabajo y aumentar su entidad formativa, aunque no son estrictamente medibles en la investigación.

Videoteca

Cada médico realizaba sus propias videograbaciones (VG) en la consulta y posteriormente entregaba la tarjeta con la VG al responsable de su sede. Los vídeos eran recortados eliminando los minutos de excedente para dejar sólo los minutos de la entrevista.

Las VG de las entrevistas clínicas se subieron a www.vimeo.com (suscripción anual financiada con beca semFYC).

Cada VG tenía un número de identificación obtenido por la función Excel-aleatorización. De esta manera se mezclaron todas las VG (n=332) de pacientes reales y estandarizados de todos los participantes. A cada VG se le asignó una clave de acceso codificada para asegurar la confidencialidad. Sólo la responsable de esta tesis tenía la relación que asociaba los nombres, el número de visita, el número del vídeo y la clave de acceso. En el momento de la evaluación, se le entregó a cada experto en EM, el número de VG que le correspondía evaluar con su clave.

En la Figura 11 se observa el aspecto que muestra esta videoteca.

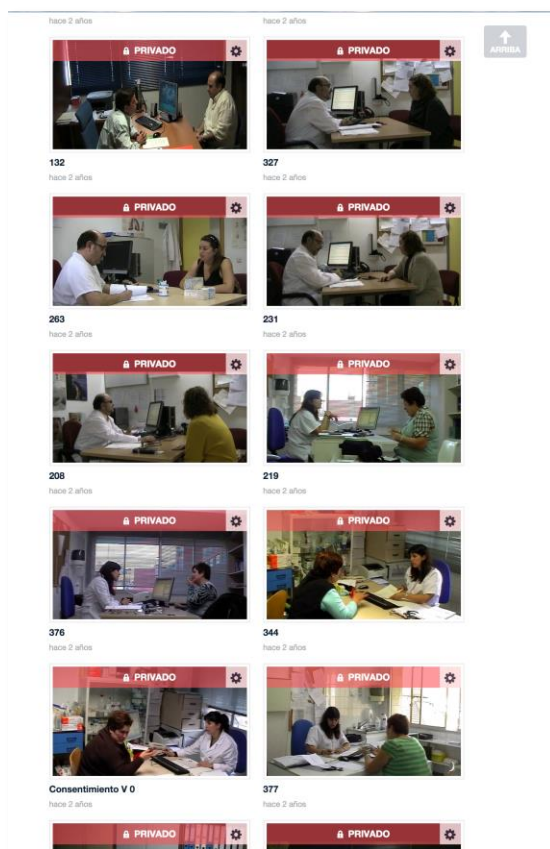


Figura 11. Videoteca del Programa Formativo MOTIVA

Logo

Con el fin de identificar los materiales del PF, los correos electrónicos y en general cualquier tema relacionado, se creó un logo que diera unidad a los materiales. Se crearon dos personajes sencillos que representan el eje central del proyecto: un médico y un paciente con estilo de viñeta que pueden conversar entre ellos.

¿Qué contenían los personajes?

- El médico: cerebro (conocimientos), corazón (emociones), ojos-oidos-sonrisa (comunicación), manos (habilidades), pies (acercamiento) y fonendo (herramientas profesionales).
- El paciente: las mismas características humanas que su médico, sin fonendo, portador de una maleta cargada de experiencias, hábitos, emociones, necesidades, deseos...



Figura 12. Logo Programa Formativo MOTIVA

El objetivo no era otro que transmitir de forma visual los elementos identificativos del “espíritu motivacional” y el modelo de comunicación centrado en el paciente.

Correo electrónico: apmotivacional@gmail.com

Se definieron los canales de comunicación entre el grupo coordinador del proyecto y el grupo de investigadores. Dada la dispersión geográfica del proyecto multicéntrico, este aspecto adquirió especial relevancia.

Para facilitar el envío de mensajes de los materiales, separando por sedes y por grupos (control y experimental) se crearon 7 listas de distribución vinculadas a apmotivacional@gmail.com (GE Barcelona, GE Córdoba, GE Vigo, GC Barcelona, GC Córdoba, GC Vigo, GCoordinador). Se intentaron realizar todas las actividades presenciales cercanas en el tiempo, pero como se verá en el desarrollo, algunas no se podían realizar al unísono en las tres sedes ya que fueron coordinadas por las mismas personas que tuvieron que viajar hasta ellas. La dificultad para las convocatorias de reunión es inherente al trabajo del médico de familia por sus horarios, guardias, etc., por lo que estos grupos fueron de vital importancia para la implementación del PF.

Imán

Se diseñó un recordatorio con los conceptos básicos en Entrevista Motivacional de 8,5 x 5,5 cm, imantado, con el objetivo de tenerlo presente durante la consulta. Se seleccionaron las 9 tareas que se consideraron más importantes de la Entrevista Motivacional para imprimirlas en formato

imán de forma que pudieran ser consultadas en la entrevista con sus pacientes. La Figura 13 muestra el aspecto del imán.

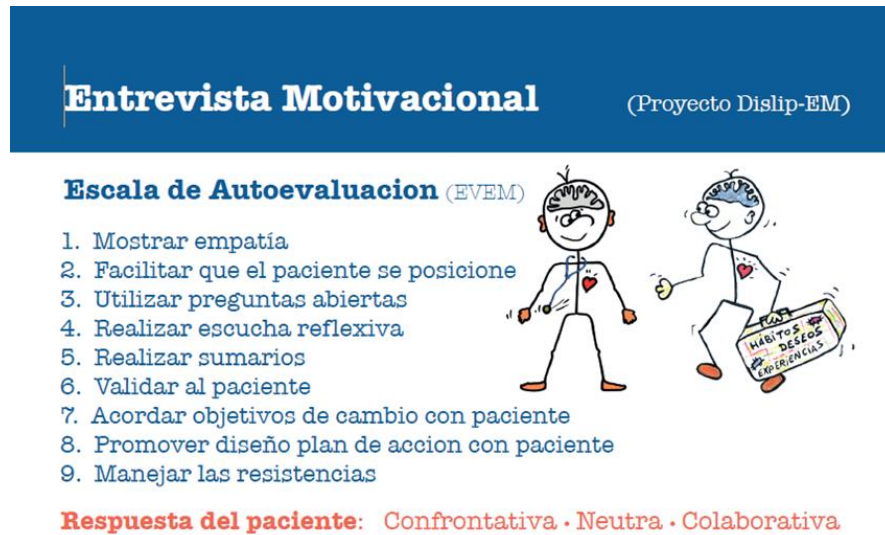


Figura 13. Recordatorio tareas principales de la EM para consulta (Formato Imán)

4.5.2 Esquema general del Programa Formativo MOTIVA

A continuación (Figura 14) se muestra un esquema general del desarrollo del estudio:

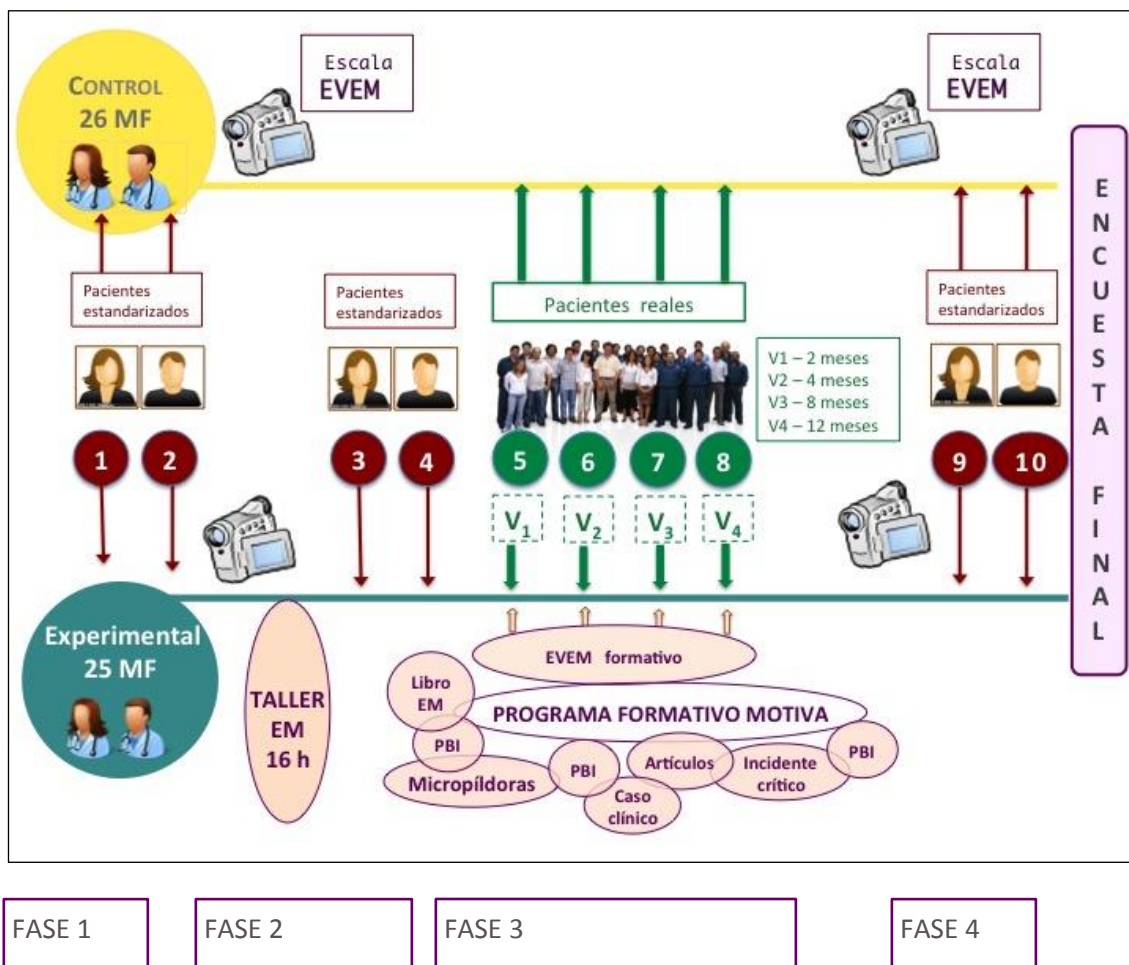


Figura 14. Diseño y evaluación del PF MOTIVA. Fases del proyecto

La implementación del Programa Formativo se puede dividir en 4 grandes fases (Figura 14) :

- **FASE 1: VG1 y VG2** con pacientes estandarizados (GC y GE).
Estas grabaciones son anteriores al inicio de la formación. Nivel basal de Entrevista Motivacional.
- **FASE 2: VG3 y VG4** con pacientes estandarizados (GE).
Después del taller de Entrevista Motivacional se realizan las VG sólo al GE.
- **FASE 3: VG5, VG6, VG7, VG8** con pacientes reales (GC y GE).
Estas VG coinciden con las visitas V1, V2, V3 y V4 del estudio Dislip-EM. Durante el periodo de inclusión de pacientes se realizan las actividades formativas del programa MOTIVA.
- **FASE 4: VG9 y VG10** con pacientes estandarizados (GC y GE).

4.5.3 Fase 1: Periodo preintervención

Los médicos de familia participantes en el estudio Dislip-EM, antes de conocer su asignación al grupo control (GC) o experimental (GE), aceptaron los siguientes compromisos:

- Recibir formación-estandarización de conocimientos en dislipemias (taller de 4 horas)
- Recibir formación en Entrevista Motivacional (EM), en formato “programa de 1 año” si pertenecían al GE (Proyecto de investigación de esta tesis doctoral) y al concluir el estudio si pertenecían al GC.
- Incluir pacientes con dislipemia según protocolo (ANEXO 1), y seguirlos durante 1 año, grabando algunas de sus consultas.
- Videograbarse con pacientes estandarizados al inicio del estudio, tras el taller de formación en EM y al final del estudio, si pertenecían al GE.
- Firmar el consentimiento para participar con compromiso de confidencialidad.

El equipo coordinador se comprometió a enviarles los resultados del estudio.

Los médicos que a priori aceptaron estos supuestos, acudieron a la sesión inicial.

4.5.3.1 Sesión inicial

Antes de comenzar la intervención se realizó una sesión conjunta para GC y GE de 4 horas de duración que incluyó:

- 1) Presentación del protocolo de estudio del proyecto Dislip-EM: objetivos, criterios de selección de pacientes y etapas de desarrollo. A cada participante se le entregó un manual del proyecto.
- 2) Presentación del Programa Formativo MOTIVA que afectaría al grupo experimental. Se detalló la explicación del protocolo de VG y de la confidencialidad de los datos.
- 3) Consentimiento para participar en el estudio.
- 4) Encuesta demográfica: datos de filiación, experiencia profesional y formación previa en temas de comunicación asistencial.
- 5) Actualización en dislipemias. Impartido por el grupo coordinador con el objetivo de estandarizar el conocimiento en dislipemia de todos los participantes (GC y GE), siguiendo las guías de práctica clínica del momento: *Guía Europea de Prevención Cardiovascular en la Práctica clínica (2008)*²⁴² y *Dislipemia; manejo de las dislipemias en AP (2007)*²⁴³.

La sesión se realizó en las tres sedes en la misma semana, utilizando el mismo material audiovisual para la presentación y los mismos documentos. Fue dirigida por el responsable de cada sede.

4.5.3.2 Encuentro clínico con Pacientes Estandarizados (GC y GE)

Todos los médicos (GC y GE) realizaron dos entrevistas con pacientes estandarizados (PE) que fueron videograbadas para evaluar su perfil en Entrevista Motivacional al inicio del estudio (baseline assesment).

4.5.3.3 Casos clínicos con Pacientes Estandarizados

Se diseñaron dos casos clínicos siguiendo la metodología instaurada por el I.E.S. (Institut d'Estudis de la Salut) de Barcelona para las pruebas de evaluación competencia clínica objetiva y estructurada (ECO^E)²⁴¹ basadas en el modelo americano de OSCE, que cumplían los siguientes requisitos (ANEXO 2):

- Caso clínico de hiperlipidemia definido con oportunidad de intervención motivacional sobre hábitos de vida que influyen en el riesgo cardiovascular: dieta, tabaco, ejercicio, etc.
- Estadio contemplativo en relación a la posible modificación a sus hábitos de salud.
- Definición de un contexto psicosocial y clínico exento de complejidad (comorbilidad, antecedentes patológicos, etc.)
- Alta prevalencia en la Atención Primaria.

CASO 1: La dieta (ANEXO 2.1)

Mujer de 48 años con dislipemia que acude a consulta para recoger el resultado de su análisis y con el deseo de obtener una derivación al especialista para perder peso o algunas pastillas para adelgazar. Tiene la creencia de que al perder peso mejorarán las lumbalgias de repetición y secundariamente mejorará su aspecto físico. IMC 28,5 Kg/m², Colesterol total 270 mg/dl, LDL 161 mg/dl, HDL 32 mg/dl, Triglicéridos 220 mg/dl.

Frase inicial: "Doctor/a, vengo a ver mis análisis y a que me dé un volante para un endocrino, para que me mande pastillas para adelgazar..."

CASO 2: Algo de colesterol (ANEXO 2.2)

Varón de 46 años con dislipemia que acude a consulta a recoger una analítica que su mujer solicitó al médico para él. Exfumador y bebedor moderado con dificultades para hacer la dieta.

Antecedentes familiares cardiovasculares graves. Colesterol total 292 mg/dl, LDL 171 mg/dl, HDL 32 mg/dl, Triglicéridos normales.

Frase inicial: “Vengo porque mi mujer quiere que me mire y ella vino a pedirle a usted unos análisis para mí. Ya me los hice y vengo a buscar el resultado.”

4.5.3.4 Estandarización de los actores: selección y entrenamiento

Se seleccionaron actores no profesionales, con naturalidad para la interpretación y capacidad de compromiso con el proyecto, cuyo aspecto físico encajaba con los casos diseñados. El entrenamiento fue estandarizado y realizado por dos personas con experiencia en evaluación de la competencia (ECOE) del grupo coordinador. Un primer entrenamiento presencial y un segundo a través de videoconferencia por Skype fue realizado para buscar la estandarización entre las tres sedes. Con los recursos de la beca semFYC se pagó el trabajo de los actores.

En el caso del Programa Formativo MOTIVA, el PE debía comprender el espíritu de la Entrevista Motivacional para reaccionar ante el discurso del médico como esperaba el equipo coordinador.

Se entrenó a los actores de tal forma que, siguiendo un guión preestablecido dentro de un caso clínico cerrado, mantuvieran un perfil comunicativo cordial que fuera flexible y reactivo al estilo comunicacional del médico. Se entrenaron especialmente para mostrar la ambivalencia si el médico preguntaba por “cómo veían ellos la situación”. De forma resumida, se puede decir que reaccionaban posicionándose en su *modus vivendi* actual si el médico adoptaba un papel directivo centrado en consejos y sin tener en cuenta la opinión del paciente. La aparición de resistencias se manifestaba por argumentos para seguir en el mismo punto y desestimaban las propuestas del profesional médico. En cambio, cuando el médico se interesaba por su manera de vivir y de ver el problema, preguntándoles por sus dificultades, mostrándose empático y realizando escucha activa, los actores generaban un discurso del cambio y se abrían a nuevas propuestas.

De forma detallada, cada caso presentaba una “hoja de balance” donde se especificaban los argumentos para la ambivalencia: razones para seguir donde estoy y razones para cambiar.

Dentro del manual de “CASO” se dedicó un apartado a temas de comunicación y perfiles profesionales.

EL ESPÍRITU DE LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL

Es necesario que el actor reconozca tres situaciones diferenciadas en el estilo de entrevista que el médico le plantea. La respuesta del actor cambiará según el médico trabaje en una u otra dirección.

1. MÉDICO ACONSEJADOR: que habla mucho, da consejos, le dice al paciente lo que tiene que hacer, le recomienda cambios en sus costumbres, le propone hacer otras cosas diferentes de las que el paciente hace... con el objetivo de que el paciente cambie y mejore su salud, PERO!!! no le pregunta al paciente cómo lo ve, qué le parece, qué tipo de cosas cree que debería hacer para mejorar su situación, etc. Es un estilo de consulta donde el médico está activo, y el paciente pasivo en relación al futuro.

El paciente-actor tenderá a dar respuestas con el patrón “**sí,... pero**”, es decir, con resistencia. Las propuestas del médico tienen algún tipo de problema para ser llevadas a la práctica por el paciente.

2. MÉDICO PREGUNTADOR DE DATOS: Si el profesional hace sólo preguntas, el paciente dará información concreta (de lo que tiene el paciente). El profesional obtendrá mucha información sobre el problema del paciente, pero aparecerá un cierto looping (el profesional obtiene mucha información pero el paciente no avanza en la motivación).

Aparece el fenómeno conocido como trampa de la “pregunta-respuesta”.

3. MÉDICO “MOTIVADOR”: El médico hace preguntas abiertas que ayudan al paciente a reflexionar sobre su situación y sobre sus motivos para cambiar (muchas de ellas ya dirigidas hacia la dirección del cambio). Además, el profesional hace escucha reflexiva, ayudando al paciente a incrementar su reflexión, su ambivalencia, y reforzando así su esfuerzo para resolverla, y por lo tanto, ayudando a resolver su “conducta problema”.

El paciente-actor avanzará claramente en la dirección del cambio. Puede que el paciente no llegue a decir que va a cambiar, pero trabajará su ambivalencia. En algún caso es posible que el paciente-actor llegue a un compromiso de cambio si el médico realiza una muy buena Entrevista Motivacional. Las entrevistas deben ser relajadas, actuando de manera “libre”, teniendo en cuenta esta visión general. No se trata de “tensionar al médico”. Todo ha de transcurrir de forma agradable y fluida, sin regalar información, pero sin poner trabas a la comunicación.

Figura 15. Estilos de entrevista. Entrenamiento paciente estandarizado

El paciente estandarizado es dinámico, es decir, responde con lógica humana, con naturalidad, siguiendo el discurso del médico, que es quien dirige la entrevista, a la vez que se comporta de una manera estandarizada.

Veamos un ejemplo sencillo:

En su entrenamiento se programan sus “respuestas de asentimiento o duda” cuando el médico es directivo (Ej.:1)

Ej. 1: **Médico:** “Usted lo que debería hacer es un poco de dieta y más ejercicio”

PE: “Asiente con la cabeza, pero dirige la mirada hacia abajo” (No dice nada, sólo gesticula).

(El médico no le ha preguntado por su trabajo. El PE es comercial y viaja en coche de lunes a viernes; duerme en hotel).

Figura 16. Ejemplo de entrevista directiva

Entrenamiento para responder si el médico le interpela con una pregunta abierta. (Ej.:2)

Ej. 2: **Médico:** “¿Hay alguna cosa, después de lo que hemos comentado, que usted piensa que podría hacer para mejorar esta situación?”

PE: “Umm... estoy pensando que en el menú del hotel también puedo escoger fruta para el postre, aunque como no me gusta mucho, no lo suelo hacer. Tal vez podría hacerlo algún día si me lo propongo.”

Figura 17. Ejemplo de Entrevista Motivacional

Los casos incluyen antecedentes personales y familiares, datos clínicos más relevantes y patrón comunicativo, con “frases reto” que se lanzan al médico.

Todos los participantes del GC y del GE fueron convocados para realizar ambos encuentros clínicos ya comentados con los PE (CASO 1 y CASO 2). Las entrevistas y VG se realizaron en las tres sedes. Los médicos sabían que no eran pacientes reales.

Las consultas se realizaron simulando consultas de Atención Primaria. El médico encontraba encima de su mesa un resumen del caso clínico relativo al paciente que iba a entrar a continuación. Este resumen tiene el nombre de “situación de partida”. El médico tuvo 2 minutos para leer el caso antes de que entrara el paciente. El PE llamaba a la puerta para entrar. La consulta duró 10 minutos. Dos minutos antes del final (minuto 8 de entrevista), un controlador de la prueba daba 2 golpes en la puerta para avisar del tiempo restante. Si transcurridos 10 minutos el PE no había salido de la consulta, el controlador abría la puerta e indicaba el final de la consulta. A continuación se le entregaba al médico la segunda “situación de partida”, dándole 2

minutos de tiempo para entender el caso clínico y a continuación llamaba a la puerta el segundo PE, y se repetía la misma rutina que con el primer paciente.

Las dos consultas fueron videograbadas. Una vez acabada la segunda entrevista, se daba por finalizada la prueba.

4.5.3.5 Aleatorización

Después del primer encuentro con los PE, se realizó la asignación aleatoria al Grupo Control o Grupo Experimental. Se comunicó por correo electrónico a cada médico el grupo al que había sido asignado. Es a partir de este momento donde comienza propiamente el desarrollo de la intervención formativa en el Grupo Experimental.

4.5.4 FASE 2: Taller de Entrevista Motivacional y Evaluación Post-Taller

Con el taller se inicia propiamente la intervención con el Programa Formativo MOTIVA.

4.5.4.1 Taller sobre Entrevista Motivacional

El taller de EM tuvo una duración de 16 horas. Se realizó en dos días consecutivos con un formato de 8 horas al día. El profesor fue el Dr. Josep M Bosch Fontcuberta.

El taller se estandarizó para realizarlo en las tres sedes del estudio (Barcelona, Córdoba, Vigo). El contenido, el formato, la duración y el profesor fueron iguales en las tres sedes. La variabilidad entre talleres se dio por la participación e interacción de los participantes. El taller se videograbó como material complementario de este estudio, para uso, si así se requería, de los médicos participantes.

El contenido teórico y la experimentación práctica siguieron la estructura en 8 etapas propuesta por Miller y Moyers¹⁵², que es actualmente la formación prototipo a nivel internacional. Además se complementó con visualización y análisis de VG. La presentación se realizó en un formato reflexivo sobre la práctica clínica asistencial. Un taller riguroso en los contenidos, pero con la flexibilidad necesaria para promover y aceptar comentarios, o compartir experiencias vividas en la práctica asistencial de los discentes que pudieran servir como elemento docente al grupo. El estilo del taller integró la participación de los alumnos, sus reflexiones, el modelaje del docente y las conclusiones. Se trabajó bidireccionalmente con el grupo, en microgrupos y con role-play.

El estilo docente mostró uno de los pilares de la EM: la autorreflexión. Se intentó huir en todo momento de las verdades absolutas, del estilo directivo y de la unidireccionalidad, más bien al contrario, se crearon espacios de serenidad que invitaban a la reflexión y evaluación de

entrevistas, para facilitar la comprensión y la asimilación de “lo nuevo”, de las diferentes opciones de resolución de una entrevista delante de una situación que nos plantea el paciente. Es decir, el docente mostraba un “estilo motivacional”.

Se desarrollaron las 8 etapas en el aprendizaje de la EM que de forma muy resumida se presentan a continuación:

1. Entender el espíritu de la Entrevista Motivacional como un enfoque clínico colaborativo, evocativo y respetuoso con la autonomía del paciente.
2. Trabajar las habilidades centradas el paciente: empatía y escucha reflexiva. Manejo OARS: O (open question/preguntas abiertas), A (afirmaciones), R (reflejar) y S (sumarios).
3. Reconocer y reforzar el discurso del cambio.
4. Provocar el discurso del cambio
5. Manejar las resistencias / evitar la discordia
6. Desarrollar el plan de cambio
7. Consolidar el compromiso del paciente
8. Complementar o sustituir la Entrevista Motivacional por otra estrategia

Tabla 17. Etapas para el aprendizaje de la Entrevista Motivacional¹⁵²

4.5.4.2 Videgrabaciones de dos encuentros clínicos con Pacientes Estandarizados Post-Taller

En la semana siguiente al Taller en EM se realizaron dos encuentros clínicos con los PE en cada una de las sedes. La pareja de actores fue la misma que al inicio del estudio. Vistieron igual que en el primer encuentro y se realizó la consulta en el mismo escenario para no dar pistas que permitieran reconocer una u otra fase, y mantener así el doble ciego en la evaluación.

4.5.4.3 Feedback de experto sobre la propia videgrabación

Tras el taller de EM, o inmediatamente en la semana siguiente, los participantes visualizaron su VG en compañía de un experto en EM. Siguiendo la metodología que se pretende transmitir, se realizó feedback: primero el discente comentaba cómo se había sentido durante el encuentro clínico y a continuación cuáles fueron los puntos fuertes y débiles de la entrevista. Se analizaron pequeños fragmentos del vídeo para remarcar los aspectos más motivacionales y los puntos a mejorar. Una vez más, el estilo docente forma parte del Programa Formativo MOTIVA. El formador experto utiliza las mismas herramientas: 1) “La petición de permiso” para abordar partes del vídeo: *Ej.: ¿Te parece que comentemos esta escena que acabamos de ver?, 2) “La escucha reflexiva”:* *Ej.: Cuando dices que aquí no estuviste oportuno, ¿a qué te refieres*

exactamente?." 3) "Sentimiento de autoeficacia", remarcando lo positivo para reforzar la actitud del médico con la intención de ayudar a crear sentimientos de autoeficacia. 4) Etc.

El espacio reservado al feedback es un momento para aprender desde la propia experiencia. En este punto del Programa Formativo, después de participar en el taller y haber realizado las entrevistas con los PE, las dificultades de la EM se han hecho reales y se comentan con el experto, así como también la satisfacción de ver que las estrategias funcionan y ayudan a movilizar al paciente en la dirección del cambio.

4.5.5 FASE 3: Actividades formativas en ruta

La FASE 3 del Programa Formativo MOTIVA transcurrió paralelamente en el tiempo con la inclusión de pacientes en el estudio Dislip-EM. Este periodo finalmente duró 18 meses a lo largo de los cuales los médicos reclutaron pacientes con dislipemia a la vez que iban realizando actividades formativas. A continuación se describen estas actividades:

4.5.5.1 Libro: *La Entrevista Motivacional* de William R. Miller y Stephen Rollnick

Todos los participantes del GE recibieron por correo postal el libro que se considera nuclear en los contenidos. Se hizo coincidir como regalo navideño y se financió con la beca semFYC: *La Entrevista Motivacional: Preparar para el cambio de conductas adictivas* de William R. Miller y Stephen Rollnick. Ed Paidós. 1999 (1ª edición en castellano)¹¹³. Se optó por la primera edición traducida al castellano, ya que la 2ª ed. estaba en inglés y algunos participantes habían comentado un dominio parcial.

Se solicitó a los investigadores la lectura del libro y que lo tuvieran como libro de consulta durante el trabajo de campo. En todo momento pudieron comentar cualquier reflexión o duda con el grupo coordinador del estudio, ya fuera a través del correo o en las reuniones presenciales para el PBI.

4.5.5.2 Artículos

Los investigadores recibieron por correo electrónico 5 artículos relacionados con la Entrevista Motivacional, con una periodicidad mensual:

- Bosch Josep M, Cebrià Jordi. **Reactancia psicológica: Fumar es un placer**. FMC 1999; 6(1): 59-61²⁴⁴.

Artículo centrado en el abordaje inicial de pacientes en fase pre o contemplativa. Se centra en cómo evitar la reacción que se provoca en el paciente cuando el profesional, consciente o inconscientemente, se posiciona frente a su ambivalencia.

- Bosch Josep M y Cebrià Jordi. Capítulo: **Entrevista Motivacional. Guía de actuación en Atención Primaria**. 2011²⁴⁵.

Capítulo que describe la EM en aspectos básicos, reflexiona sobre sus principios clínicos, describe las técnicas básicas y aporta algunos consejos prácticos así como reflexiones sobre los errores mas frecuentes.

- Cebrià Jordi, Bosch Josep M, Borrell Francesc. **Cómo se ayuda a consolidar una nueva conducta más saludable: la fase de mantenimiento (I)**. FMC 2008; 15(8):518-22²⁴⁶.
- Cebrià Jordi, Josep M Bosch, Borrell Francesc. **Cómo se ayuda a consolidar una nueva conducta más saludable: la fase de mantenimiento (II)**. FMC 2008; 15(8):577-81²⁴⁷.

Artículos que inciden en conductas adecuadas desde el punto de vista motivacional en la fase de mantenimiento.

- Stephen Rollnick, Christopher C Butler, Paul Kinnersley, John Gregory, Bob Mash. **Motivational interviewing**. BMJ 2010;340:c1990²⁴⁸.

Resumen sobre los escalones en el aprendizaje de la Entrevista Motivacional.

4.5.5.3 Estudio caso clínico: “Detectar momentos clave”

Los participantes recibieron en su correo un caso clínico breve (“Tras un ictus”) diseñado por el equipo coordinador con dos versiones diferentes de una entrevista en la consulta de AP. Se enviaron 3 documentos: 1) Entrevista A, 2) Entrevista B sobre el mismo caso clínico y 3) Plantilla con preguntas cortas para la reflexión. En ambas entrevistas A y B, el profesional busca un desenlace positivo para el paciente. A través de la lectura de estos diálogos, podemos identificar algunas herramientas que son específicas de la Entrevista Motivacional. Las dos entrevistas tienen elementos motivacionales. No hay una buena y otra mala. Se entregó un documento con pistas para analizar y escribir el análisis. El motivo de consulta se centra en la nueva situación en la vida del paciente tras un evento cardiovascular (ANEXO 5).

... en la consulta de Atención Primaria: Tras un ictus

Varón de 65 años con una vida social muy activa que ha sufrido un ictus hace 2 semanas con secuela de hemiparesia derecha. El eje central de la entrevista es la pérdida de su autonomía personal.

La tarea consistió en realizar una reflexión guiada por las siguientes pistas (Tabla 18):

1. ¿En qué momento/s se tiene en cuenta la perspectiva del paciente?
2. ¿Qué frases empáticas destacarías en cada una de las entrevistas?
3. ¿Se te ocurre aprovechar algún otro momento para empatizar?
4. ¿Aparecen las preguntas abiertas? Escríbelas.
5. ¿Cuál es el objeto (el problema o el eje) de la motivación?
6. ¿Se habla de “cambio”? ¿Se facilita, se provoca, el lenguaje del cambio en el paciente?
7. ¿Cuál es la “posición” del paciente respecto a su problema (qué piensa, qué siente, dificultades, cosas a favor)?
8. ¿Qué frases del profesional hacen “pensar más al paciente”?
9. En alguna ocasión, ¿la opinión del paciente no se tiene en cuenta?
10. ¿Qué refuerzos positivos hace el profesional?
11. ¿Se te ocurre reforzar al paciente en algún aspecto que no ha sido reflejado?
12. Haz un sumario a modo de resumen, de los motivos del paciente para cambiar o para no esforzarse. Escríbela igual que se la diría al paciente.
13. Comentario.

Tabla 18. Guía de reflexión para el caso clínico

4.5.5.4 Micropíldoras

Las micropíldoras se enviaron paulatinamente durante el desarrollo del estudio. El objetivo era reforzar con un mensaje corto y una imagen algunos conceptos clave de la comunicación y/o la Entrevista Motivacional. Se enviaron 25 micropíldoras.

Cada micropíldora se envió por correo electrónico desde apmotivacional@gmail.com y al mismo tiempo, el mismo texto por mensaje sms al móvil. El horario de envío fue siempre al inicio de la jornada de un día laboral, para interactuar con los profesionales en el contexto de su consulta. El estilo de las micropíldoras intentó representar el de la Entrevista Motivacional en su esencia. Ayudó a mantener un contacto periódico y permitió interactuar con los investigadores para recordar el esfuerzo de aprendizaje desde la propia práctica.

Los mensajes tuvieron 2 tipos de formatos (Figura 18 y Figura 19):

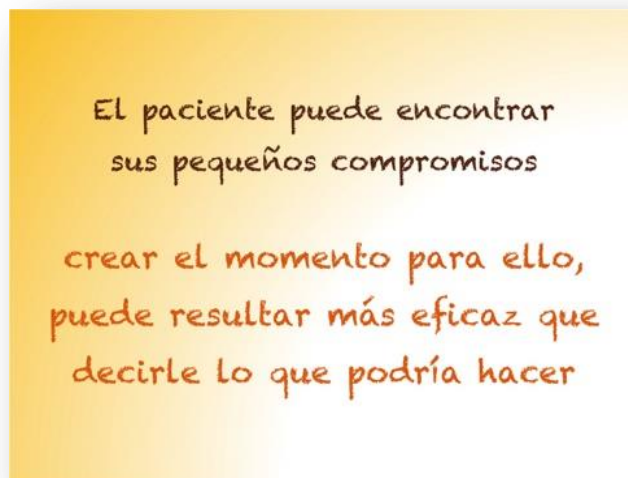


Figura 18. Micropíldora con una reflexión



Figura 19. Micropíldora con un personaje del logo

En el ANEXO 6 pueden verse todas las imágenes de las micropíldoras.

A continuación se incluye el texto de todas las micropíldoras en el orden cronológico en el que fueron enviadas:

1. En el S. XXI, los cuidados de salud están cada vez más relacionados con la gestión de las condiciones a largo plazo, y por tanto, con la mejora en los hábitos de salud... esas cosas que la gente puede hacer por mejorar su propia salud
2. La gente se moviliza por las razones que descubren en sí mismos, y no por las razones que vienen de las mentes de otros (Pascal, matemático francés S.XVII)
3. Podemos usar la Entrevista Motivacional para trabajar "esas conductas o hábitos abigarrados" que la gente, los pacientes, pueden hacer para mejorar su propia salud

4. Pensamientos del paciente agradecido: ...me ayuda a resolver mis dificultades en la dirección del “cambio”, sin enfadarse, sin indiferencia, sin culpabilizarme.
5. ... es el paciente quien deja el hábito

Y el médico, entonces ¿qué función tiene? Catalizador, Colaborador del paciente, Evocador de sus lenguajes internos, Ayudante en la creación de discrepancias desde el respeto, la empatía... y el cariño. LAS GAFAS PARA MIRARSE POR DENTRO.
6. ... ACOMPAÑA...
7. Dice el paciente: Mi médico me escucha, no me interrumpe
8. Diferentes maneras de entrevistar se entremezclan en el día a día. A veces hay que escuchar, otras informar, sonreír, pedir permiso, pedir disculpas... MIL COSAS... somos sus médicos de cabecera...
9. 3 estilos de entrevista:
 - ✓ Ser guía
 - ✓ Ser acompañante
 - ✓ Ser director
10. Entrevista con estilo directivo: un director es la persona que dice “lo que hay que hacer”. Es el responsable del trabajo. Juzga, da su opinión sobre lo que hacen y dicen los demás. No necesita escuchar demasiado. Muestra el camino.
11. Entrevista con estilo de seguimiento: Predomina “la escucha”. Todos queremos escuchar bien y creemos que lo hacemos. Las ideas que impregnan este estilo son: Tengo fe en ti. Comprendo. Tu sabes más de ti mismo que yo. Voy después de ti, soy sólo el médico.
12. Entrevista con estilo de guía. Una guía te ayuda a encontrar el camino, por ti mismo, “tu camino”. Las ideas del médico que impregnan este estilo son: Puedo ayudarte, si quieres, a resolver esto por ti mismo. Estimula, anima. Acompaña. Busca. Motiva. Permite.
13. La Entrevista Motivacional se encuadra dentro del “estilo guiado”... dejando libertad para decidir, dónde, cuándo y con quién.
14. Mi médico entiende “mi balance”, mis PROS y mis CONTRAS, ventajas y desventajas de cambiar, ... o de quedarme donde estoy
15. Insistir puede generar RESISTENCIAS. Dice el paciente: Si no quiero... o no puedo, mejor no insistir, y si quiero,... no me insistas tampoco. CADA UNO TIENE SU MOMENTO.
16. Alguna técnica: Cada 2 ó 3 preguntas abiertas puedes introducir una “frase empática”, un sumario o una respuesta reflexiva
17. Si no sabes qué decir... escucha, mira, no digas nada...

18. Aunque tu paciente sólo haya conseguido hacer una semana de ejercicio, tu pensamiento encuentra lo positivo. Le puedes decir algo así: ¡Qué bien... está empezando a conseguirlo! El paciente piensa:... me lo dice, me refuerza, me felicita... (Validar sus acciones)
19. Entendemos por reflejo de redireccionamiento: Ese deseo que tenemos de decirle a alguien que se está equivocando, que podría hacerlo mejor, de otra manera (REDIRIGIR)... y lo hacemos porque queremos ayudar, curar, mejorar... siempre con buena intención
20. El paciente puede encontrar sus pequeños compromisos. Crear el momento para ello puede resultar más eficaz que decirle lo que podría hacer
21. ¡Ojo! A las personas, en general, no nos gusta que venga nadie a corregirnos ni a decirnos cómo hacerlo mejor: NOS DEFENDEMOS, NOS RESISTIMOS, NOS REAFIRMAMOS!!
22. Por eso en Entrevista Motivacional hablamos de: Inhibir el reflejo de redireccionamiento.
23. Si recae, demuéstrale empatía genuina (auténtica), normalizando la situación.
24. Si recae, que no sienta vergüenza de decírtelo, para que pueda reestructurar positivamente los sentimientos de incapacidad que hayan podido aparecer.
25. La Entrevista Motivacional se practica y mejora cada día, se aprende siempre, ... nos gratifica, nos relaja en la consulta y, lo más importante, deja a los pacientes avanzar hacia “el cambio”, hacia “su cambio”.

4.5.5.5 Problem Based Interviewing (PBI)

Las sesiones de PBI que se realizaron durante el desarrollo del PF tuvieron una duración aproximada de 2 horas, a última hora de la tarde para facilitar la compatibilización con el horario laboral de los MF. Se realizaron tres sesiones de PBI en cada una de las sedes. Como presentación del PBI se envió a los participantes un documento explicativo de estas sesiones (ANEXO 4). Dos de las sesiones de PBI se realizaron paralelamente a la evolución del trabajo de campo y una tercera hacia el final del mismo, a modo de consolidación de conocimientos. Algunos médicos, además participaron en el PBI en Second Life que el GPCyS organizó en aquellas fechas con acceso libre.

Las sesiones fueron moderadas por profesores de Entrevista Motivacional con experiencia personal en técnicas de PBI. Todas ellas fueron desarrolladas con la metodología detallada anteriormente. Asimismo fueron videograbadas para poder ser visualizadas y garantizar la sistemática.

Cada asistente presentó alguna de sus VG con pacientes reales realizadas hasta ese momento. La primera sesión fue novedosa para muchos que no conocían la dinámica del PBI. En ella se abordaron temas de comunicación en general y también de Entrevista Motivacional. La segunda y tercera sesiones se centraron muy específicamente en el tema de la EM, siguiendo los ítems de la escala EVEM formativa. Esta guía ayudó en el análisis, aunque el objetivo no era seguirla literalmente, sino tenerla de referencia. Cada investigador se autoevaluaba a medida que visualizaba su propia VG. El resto del grupo hacía aportaciones y reflexiones constructivas.

Las reuniones de PBI fueron las únicas actividades presenciales del grupo. En estos encuentros se dedicaban unos minutos a hablar del seguimiento general del estudio y se comentaban dudas o aspectos metodológicos.

4.5.5.6 Incidente crítico

La técnica del incidente crítico se presentó durante una reunión presencial de PBI. Posteriormente se envió por correo electrónico: 1) Artículo sobre teoría del incidente crítico³⁹, 2) Ejemplo de incidente crítico ocurrido en una consulta de Atención Primaria en relación con la Entrevista Motivacional (ANEXO 7.1) y 3) Plantilla para que el participante pudiera enviar su incidente crítico (ANEXO 7.2).

Se hicieron algunas recomendaciones:

- Lectura atenta de los ítems del EVEM.
- Repaso de las micropíldoras recibidas.
- Ordenar las tareas de mayor a menor dificultad.
- Recordar que la finalidad de la tarea es aprender.
- Transformar el incidente crítico en una pregunta (o varias) susceptible(s) de ser contestada(s).
- Explicitar el objetivo a conseguir (responder la pregunta, adquirir habilidades...) y el método elegido para conseguir el objetivo. Puede haber más de uno.
- Describir el mecanismo fundamental que ha ayudado a resolver la cuestión (ej. una búsqueda bibliográfica, el comentario de un compañero, etc.).
- Especificar la metodología: estrategia de búsqueda (palabras clave,...), artículos revisados, etc.

El ejercicio era enviado al coordinador, quien contestaba con feedback.

4.5.6 FASE 4: Videograbaciones con Paciente Estandarizado (GC y GE)

Para finalizar el estudio se realizaron dos encuentros con pacientes estandarizados. Se repitieron los mismos casos con los mismos actores en cada una de las sedes.

Al finalizar dichos encuentros clínicos, los participantes realizaron la encuesta online para evaluar el Programa Formativo MOTIVA (ver apartado 4.9, ANEXO 9).

En la Tabla 19, a modo de resumen, se presenta un diagrama de Gantt con el desarrollo pormenorizado del proyecto, desglosado en tres bloques: diseño, trabajo de campo y resultados.

Fases Proyecto Motiva		2009		2010				2011				2012				2013				2014				
		3º	4º	1º	2º	3º	4º	1º	2º	3º	4º	1º	2º	3º	4º	1º	2º	3º	4º	1º	2º	3º	4º	
DISEÑO	Creación grupo Coordinador DISLIP-EM	█																						
	Diseño del proyecto		█																					
	Búsqueda bibliográfica			█																				
	Definición de la comunicación interna			█																				
	Diseño intervención formativa			█																				
	Diseño sistemas de evaluación			█																				
	Diseño de los formatos de imagen y tecnología			█																				
TRABAJO DE CAMPO	Captación médicos			█																				
	Formación clínica en dislipemias				█																			
	Selección y entrenamiento actores				█																			
	Videograbación perfil motivacional inicial				█																			
	Formación en Entrevista Motivacional				█																			
	Videograbación perfil motivacional postcurso				█																			
	Creación videoteca				█																			
	Formación continuada en EM					█																		
	Captación pacientes					█																		
	Entrevistas con pacientes. EVEM formativo					█																		
	Videograbación paciente real (4 entrevistas)						█																	
	Videograbación perfil motivacional final																							█
RESULTADOS	Recopilación información de CRD					█																		
	Utilización videoteca para evaluación					█																		
	Formación expertos en EVEM sumativo																							
	Evaluación EVEM sumativo por expertos																							
	Cumplimentación base de datos																							
	Explotación datos. Proceso estadístico																							
	Presentación resultados preliminares																							
	Escritura Tesis																							█

Tabla 19. Diagrama de Gantt de las fases del Programa Formativo

4.6 Desarrollo de las herramientas de evaluación

La evaluación del Programa Formativo MOTIVA se diseñó y desarrolló como una parte del proyecto. Esta evaluación tiene cuatro apartados que son los siguientes:

- La evaluación de los expertos en Entrevista Motivacional. Era necesario diseñar un sistema donde los profesores de comunicación pudieran valorar el aprendizaje de los médicos participantes. Para ello se utilizó la escala EVEM, validada en este mismo proyecto (Dislip-EM). La escala se ha aplicado a la evaluación de las VG realizadas en el proyecto. A esta escala, la hemos denominado escala EVEM sumativa.
- La autoevaluación de los médicos participantes. La literatura avala el uso de la autoevaluación en el proceso de aprendizaje, por lo que se utilizó una escala similar de uso en consulta que se ha denominado escala EVEM formativa.
- Indicador Sintético de adherencia al programa, diseñado en base a la opinión de expertos en comunicación asistencial.
- Encuesta final a los participantes donde evalúan el Programa Formativo MOTIVA y muestran su grado de satisfacción con él.

Acorde al diseño del Programa Formativo, era necesario medir el perfil motivacional al inicio, en ruta, y al final del estudio. Para ello, y en consonancia con el marco teórico, se decidió realizar la evaluación en el 3º y 4º escalón de Miller, mediante videgrabaciones de entrevistas con pacientes estandarizados y pacientes reales respectivamente, como ya se ha comentado.

A continuación (Figura 20) se muestra un esquema general de la evaluación del PF con todos sus componentes:

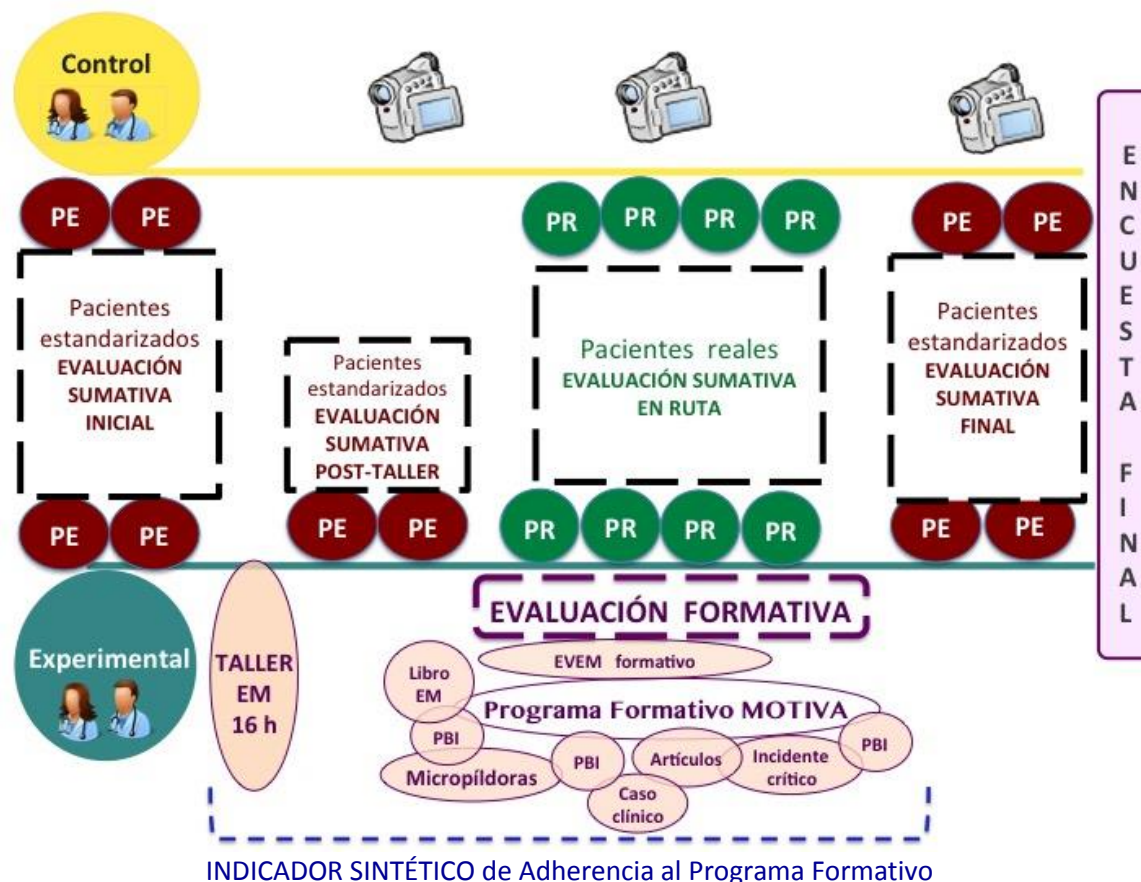


Figura 20. Esquema de la evaluación del Programa Formativo MOTIVA

En los apartados siguientes se describen las herramientas de evaluación.

4.6.1 Escala EVEM sumativa: Evaluación del perfil motivacional a través de VG

La escala fue elaborada por el Grupo Programa Comunicación y Salud partiendo de otros modelos previos de escala^{176, 177}, en un proceso liderado por el Dr. Josep M Bosch y el Dr. Manuel Campiñez. El proceso de validación ha sido objeto de la tesis doctoral¹⁸² del Dr. Manuel Campiñez (disponible en <http://tdx.cat/handle/10803/289636>) en el contexto del proyecto Dislip-EM²⁴⁹.

La escala de valoración de la Entrevista Motivacional (EVEM) en su versión 1.4, ha demostrado unas buenas propiedades psicométricas desde el punto de vista de su validez cualitativa (lógica, de consenso y de constructo), así como de su fiabilidad (concordancia intra e interobservador), consistencia interna y la sensibilidad al cambio¹⁸². Esta última fue medida mediante la comprobación de diferencias en los participantes del Grupo Experimental.

La escala, que consta de 15 ítems valorables de 0 a 4 (Tabla 20, ANEXO 3.1), se utilizó para valorar las videograbaciones (n=332) de este proyecto, tanto con PE como con PR. Las 332 VG fueron

valoradas por 4 expertos, los cuales pasaron una prueba piloto y refinaron su trabajo hasta conseguir una concordancia intraobservador de CCI=0,96 (IC95%: 0,73-0,99), así como interobservador de CCI=0,97 (IC95%: 0,96-0,97). La recogida de datos de la evaluación se realizó mediante una herramienta online (Google Drive). Este diseño genera una base de datos en formato Excel que identifica al evaluador y la hora de cada evaluación.

En la Tabla 20 se presenta la escala EVEM sumativa 1.4.

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

Tabla 20. Escala EVEM sumativa para videograbaciones

4.6.2 Escala EVEM formativa: Autoevaluación del perfil motivacional

Se elaboró un manual de uso de la escala EVEM formativa (ANEXO 3.3), que fue distribuido a los miembros del GE. Esta escala (ANEXO 3.2) fue autoadministrada después de las 4 visitas de cada paciente incluido en el estudio. Cabe destacar que en este proyecto, cada médico reclutó diferente número de pacientes (según oportunidad), aunque de todos los pacientes incluidos por cada médico, sólo se grabó a uno de ellos en todas sus visitas.

Para las cuatro VG del paciente real elegido por cada médico (VG5, VG6, VG7 y VG8) se puede comparar la autoevaluación realizada por él mismo, mediante la escala EVEM formativa, con la evaluación de expertos obtenida con la escala EVEM sumativa.

La escala EVEM formativa también se utilizó para que cada investigador a nivel privado pudiera analizar sus propias videograbaciones. A tal efecto se envió un listado con los links y códigos de acceso para todas sus VG (PE y PR) en la web de Vimeo.

Siempre tuvieron la opción de hacer comentarios y/o obtener feedback a través del correo electrónico o durante las sesiones de PBI con el grupo coordinador.

Todos los médicos (GE y GC) realizaron dos consultas con PE que fueron videograbadas tanto al inicio como al final del estudio. Durante los 12 meses que duró el estudio, los médicos que pertenecían al GE realizaron un taller de formación en EM y diferentes actividades formativas. Todos los médicos (GE+GC) intentaron incluir PR con dislipemia para poder aplicar los conocimientos teóricos adquiridos. Algunos médicos incluyeron hasta 9 pacientes, pero otros no incluyeron ninguno. Algunos médicos que sí incluyeron pacientes, no videograbaron las entrevistas por problemas técnicos o porque los pacientes finalmente prefirieron no dar su consentimiento. Los problemas logísticos han dado variabilidad al número de videograbaciones, por eso cada profesional tiene entre 0 y 4 VG de PR.

En la Tabla 21 se presenta la escala de autoevaluación de la entrevista clínica incluida en el Cuaderno de Recogida de Datos (CRD) del grupo experimental (V1, V2, V3 y V4) con 16 ítems relativos a la Entrevista Motivacional con una escala Likert 0-1-2-NP (NP: No Procede) para su evaluación.

Código Id (el N ^o Protocolo del paciente):				
Conducta en cuestión:				
Tiempo empleado en la entrevista (min):				
¿En qué medida, el profesional...?	0	1	2	N P
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 y evalúa su nivel de ambivalencia.				
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 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:				
<input type="checkbox"/> 0. Confrontativa <input type="checkbox"/> 1. Neutra <input type="checkbox"/> 2. Colaborativa				
Firma investigador:				

Tabla 21. Escala EVEM formativa para autoevaluación

La escala EVEM “formativa” nace de la escala EVEM “sumativa”; así al presentar la primera lo haremos por comparación con la original. La escala EVEM formativa tiene como objetivo la autoevaluación de entrevistas clínicas y tiene un manual de uso simplificado.

La autorreflexión basada en la práctica real es uno de los elementos más importantes del Programa Formativo MOTIVA. En el diseño de la escala EVEM formativa y la correspondiente guía

participaron expertos adaptando los ítems de la escala EVEM sumativa (versión 1.2)¹⁸² de tal forma que tuviera un lenguaje comprensible para cualquier médico no experto en EM.

Como es habitual, el proceso de validación generó sucesivas versiones de la escala hasta conseguir una fiabilidad elevada. La versión sumativa del EVEM en el momento de la evaluación del Programa Formativo MOTIVA es la 1.4 con 15 ítems valorables de 0 a 4 puntos más una opción NP (no procede).

La diferencia entre ambas viene dada por los siguientes aspectos:

- La escala EVEM formativa está incluida en el CRD del GE para ser autoadministrada al terminar cada una de las visitas del estudio (V1, V2, V3 y V4) de todos y cada uno de los pacientes que atendieron los médicos del grupo experimental, fueran o no videograbadas. En el CRD del GC no se incluía el EVEM formativo.
- La escala EVEM sumativa es la que manejan los expertos en EM para evaluar las videograbaciones.
- La escala EVEM formativa no pudo evolucionar durante el trabajo de campo de este proyecto, desde el momento en que fue impresa en papel y distribuida en las consultas. La escala EVEM sumativa estaba en proceso de validación, por lo que fue evolucionando en diferentes versiones para hacerse más fiable y mejorar la validez de apariencia y de constructo, habiendo modificado el número de ítems, su redacción así como la escala Likert de valoración, que pasó de ser 0-1-2-NP a ser 0-1-2-3-4-NP.
- El manual para manejo de la escala formativa es una guía de consulta rápida para usar en el día a día de la Atención Primaria. El formato se simplificó para facilitar su consulta y su uso en la autoevaluación de cada entrevista con el PR. En sus últimas páginas incluye un glosario de terminología de comunicación para ayudar al estudio de los conceptos que fue presentado en el primer PBI.

A continuación se presenta la Tabla 22 con la equivalencia entre los ítems de ambas escalas.

EVEM 1.4 (sumativo)	ÍTEMS		EVEM formativo para no entrenados
Muestra empatía	1.	1.	Sintoniza con el paciente a través de la comunicación no verbal
		2.	Muestra empatía en los momentos oportunos
Facilita que el paciente se posicione	2	3	Realiza un adecuado posicionamiento del paciente en relación con la conducta en cuestión y evalúa su nivel de ambivalencia
Trabaja de forma concordante con el posicionamiento del paciente	3	4	Trabaja de forma concordante con el posicionamiento del paciente a lo largo de la entrevista
Emplea preguntas abiertas	4	5	Emplea preguntas abiertas
Realiza una escucha reflexiva	5	7	Realiza una escucha reflexiva
Realiza sumarios	6	8	Realiza sumarios de la información que aporta el paciente
Valida al paciente	7	6	Valida, de forma genuina al paciente (capacidades, aptitudes, esfuerzo, interés...)
Acuerda los objetivos de cambio con el paciente	8	13	Promueve la delimitación y/o la priorización de los objetivos de cambio con el paciente
Promueve el diseño de un plan de acción / seguimiento con el paciente	9	14	Negocia un plan de acción factible teniendo en cuenta las opciones del paciente
Maneja la discordia	10	11	Detecta la aparición de resistencias al cambio y utiliza estrategias concretas para evitarlas y manejarlas.
Una vez iniciado el cambio, desarrolla con el paciente estrategias para su mantenimiento	11	15	Una vez iniciado el cambio, desarrolla con el paciente estrategias para su mantenimiento
Espíritu global: Evocación	12	9	Facilita el discurso del cambio
Espíritu global: Colaboración	13	12	Ofrece la información adaptada a los problemas y necesidades del paciente
Ítems sin correlación teórica			
Espíritu global: Autonomía	14	10	Ha explorado el grado de compromiso que el paciente tiene respecto a un posible cambio de conducta
Espíritu global: Compasión	15	16	Acomoda al paciente en la recaída en un clima de aceptación, tratando de potenciar su autoeficacia
sumatorio global (máx 15x4=60)	sumatorio global (máx 16x2=32)		

Tabla 22. Relación entre ítems de la escala EVEM 1.4 sumativa (expertos) y la escala EVEM formativa (autoevaluación)

4.6.3 Indicador Sintético de adherencia al Programa Formativo MOTIVA

Con el propósito de acercarnos de una forma objetiva al valor del PF MOTIVA se diseñó, como parte de este proyecto, un **Indicador Sintético de adherencia al Programa Formativo**. Era necesario crear un indicador que diera valor a las actividades realizadas y a su influencia en el impacto sobre el aprendizaje en Entrevista Motivacional.

Se decidió elaborar una encuesta y preguntar a médicos con experiencia docente.

Encuesta de herramientas docentes

Para el diseño de este indicador se invitó a 25 expertos docentes en comunicación asistencial y Entrevista Motivacional. Estas personas fueron elegidas por su trayectoria y prestigio dentro del Grupo Comunicación y Salud, teniendo en cuenta su experiencia docente en el pregrado y postgrado de medicina, el número de publicaciones y el grado de participación en congresos y

eventos relacionados con la comunicación asistencial. Se realizó una encuesta online denominada “Herramientas en comunicación”.

La encuesta puede consultarse en el ANEXO 8.1 y en su enlace a internet:

<https://docs.google.com/forms/d/1w9bQTKGAXrknUrRlpDh9FHrB-0rsrcW1a5luk3yeEU4/viewform>

La encuesta abarcó los apartados siguientes:

- Datos personales: edad, sexo.
- Experiencia: años de formación en comunicación, periodicidad de su formación y años de experiencia docente en comunicación.
- Valoración de la “potencia formativa”.

Se preguntó por catorce actividades docentes (Figura 21), en relación a la percepción general del valor docente de cada una, así como de su capacidad para generar aprendizaje, diferenciando su influencia global en el impacto desglosado en conocimientos, habilidades y/o cambios en la práctica asistencial.

Para cada herramienta se realizaron estas 4 preguntas:

- Potencia formativa global
- Capacidad para mejorar el conocimiento en comunicación
- Capacidad para favorecer la adquisición de habilidades en comunicación
- Capacidad para ayudar a la incorporación de estas herramientas en la práctica clínica

1. Clase teórica
2. Taller interactivo presencial
3. Taller interactivo online
4. Micropíldoras correo
5. Micropíldoras por mensaje sms
6. Videgrabar “mi” consulta y verla individualmente
7. Participar en PBI con grabación propia
8. Participar en PBI con grabación de un compañero
9. Recibir feed back con un experto en relación a su video grabación
10. Leer un artículo sobre el tema
11. Leer un libro sobre entrevista clínica
12. Comentario escrito sobre caso clínico relacionado con la comunicación
13. Informe de autorreflexión
14. Incidente crítico

Figura 21. Herramientas docentes incluidas en la encuesta a profesores de comunicación

La encuesta también preguntaba por la experiencia personal de la herramienta que se estaba ponderando:

- Contacto Personal con la herramienta.
 - Como docente (La he utilizado en mis cursos)
 - Como alumno
 - He leído artículos sobre ella, pero no la he experimentado
 - He oído hablar de ella alguna vez
 - No la conozco

El enunciado de la encuesta era el siguiente:

*“Cada herramienta que utilizamos en docencia tiene una potencia. Queremos saber tu opinión sobre la **"fuerza docente"** que tiene cada una de las que te presentamos a continuación, es decir, queremos conocer tu opinión sobre cómo crees tú que "sirve para aprender comunicación". Si no tienes opinión formada sobre alguna pregunta, puedes dejar la respuesta EN BLANCO”*

Para cada una de las herramientas se preguntaba por los siguientes aspectos:

Mejora el CONOCIMIENTO de la comunicación	Mejora la HABILIDAD de la comunicación	Mejora la PRÁCTICA clínica	Factor de ponderación
Nada			0
Poco			1
Bastante			3
Mucho			4

Tabla 23. Equivalencias numéricas de la escala cualitativa de puntuación de herramientas docentes

Cada experto ponderó el conocimiento personal de cada una de las herramientas y la importancia en el impacto formativo global, diferenciando su peso según el impacto en 3 áreas: capacidad para incrementar conocimientos, capacidad para adquirir o mejorar habilidades y posibilidad de aplicación en la práctica.

El equipo coordinador de este programa decidió ponderar las áreas con los siguientes valores numéricos:

Área de conocimiento	Factor de ponderación
Conocimiento teórico	1
Habilidades	2
Aplicación práctica	3

Tabla 24. Ponderación de las áreas docentes

En base a estas ponderaciones se obtuvo un valor para cada una de las herramientas de tal manera que el sumatorio final es proporcional a la utilidad que cada herramienta tiene en la formación. A la hora de hacer la estimación, se ponderó además la experiencia real previa del investigador: 1) Conocimiento teórico, 2) Experiencia en su propia formación, 3) Experiencia docente.

De este modo, realizando para cada herramienta la media simple de las valoraciones de todos los expertos se obtienen tres valoraciones del 0 al 4 en cuanto a su impacto en conocimiento sobre comunicación (I_c), impacto en habilidades de comunicación (I_h) y el impacto en la mejora real de la práctica en la consulta (I_p). Puesto que no todos los expertos opinaron sobre todas las herramientas, para cada indicador se obtuvo su media simple a partir de las valoraciones (v_i) de los n expertos que habían calificado cada herramienta:

$$I_x = \frac{\sum_{i=1}^n v_i}{n}$$

Con el objetivo de elaborar un único indicador de cada una de las herramientas, se calculó una media ponderada de las tres valoraciones, aplicando los pesos ya mencionados en la Tabla 24, obteniéndose:

$$I_t = \frac{I_c + 2I_h + 3I_p}{(1 + 2 + 3)} = \frac{I_c + 2I_h + 3I_p}{6}$$

Puesto que no todos los expertos tienen el mismo nivel de conocimiento de todas las herramientas evaluadas, se rehacen los cálculos de cada uno de los indicadores aplicando una media ponderada donde se asigne mayor peso a los expertos que mejor conocen cada herramienta.

Para calcular la media ponderada se aplicaron los siguientes pesos en función del grado de conocimiento de la herramienta:

Grado de conocimiento de la herramienta	Factor de experiencia
No conoce	0
Conocimiento teórico superficial	1
Conocimiento teórico profundo	2
Como Docente	3
Como Alumno	4
Como Docente y alumno	5

Tabla 25. Factores de experiencia en función del grado de conocimiento de la herramienta

Siendo e_i el peso de la experiencia asignada de este modo a un profesional en una herramienta, y v_i su valoración de esa herramienta, los nuevos índices ponderados de impacto en conocimiento

sobre comunicación (I_{cp}), impacto en habilidades de comunicación (I_{hp}) y el impacto en la mejora real de la práctica en la consulta (I_{pp}) se calculan con la fórmula de la media ponderada.

$$I_{xp} = \frac{\sum_{i=1}^n e_i * v_i}{\sum_{i=1}^n e_i}$$

Una vez obtenidos los tres datos para cada herramienta, se calculó un Indicador Sintético de la valoración general de la misma mediante la media ponderada de los 3 valores con los pesos ya mencionados (ver Tabla 24).

$$I_s = \frac{I_{cp} + 2I_{hp} + 3 I_{pp}}{6}$$

4.7 Grupo Control en ruta

El Grupo Control (GC) no realizó el Programa Formativo MOTIVA durante el periodo de inclusión de pacientes. Realizaron el Taller en EM de forma voluntaria al terminar el Proyecto Dislip-EM.

La actividad del GC, al igual que la del GE, consistió en incluir pacientes con dislipemia, dando consejo médico habitual y/o tratamiento farmacológico. Realizaron también VG (todas las visitas de uno de sus pacientes incluidos: V1, V2, V3 y V4).

A este grupo se le obsequió con el libro *Educación médica: Manual práctico para clínicos* de Roger Ruiz Moral. Ed. Panamericana. 2009⁶. Financiado con la beca semFYC.

4.8 Utilidad y uso de las nuevas tecnologías

En el proyecto se hizo un uso intensivo de las nuevas tecnologías. Se creó una cuenta de correo específica (apmotivacional@gmail.com) desde la cual se enviaban todos los correos relacionados con el Programa Formativo: envío de informaciones, de artículos o casos para su lectura, de micropíldoras (estas últimas también eran enviadas por SMS).

Skype se utilizó para el seguimiento del proyecto y para verificar el entrenamiento homogéneo de los Pacientes Estandarizados en las tres sedes. Las reuniones del grupo de coordinación se realizaron mediante Hangouts o reuniones en Second Life.

Herramientas online de Google se han utilizado para la confección de encuestas y la correspondiente recogida y explotación de los datos.

La videoteca con todas las videograbaciones se ha almacenado en Vimeo, asignando a cada videograbación un nivel de protección mediante contraseña que garantizase que sólo el médico

participante, su evaluador y los miembros del equipo de investigación pudieran tener acceso a la visualización de las entrevistas.

4.9 Encuesta final (post-intervención)

Se realizó una encuesta al final del programa con el objetivo de conocer la percepción de los médicos de familia sobre la organización de las actividades, el grado de aprovechamiento y el impacto subjetivo que percibían en su aprendizaje. La recogida de datos de la encuesta se realizó mediante una herramienta online (Google Drive).

La encuesta se respondió online, tras las consultas finales con los pacientes estandarizados a través del siguiente enlace:

https://docs.google.com/forms/d/1lxPTs_57ETrkDHLuWQYyFsUNAQ11q-zT6y0YNI33aD8/viewform?c=0&w=1

En el ANEXO 9.1 pueden encontrarse las preguntas incluidas en la encuesta al GE, mientras que el ANEXO 9.2 contiene las preguntas realizadas al GC.

Los tres bloques temáticos fueron:

- A. Aspectos sobre el desarrollo del proyecto (logística)
- B. Aspectos relacionados con las herramientas docentes
- C. Valoración global del impacto

4.10 Análisis estadístico

4.10.1 Análisis descriptivo y depuración de datos

Valoración de los valores atípicos y extremos (outliers), así como descripción de la distribución, en cada una de las variables, con determinación de las pruebas de normalidad y valoración de las gráficas de dispersión.

Las determinaciones descriptivas comprenden medidas cuantitativas de tendencia central (media y mediana), de dispersión (desviación típica) y de posición (percentiles y límites de distribución), y medidas cualitativas como el cálculo de frecuencias relativas (en porcentajes).

Se han estimado los intervalos de confianza para el 95% de seguridad (IC95%).

4.10.2 Análisis comparativo basal

Con el fin de asegurar la comparabilidad entre ambos grupos de estudio, grupo control y grupo experimental, se realizó una comparación entre las características sociodemográficas, sí como de las características formativas, tanto en entrevista clínica como en Entrevista Motivacional. Se realizó comparación de muestras independientes según la T test de Student, y ANOVA para medidas repetidas. Para la comparación de proporciones se utilizó el test de la Ji-Cuadrado o test exacto de Fisher. En caso de que las variables no siguieran una distribución normal, se utilizaron pruebas no paramétricas, como la U de Mann-Withney, prueba de Wilcoxon, test de Friedman o test de Kruskal-Wallis usando su comprobación la prueba de Shapiro-Wilk.

Se consideraron significativos los valores de $p \leq 0,05$ y contrastes bilaterales.

4.10.3 Análisis de la eficacia de la intervención

Se trata de un estudio por intención de tratar. El análisis se realizó a todos los profesionales que realizaron las videgrabaciones iniciales del estudio, y que se distribuyeron posteriormente según la aleatorización. La unidad de estudio es el profesional.

Dentro de las medidas de estadística analítica se emplearon las técnicas descriptivas e inferenciales ya comentadas.

Se aplicó la estadística multivariante, regresión lineal múltiple o regresión logística, considerando al médico como unidad de análisis. Las variables independientes contempladas en cada modelo han sido las sociodemográficas y la variable grupo de intervención (experimental o control).

Para el análisis estadístico se hizo uso del programa SPSS versión 19.0 para Windows y del EPIDAT 3.0.

4.11 Ética

El proyecto Dislip-EM ha sido aprobado por el Comité de Ética de Investigación Clínica del Hospital Regional Universitario Reina Sofía (Córdoba) y por el Comité Ético de Investigación Clínica de Galicia.

1. El grupo investigador se compromete a mantener en todo momento la confidencialidad, el anonimato de los datos obtenidos durante el desarrollo del proyecto.

2. Conflicto de intereses. Declaración de no conflicto de interés con relación a la financiación del estudio ni a su desarrollo.
3. Profesionales. Cada investigador accedió y firmó un documento de autorización para uso de sus datos y todos aquellos resultados de la investigación. El grupo investigador se comprometió a dar feedback de la información a cada profesional y a dar el Programa Formativo (la intervención) al grupo control al finalizar el proyecto.
4. Pacientes. Todo paciente que fue entrevistado o videograbado dio su autorización firmada, siguiendo el Consenso Zaragoza que reúne las normas éticas sobre videograbaciones en consultas médicas. Explicamos al paciente que la utilización de sus grabaciones siempre sería con un objetivo docente y en el ámbito de la Atención Primaria. El paciente tiene derecho a saber quién y cómo se custodiará su grabación y opción a pedir que sea eliminada en cualquier momento. En caso de desacuerdo del paciente, se tiene que apagar ostensiblemente la cámara (“Consenso Zaragoza” para solicitar permiso para las videograbaciones del GPCyS de semFYC 1998).
5. Información y datos. Todos los datos fueron almacenados en sistemas protegidos con usuario y contraseña (correo, Google Drive, ordenadores personales). La datos clínicos volcados en los Cuadernos de Recogida de Datos fueron custodiados en la Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Córdoba y el envío de los mismos fue personal. Las videograbaciones de entrevistas tanto de pacientes reales como estandarizados, así como las sesiones de PBI, fueron almacenadas en Vimeo. Para aumentar la seguridad, cada vídeo llevaba una contraseña personalizada con objeto de que cada una pudiera ser visualizada de forma independiente por cada profesional.

5 Resultados

5.1 Estudio descriptivo

Las variables que se han trabajado en el proyecto se describen en Tabla 26, indicando el origen de los datos.

Variable	Tipo de variable	Fuente de datos
Edad	Independiente	Encuesta preintervención
Género	Independiente	Encuesta preintervención
Área geográfica	Independiente	Encuesta preintervención
Experiencia clínica	Independiente	Encuesta preintervención
Formación EC	Independiente	Encuesta preintervención
Formación EM	Independiente	Encuesta preintervención
Género del paciente	Independiente	Videograbación
Escala EVEM sumativa	Dependiente	Videograbación
Indicador Sintético de adherencia	Dependiente	Encuesta final
Nº pacientes captados	Dependiente	Cuaderno recogida datos
Escala EVEM formativa	Dependiente	Cuaderno recogida datos
Utilidad percibida	Dependiente	Encuesta final

Tabla 26. Variables dependientes e independientes del estudio

5.1.1 Características sociodemográficas de los participantes y estudio de la comparabilidad

La muestra se distribuye de forma homogénea según las características sociodemográficas y formativas que se describen a continuación:

Edad y género: Participaron 23 ♀ (mujeres) y 28 ♂ (hombres) con una media total de 46,5 años. El rango de edad fue: ♀ $\bar{X} = 44,13(29-57)$ y ♂ $\bar{X} = 48,57(32-60)$. La edad se distribuyó en los siguientes rangos por grupos: GC $\bar{X} = 47,58 (30-60)$ y GE $\bar{X} = 45,52 (29-60)$.

Práctica asistencial: Se consideraron los años de práctica como médico de familia sin contar los años de residencia MIR. En relación al inicio del estudio, los participantes del GC: el 88% tenían más de 10 años de experiencia, y el 46% más de 20 años; los participantes del GE: el 80 % más de 10 años y el 48% más de 20 años de práctica asistencial.

Formación previa en comunicación asistencial: Dentro del Programa Formativo de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria se incluye un curso básico de entrevista clínica, pero su implementación es desigual entre las Unidades Docentes por lo que se preguntó específicamente sobre las horas de formación realizada. La formación es mayoritariamente presencial en ambos grupos.

El 92% de los participantes habían realizado por lo menos un curso de entrevista clínica (GC 96%, GE 88%). La formación realizada por el total de participantes fue presencial en el 78,43% de los casos, mixta (presencial y online) en el 11,76%, y en ningún caso fue sólo online. Un 7,8% no facilitó este dato en la encuesta.

Las horas aproximadas de formación específica: Un médico del GC y tres del GE reconocen no haber recibido nunca formación en comunicación asistencial. El 53,84% GC habían recibido más de 17 horas de formación específica, frente al 52% del GE.

Formación en Entrevista Motivacional: El 50% del GC había recibido algún taller específico en EM y el 48% del GE.

Se aprecia claramente una distribución homogénea entre GC y GE, no objetivándose diferencias significativas en cuanto a la distribución por variables sociodemográficas, experiencia profesional ni formativas, por lo que ambos grupos son comparables (GC Y GE).

Los resultados están representados en la Tabla 27.

VARIABLES	GRUPO EXPERIMENTAL n = 25	GRUPO CONTROL n = 26	Valor de p
EDAD: media ± DS	45,5 ± 8,3	47,6 ± 7,5	0,36
SEXO: n (%)			
Mujeres	11 (44)	12 (46,2)	0,55
Hombres	15 (56)	14 (53,8)	
AÑOS DE PRÁCTICA ASISTENCIAL (sin residencia): n (%)			
2-5	2 (8)	2 (7,7)	0,46
11-15	4 (16)	2 (7,7)	
6-10	3 (12)	3 (11,5)	
16-20	4 (16)	7 (26,9)	
21-25	5 (20)	2 (7,7)	
>25	4 (16)	9 (34,6)	
NS/NC	3 (12)	1 (3,8)	

VARIABLES	GRUPO EXPERIMENTAL n = 25	GRUPO CONTROL n = 26	Valor de p
FORMACIÓN EN ENTREVISTA CLÍNICA: n (%)			
No	3 (12)	1 (3,8)	0,31
Sí	22 (88)	25 (96,2)	
FORMATO DE FORMACIÓN RECIBIDA EN ENTREVISTA CLÍNICA: n (%)			
Presencial	20 (80)	21 (80,8)	0,43
Ambas (online + presencial)	2 (8)	4 (15,4)	
NS/NC	3 (12)	1 (3,8)	
HORAS DE FORMACIÓN PRESENCIAL EN ENTREVISTA CLÍNICA : n (%)			
0	3 (12)	1 (3,8)	0,77
1-4	2 (8)	1 (3,8)	
5-8	1 (4)	1 (3,8)	
9-12	1 (4)	1 (3,8)	
13-16	1 (4)	4 (15,4)	
17-20	8 (32)	11 (42,3)	
>20	5 (20)	3 (11,5)	
NS/NC	4 (16)	4 (15,4)	
FORMACIÓN ESPECÍFICA EN ENTREVISTA MOTIVACIONAL: n (%)			
Sí	12 (48)	13 (50)	0,89
No	13 (52)	13 (50)	

Tabla 27. Características sociodemográficas de los médicos participantes

5.1.2 Videograbaciones realizadas

Se incluyeron un total de 332 videograbaciones (VG) en el estudio (GC n=140, GE n=192).

La fase 1 antes de la intervención aportó las VG con pacientes estandarizados para medir el nivel basal de EM. En esta fase se realizaron 94 VG (GC n=48, GE n=46).

La fase 2 post-taller evaluaba el impacto del Taller en EM en el GE y se realizó con pacientes estandarizados. En esta fase se realizaron 48 VG (GE n=48).

La fase 3 se desarrolló en la consulta de Atención Primaria. Las VG corresponden a pacientes reales con dislipemia tratados por sus médicos habituales. En esta fase se realizaron 94 VG (GC n=45, GE n=49).

La fase 4, al finalizar el estudio, realizado con pacientes estandarizados, evaluaba el perfil motivacional final. En esta fase, se obtuvieron 96 VG (GC n=47, GE n=49).

En la Tabla 28 se presenta la distribución de las VG por fases del proyecto y grupo.

Grupo	FASE 1 Nivel EM basal	FASE 2 Nivel EM post-taller	FASE 3 Atención Primaria: PR	FASE 4 Nivel EM final	VG TOTAL
Control (n=26)	48	0	45	47	140
Experimental (n=25)	46	48	49	49	192
total	94	48	94	96	332

Tabla 28. Videgrabaciones realizadas en cada fase del PF MOTIVA

VG de pacientes reales en el Grupo Control: De los 26 médicos del GC que finalizaron el estudio, 19 incluyeron pacientes reales en el estudio Dislip-EM, de los cuales, 15 realizaron por lo menos una VG.

VG de pacientes reales en el Grupo Experimental: De los 25 médicos del GE que finalizaron el estudio, 18 incluyeron pacientes reales en el estudio Dislip-EM, de los cuales, 16 realizaron al menos 1 videgrabación.

En la Figura 22 se describe el número de médicos según el número de videgrabaciones realizadas en pacientes reales. De izquierda a derecha se subdividen los 54 médicos de familia entre el GC (n=28) y el GE (n=26). En el GC hay 2 pérdidas, 7 médicos no realizan visitas a PR y 19 sí. De estos 19 médicos del GC que incluyeron pacientes en el estudio, hay 4 médicos que no graban a sus pacientes, ninguno realiza una única VG, 3 médicos realizan 2 VG, 8 médicos realizan 3 VG y 4 médicos realizan 4 VG. Análogamente, en el GE hay 1 pérdida, 7 médicos no incluyen PR y 18 sí. De los 18 médicos del GE que realizan visitas a PR, 2 médicos no graban a sus pacientes, 1 realiza 1 VG, 1 realiza 2 VG, 7 realizan 3 VG y otros 7 realizan 4 VG.

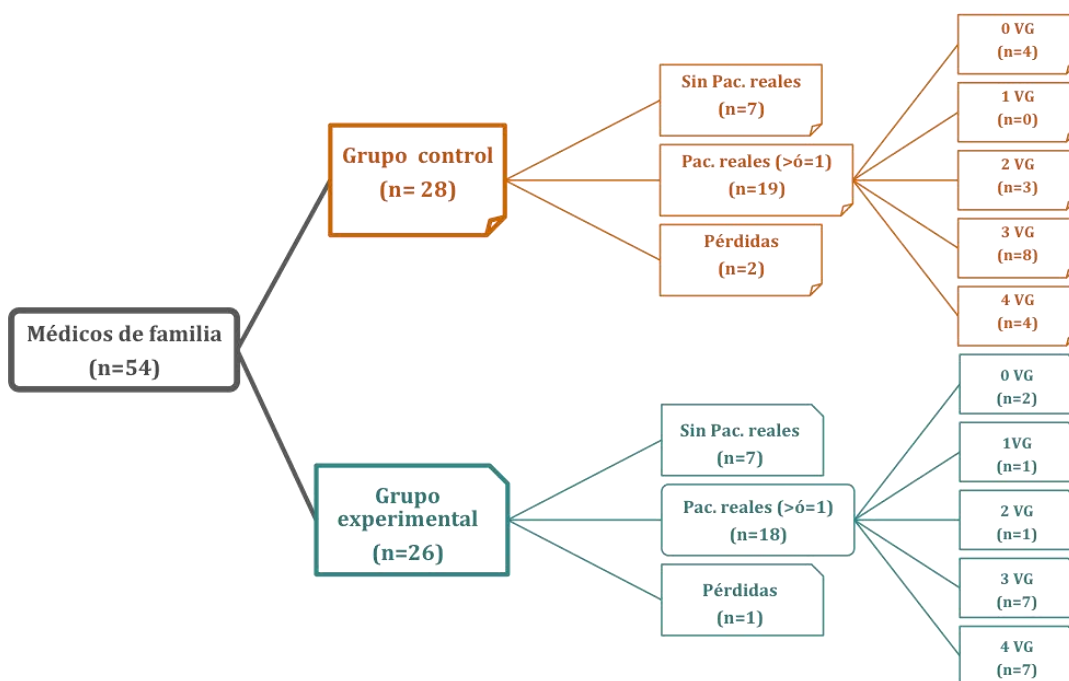


Figura 22. Médicos (n) y Nº de videograbaciones realizadas a pacientes reales

5.1.3 Indicador Sintético. Ponderación

El Indicador Sintético es una herramienta *ad hoc* para valorar la adherencia al Programa Formativo así como para identificar las actividades formativas de mayor impacto.

Durante el desarrollo del Programa Formativo MOTIVA se llevaron a cabo diversas actividades formativas, sin embargo, no todos los profesionales del GE las realizaron todas. Esto obligaba a establecer un indicador que midiera esta adherencia para correlacionarla con el avance o no en el perfil motivacional.

Se envió la encuesta online a 25 profesores del Grupo Comunicación y Salud con experiencia docente. Respondieron 17 profesionales (10 varones y 7 mujeres) de 6 autonomías diferentes (Andalucía, Cantabria, Cataluña, Galicia, La Rioja y País Vasco) con una edad media de 50,29 años (rango 30 - 62 años). Se obtienen los datos detallados que pueden consultarse en el ANEXO 8.2 y en https://docs.google.com/spreadsheets/d/19BxuPjx34YHemZmjxK6-L_3ZYJhrDrABkvMsO09STM8/edit#gid=0.

La mitad tenían más de 20 años de formación en comunicación asistencial (50 %) (Figura 23). Tenían una experiencia media de 16,93 años como docentes, acumulando entre todos ellos 271 años. Además el 82,4 % de ellos, expresaban seguir formándose al menos 3 veces al año en este tema.

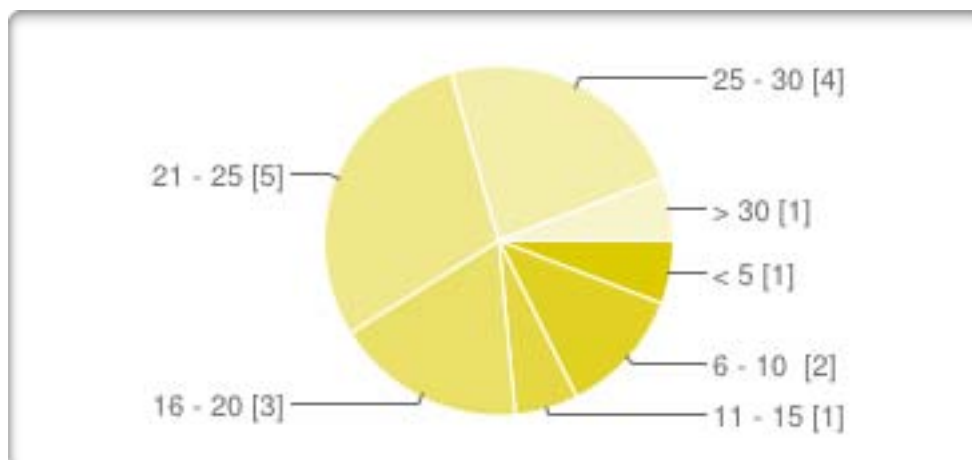


Figura 23. Años de formación [n] en comunicación de expertos que participan en el Indicador Sintético

Aplicando la metodología descrita y las fórmulas matemáticas, los valores ponderados finales para cada herramienta del Indicador Sintético fueron los siguientes:

Técnica docente	Factor por opinión de expertos (I_t)	Factor en Indicador Sintético de impacto educativo (I_s)
Clase magistral	1,06	0,96
Micropíldoras (sms y mail)	1,41	1,39
Leer artículo comunicación	2,19	1,42
Leer libro Entrevista Clínica	2,25	1,89
Comentario escrito: Caso clínico sobre comunicación	2,53	2,2
Informe de autorreflexión	3,08	2,41
Videograbación y autoevaluación	2,81	2,55
Incidente Crítico	3,33	2,81
Taller interactivo presencial	3,25	2,91
Feedback de experto sobre mi videograbación	3,5	3,33
PBI	3,61	3,44

Tabla 29. Resultados de la encuesta de herramientas docentes

NOTA: **La opinión de expertos** es la media simple de las valoraciones que han asignado los profesionales a la herramienta docente, valorando específicamente su capacidad de mejorar conocimientos, habilidades o aplicabilidad en la práctica clínica de los contenidos impartidos. **Indicador Sintético** es el valor final que se asocia a cada herramienta en función de la experiencia que cada experto tenía con la misma y su impacto menor o mayor en el conocimiento, habilidad y práctica.

Puede verse en los siguientes gráficos los valores comparados:



Figura 24. Ponderación por expertos de las actividades docentes

En la Figura 25 se aprecia el valor de la opinión de los expertos junto a la modificación de este valor cuando se pondera con la experiencia en la herramienta (Indicador Sintético):

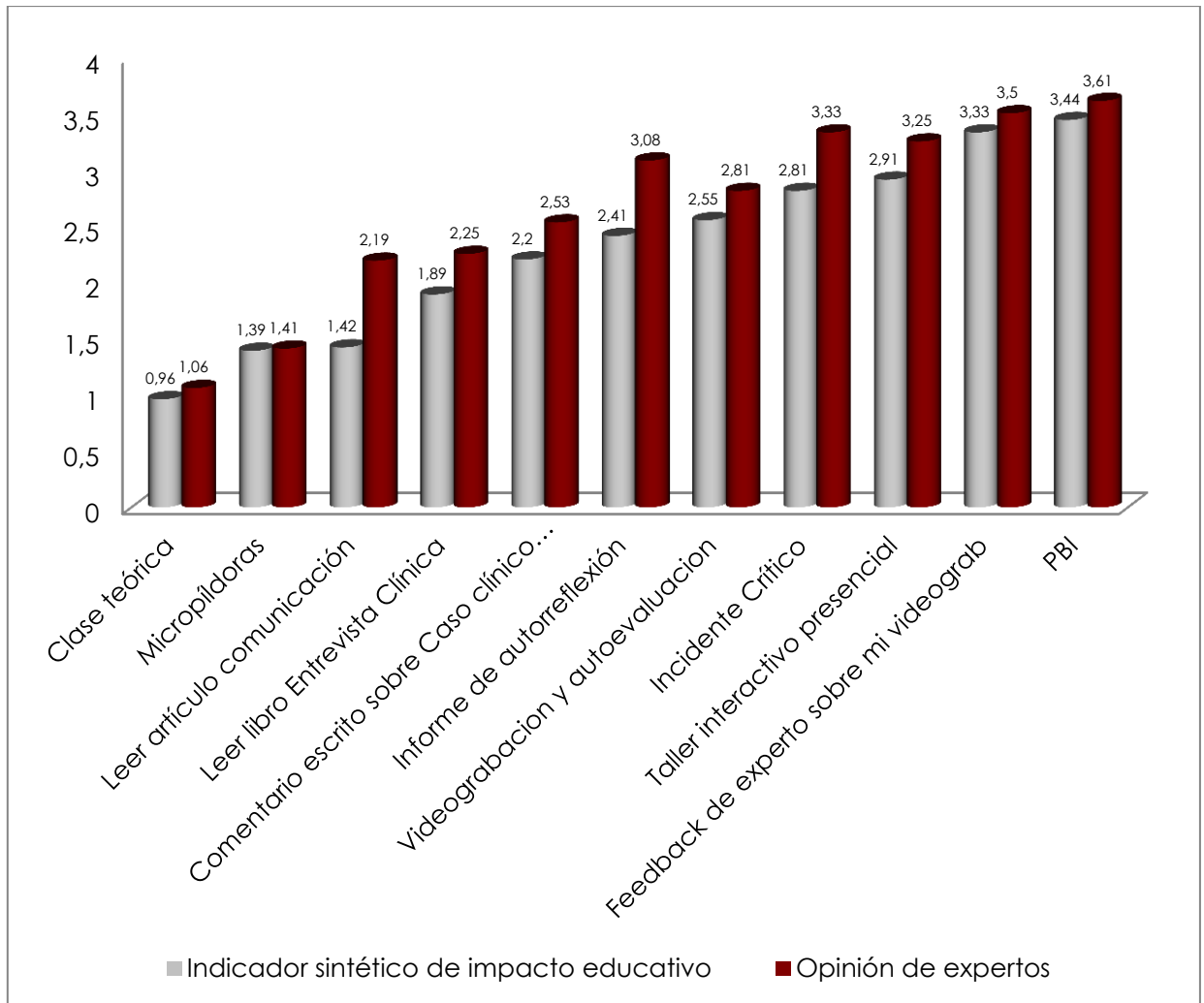


Figura 25. Comparación entre las ponderaciones en Indicador Sintético y la opinión de expertos

5.2 Eficacia del Programa Formativo MOTIVA

5.2.1 Escala EVEM sumativa

5.2.1.1 Eficacia en el tercer escalón de la Pirámide de Miller.

Uno de los objetivos de este proyecto es evaluar la eficacia del Programa Formativo MOTIVA para integrar nuevas habilidades motivacionales en los profesionales.

Siguiendo la propuesta de la **Pirámide de Miller** para la evaluación de competencias, de acuerdo con el tercer escalón (**“muestra cómo...”**), se han valorado las VG realizadas con los pacientes estandarizados mediante la escala EVEM sumativa.

En la fase 1, antes de comenzar el Programa Formativo, se utiliza la escala EVEM sumativa para valorar las habilidades en EM de todos los participantes. La media en la escala EVEM del GE es de 21,27 puntos (IC95% 15,8-26,7 puntos) lo que equivale al 38% de la puntuación máxima (IC95% 28-47%), frente a 20,23 puntos (IC95% 16,4-23,9 puntos) del GC que equivale a 36% de la puntuación máxima (IC95% 29-42%). Su comparación aporta una $p=0,79$, por lo tanto, no existen diferencias significativas entre los dos grupos de estudio (Figura 26):

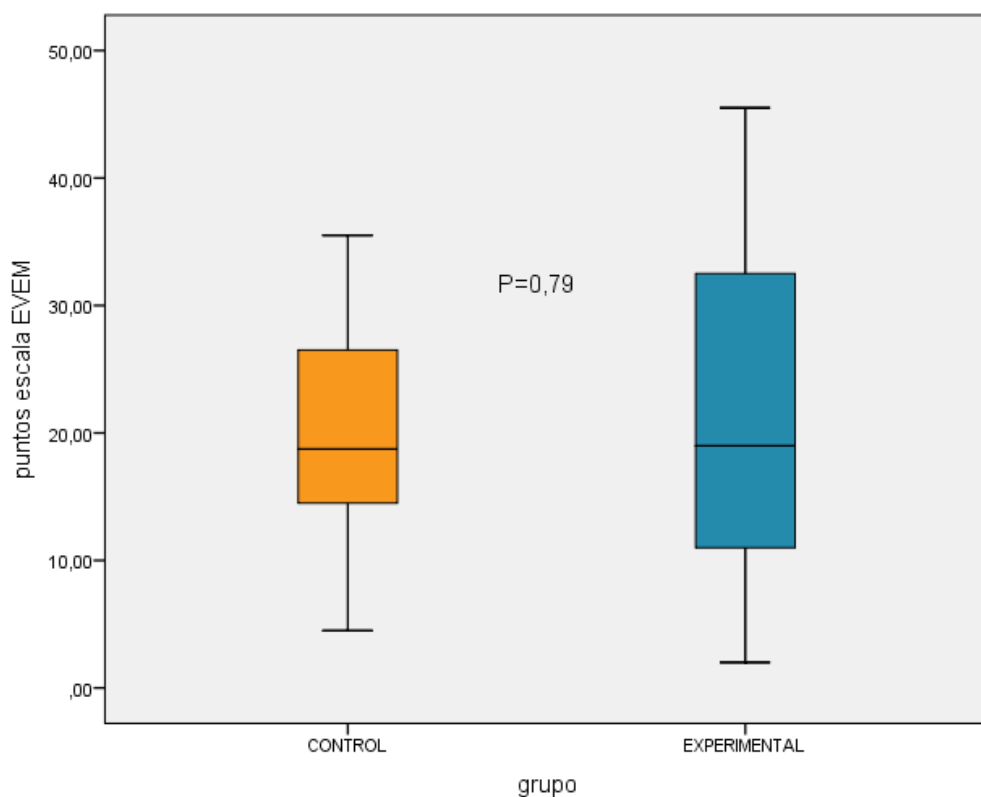


Figura 26. Resultados escala EVEM sumativa en FASE 1 (preintervención): GC y GE

En la fase 2 del proyecto se inicia el Programa Formativo MOTIVA ya sólo con el GE, y se imparte el taller de Entrevista Motivacional. Finalizado el taller, se realiza nuevamente una edición de encuentros clínicos con PE y una nueva valoración de la adquisición de habilidades mediante las VG post-taller valoradas por el grupo de expertos mediante la escala EVEM 1.4.

Los datos reflejan que tras la realización del taller formativo mejoran las habilidades en EM de forma significativa, con una media de la escala EVEM de 35,16 puntos (IC95% 29-78 puntos), un 63% del total (IC95% 53,2-72,5), lo que supone un aumento de 13,5 puntos en la media de la escala (IC95% 6,9-19,5 puntos) ($p < 0,001$).

En la Figura 27, se ven representados los resultados de los datos obtenidos por el GE en la fase 1 y 2 del estudio, realizadas ambas con pacientes estandarizados.

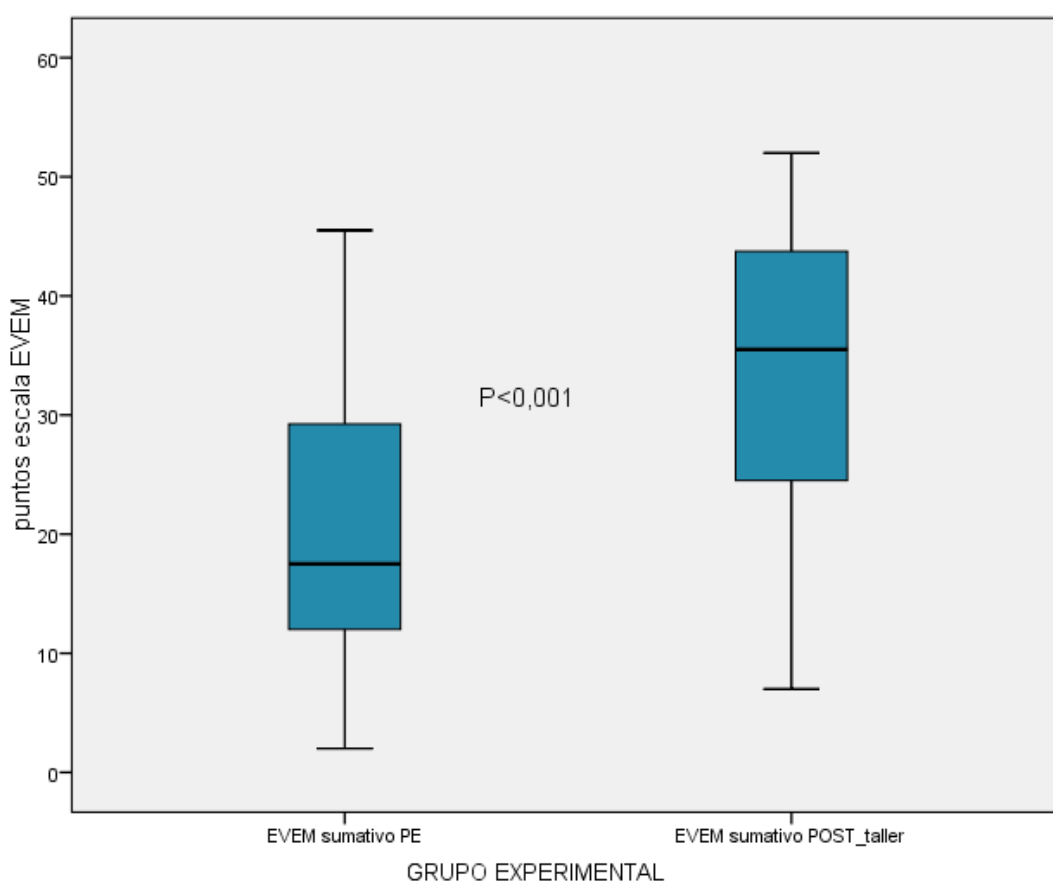


Figura 27. Evolución del GE: EVEM preintervención (FASE 1) / post taller EM (FASE 2)

Una vez concluido el Programa Formativo MOTIVA, en la fase 4, se realizan 2 nuevos encuentros con los pacientes estandarizados. La media en la escala EVEM del grupo GE al finalizar el estudio es de 37,6 puntos (IC95% 33,2-41,1), un 68% del total (IC95% 59,3-75,1) frente a 24,3 puntos del GC (IC95% 19,-29,2 puntos), un 43% del total (IC95% 35,1-51,9). Estas diferencias fueron

significativas con una $p < 0,001$. En la Figura 28 se aprecia gráficamente la evolución del GE que mejora inicialmente tras el taller y mantiene sus habilidades en Entrevista Motivacional a los 18 meses de iniciado el estudio.

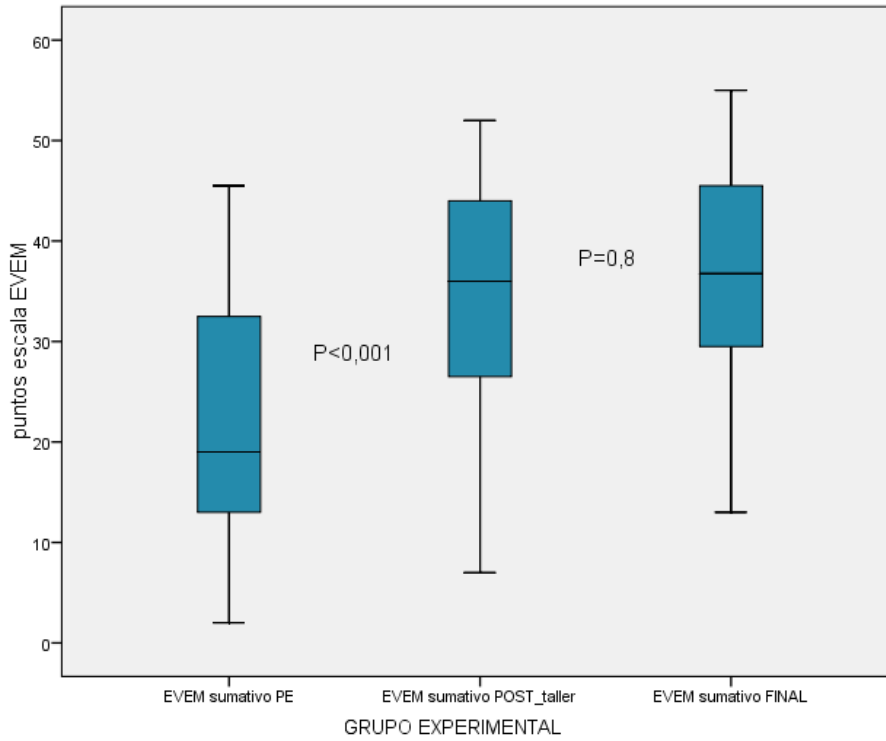


Figura 28. Evolución del GE: EVEM preintervención (FASE 1)/ EVEM post taller EM (FASE 2) / EVEM final (FASE 4)

Comparamos en las siguientes gráficas la evaluación de la escala EVEM sumativa en ambos grupos a lo largo del todo el estudio (Figura 29 y Figura 30):

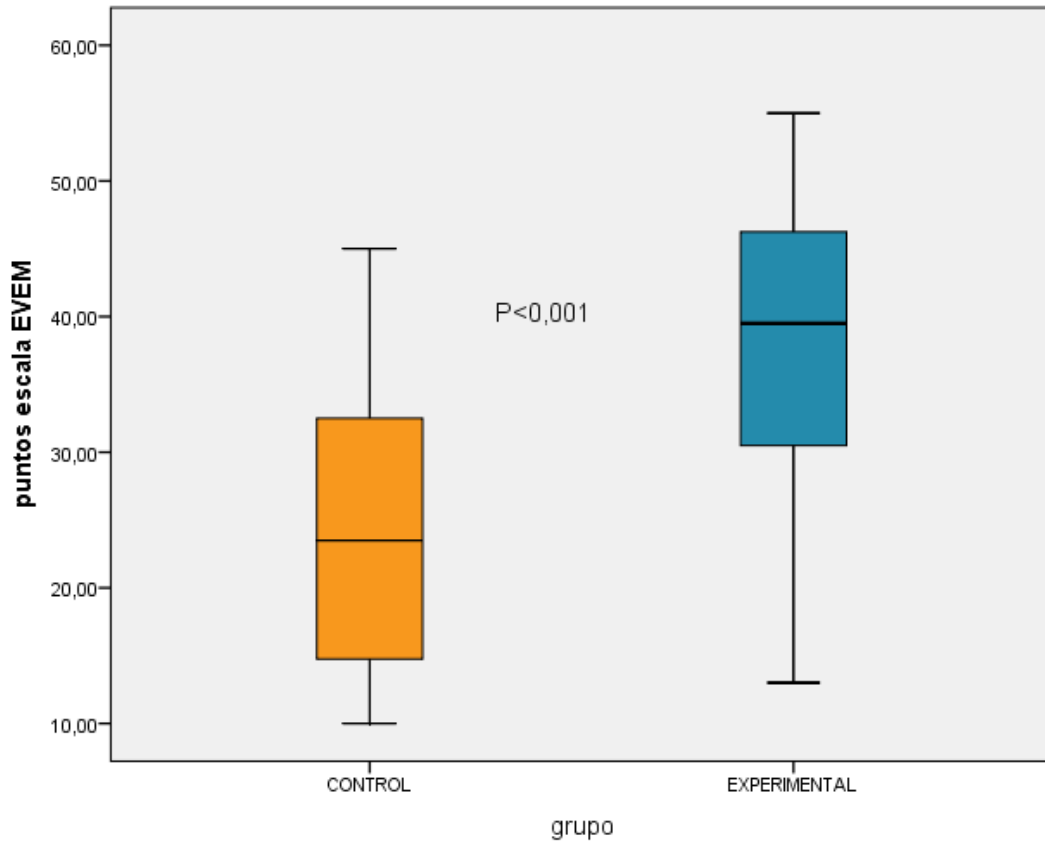


Figura 29. Resultados de la escala EVEM al finalizar el estudio (FASE 4).

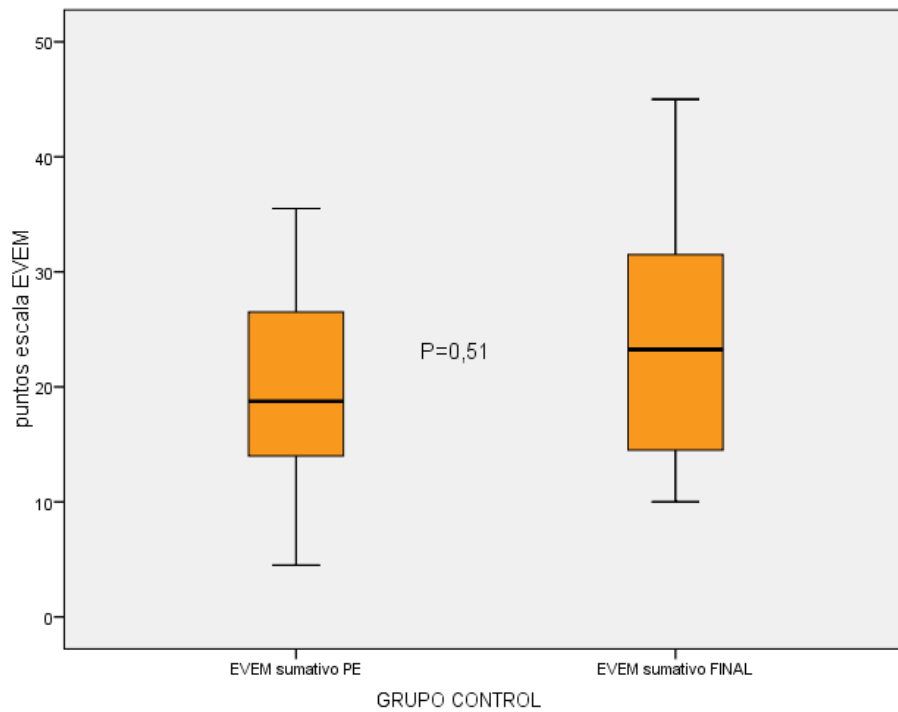


Figura 30. Evolución del GC: EVEM preintervención (FASE 1) / EVEM final (FASE 4)

En la Tabla 30 se resume la evolución de los datos presentados de la escala EVEM sumativa en el desarrollo del PF MOTIVA con VG de pacientes estandarizados.

VARIABLES	GRUPO EXPERIMENTAL n = 25	GRUPO CONTROL n = 26	VALOR p
EVEM INICIAL media±DS (%)	21,27 ± 12,34 (38%)	20,23 ± 8,54 (36%)	0,79
EVEM POST_TALLER media±DS	35,16 ± 12,73 (63%)	-----	
EVEM FINAL media±DS	37,64 ± 10,40 (68%)	24,37± 10,98 (43%)	0,001
Diferencia medias FASE 1 – FASE 4	16,37	4,14	

Tabla 30. Resultados de la escala EVEM 1.4 para el GC y el GE con pacientes estandarizados.

Al desglosar la escala EVEM 1.4 sumativa, se objetiva una mejora de todos los ítems al final del estudio en el grupo experimental. Si tenemos en cuenta las diferencias de medias, se observa un incremento más significativo en los siguientes ítems (de mayor a menor): 2 (facilita que el paciente se posicione), 3 (trabaja concordante con el posicionamiento), 12 (evocación), el 8 (acuerda objetivos), el 13 (colaboración), 9 (plan de acción), 14 (favorece la autonomía del paciente), 4 (preguntas abiertas), 9 (empatía), 15 (compasión)) y 10 (maneja la discordia). Hay 3 ítems que presentan una mejora significativa pero menos llamativa: 7 (valida al paciente), 5 (escucha reflexiva) y el 6 (realiza sumarios). El ítem 11 no se ha valorado porque los casos de los pacientes estandarizados estaban en fase precontemplativa o contemplativa, con lo cual no correspondía abordar el mantenimiento del cambio.

GRUPO EXPERIMENTAL

Ítems EVEM 1.4 (escala Likert 1-4 puntos)	Media (DS) EVEM preintervención	Media (DS) EVEM final	Diferencia medias (IC95%)	VALOR p
Ítem 1. Empatía	1,83 ± 0,9	2,83 ± 0,78	0,97 (0,48-1,47)	0,001
Ítem 2. Facilita posicionamiento	1,9 ± 1,2	3,35 ± 0,89	1,45 (0,93-1,97)	0,001
Ítem 3. Trabaja concordante con el posicionamiento	1,3 ± 1,1	2,76 ± 1,1	1,45 (0,87-2,02)	0,001
Ítem 4. Preguntas abiertas	1,9 ± 0,99	3,04 ± 0,77	1,01 (0,57-1,5)	0,001
Ítem 5. Escucha reflexiva	1,16 ± 0,89	1,73 ± 0,91	0,57 (0,13-1)	0,012
Ítem 6. Realiza sumarios	0,47 ± 0,46	1 ± 1,04	0,52 (0,03-1)	0,036
Ítem 7. Valida paciente	0,71 ± 0,69	1,5 ± 0,83	0,78 (0,38-1,18)	0,001
Ítem 8. Acuerda objetivos	1,73 ± 0,95	3,1 ± 0,91	1,35 (0,82-1,89)	0,001
Ítem 9. Plan de acción	1,73 ± 0,87	3,02 ± 0,85	1,28 (0,76-1,8)	0,001
Ítem 10. Maneja discordia	1,88 ± 1,16	2,83 ± 0,91	0,95 (0,46-1,44)	0,001
Ítem 11. Mantenimiento	-----	-----	-----	-----
Ítem 12. Evocación	1,97 ± 0,96	3,35 ± 0,63	1,38 (0,88-1,87)	0,001
Ítem 13. Colaboración	1,59 ± 1,4	2,95 ± 0,93	1,35 (0,69-2,01)	0,001
Ítem 14. Autonomía	1,69 ± 1,05	2,95 ± 0,92	1,26 (0,74-1,77)	0,001
Ítem 15. Compasión	2 ± 1,6	2,9 ± 0,92	0,97 (0,52-1,42)	0,001

Tabla 31. Puntuaciones medias pre y post-intervención por ítem de la escala EVEM sumativa GE

En el Grupo Control se observa una pequeña mejora de los ítems: 7 (valida paciente), 2 (facilita posicionamiento) y 13 (colaboración). Aunque son mejoras de perfil significativas, las medias son pequeñas y mucho menores que en el GE.

GRUPO CONTROL

Ítems EVEM 1.4 (escala Likert 1-4 puntos)	Media (DS) EVEM preintervención	Media (DS) EVEM final	Diferencia medias (IC95%)	VALOR p
Ítem 1. Empatía	1,92 ± 0,74	2,09 ± 0,88	0,16 (0,25-0,58)	0,42
Ítem 2. Facilita posicionamiento	1,76 ± 0,75	2,28± 1,23	0,52 (0,06-0,98)	0,027
Ítem 3. Trabaja concordante posicionamiento	1,26 ± 0,94	1,4 ± 0,91	0,14 (0,23-0,51)	0,43
Ítem 4. Preguntas abiertas	1,8 ± 0,67	2,11± 0,75	0,31 (0,12-0,74)	0,15
Ítem 5. Escucha reflexiva	1 ± 0,66	1,04 ± 0,85	0,04 (0,28-0,38)	0,77
Ítem 6. Realiza sumarios	0,21 ± 0,25	0,5 ± 0,61	0,28 (0,02-0,59)	0,069
Ítem 7. Valida paciente	0,54 ± 0,56	1,1 ± 0,86	0,57 (0,17-0,97)	0,008
Ítem 8. Acuerda objetivos	1,54 ± 0,77	1,88 ± 0,92	0,33 (0,12-0,77)	0,13
Ítem 9. Plan de acción	1,59 ± 0,83	1,85 ± 1,01	0,26 (0,15-0,67)	0,2
Ítem 10. Maneja discordia	1,9 ± 1,12	1,88 ± 0,98	0,02 (0,43-0,48)	0,9
Ítem 11. Mantenimiento	-----	-----	-----	--
Ítem 12. Evocación	1,9 ± 0,71	2,19 ± 0,98	0,28 (0,07-0,64)	0,11
Ítem 13. Colaboración	1,28 ± 0,87	1,78 ± 1,11	0,5 (0,069-0,9)	0,025
Ítem 14. Autonomía	1,59 ± 0,94	1,73 ± 0,84	0,14 (0,14-0,43)	0,315
Ítem 15. Compasión	1,73 ± 0,93	1,85 ± 0,92	0,11 (0,29-0,53)	0,55

Tabla 32. Puntuaciones medias pre y post-intervención por ítem de la escala EVEM sumativa GC

5.2.1.2 Eficacia en el cuarto escalón de la Pirámide de Miller.

Siguiendo con la evaluación de la eficacia del Programa Formativo MOTIVA a la hora de integrar nuevas habilidades motivacionales en los profesionales, se llega al **cuarto escalón de la Pirámide de Miller (“hace...”)** mediante la valoración de la escala EVEM sumativa en las videograbaciones con pacientes reales, en encuentros clínicos de las consultas de Atención Primaria, y en condiciones clínicas habituales. En la FASE 3, se incluyeron pacientes reales a la vez que se realizaban una serie de tareas del Programa Formativo MOTIVA, tal y como se ha detallado en el desarrollo de la metodología. En esta fase, los médicos del GC incluyeron pacientes y se videograbaron pero no realizaron actividades formativas.

En las VG de los pacientes reales del GE se objetiva que las habilidades adquiridas durante el taller se llevan a la práctica clínica diaria, con una media en la escala EVEM de 36,9 puntos (IC95% 30,3-43,6 puntos), un 64% del total (IC95% 54,5-73,4), frente a 15,9 puntos (IC95% 9,8-22), y un total de 28,2% (IC95%16,9-39,5) en el GC. Estas diferencias fueron estadísticamente significativas ($p<0,001$).

Durante los 12 meses de desarrollo del programa MOTIVA, las habilidades en Entrevista Motivacional valoradas mediante la escala EVEM 1.4, muestran una estabilidad en el tiempo, sin cambios intragrupos. En el periodo comprendido entre el 2º y 4º mes, la media de la escala EVEM en el GE es de 35,43 puntos (IC95% 28,4-42,4 puntos), un total de 62% (IC95% 54,6-73) frente a la media de 15,8 puntos (IC95% 9,5-22 puntos) y un total de 31% (IC95% 16,6-43) en el grupo control ($p<0,001$).

A medida que avanza el programa, en los meses 8º y 12º, la media de la escala EVEM en el GE es de 35,8 puntos (IC95% 29,2-42), un total del 66% (IC95% 62-77) frente a la media de 16,7 puntos (IC95% 9-22), y un total del 31% (IC95% 13-46) en el grupo control ($p<0,001$). Las diferencias son estadísticamente significativas en ambos casos.

En las siguientes figuras puede verse esta estabilidad intragrupo.

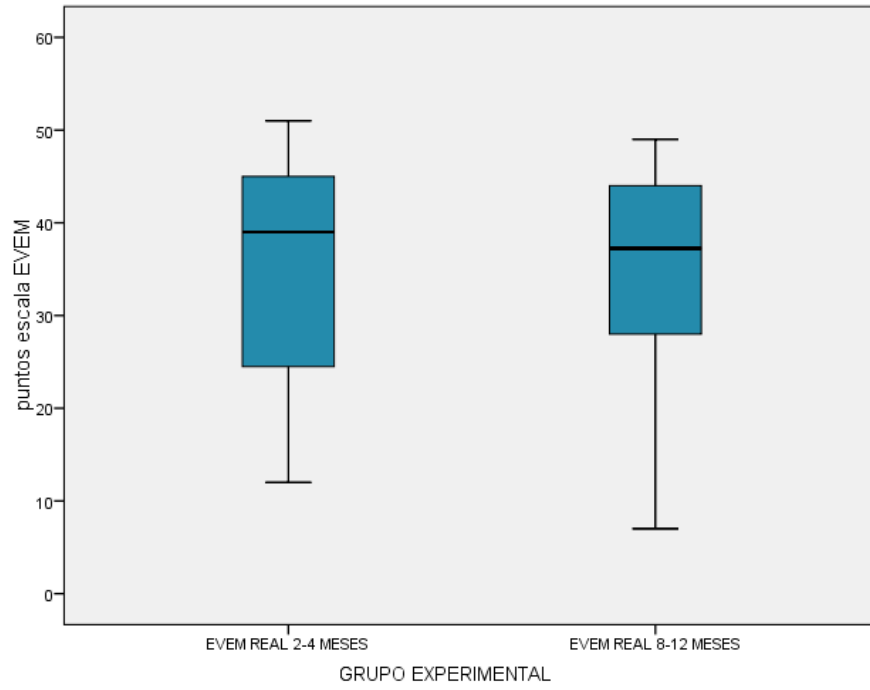


Figura 31. Estabilidad escala EVEM de VG con PR del GE durante el programa.

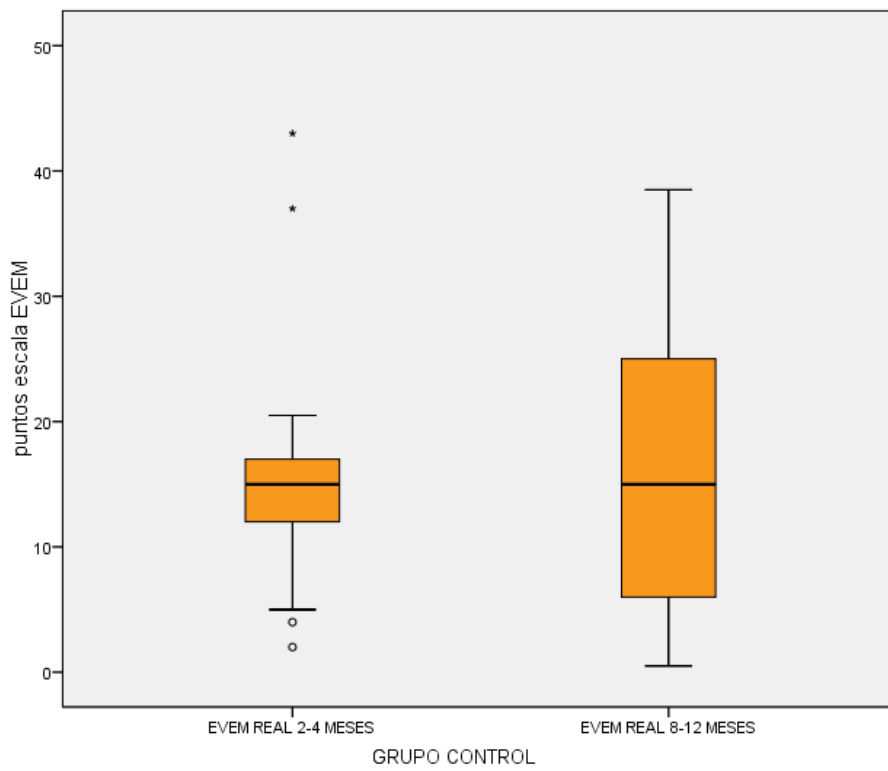


Figura 32. Estabilidad escala EVEM de VG con PR de GC durante el programa.

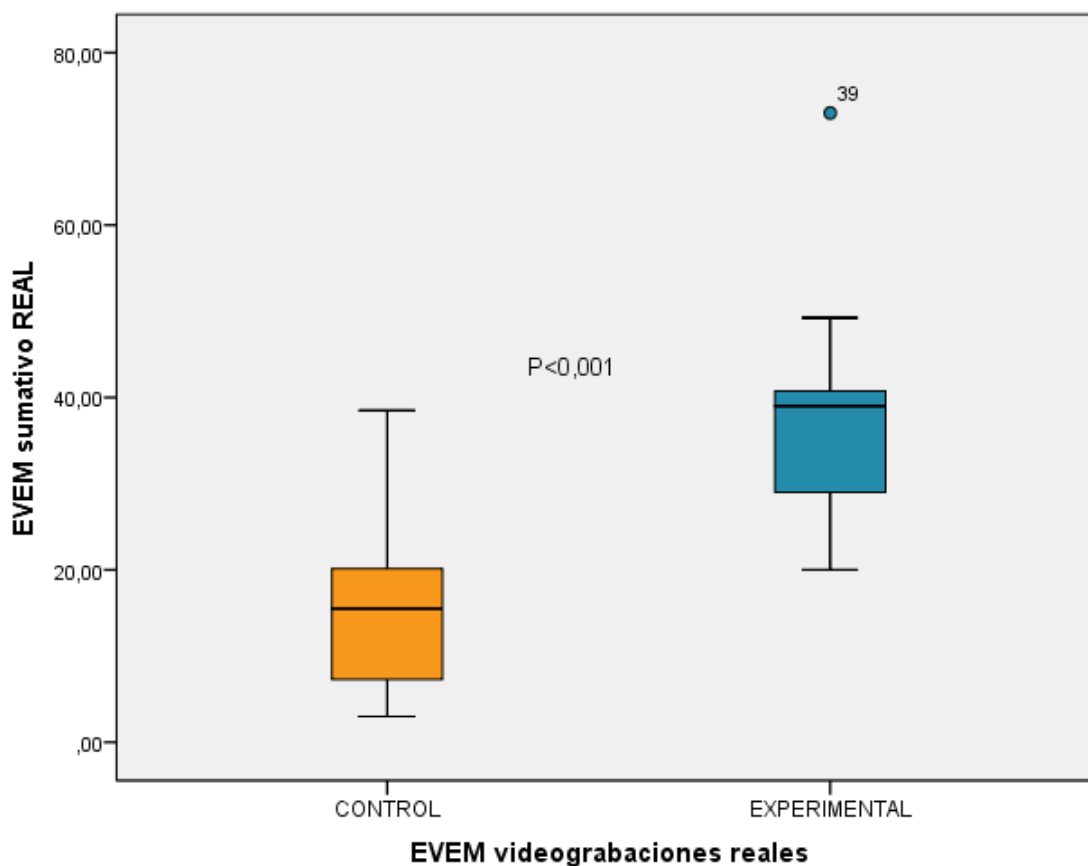


Figura 33. Evaluación de la escala EVEM con videgrabaciones con pacientes reales

La evolución de la escala EVEM 1.4 a lo largo de la implementación del PF MOTIVA con VG de encuentros clínicos con pacientes reales se muestra en la Tabla 33:

VARIABLES	GRUPO EXPERIMENTAL n = 25	GRUPO CONTROL n = 26	VALOR p
EVEM P.Real 2-4 meses: media±DS (%)	35,43 ± 12,6 (62%)	15,8 ± 11,5 (31%)	
EVEM P.Real 8-12 meses: media±DS (%)	35,8 ± 11,4 (66%)	16,7 ± 12,6 (31%)	
EVEM P.Real global: media±DS (%)	36,9 ± 12,9 (64%)	15,9 ± 11,1 (28%)	0,001

Tabla 33. Comparación del GC y GE con VG de pacientes reales con la escala EVEM 1.4.

Comparando las VG con PE y las VG con PR, se observa la siguiente figura:

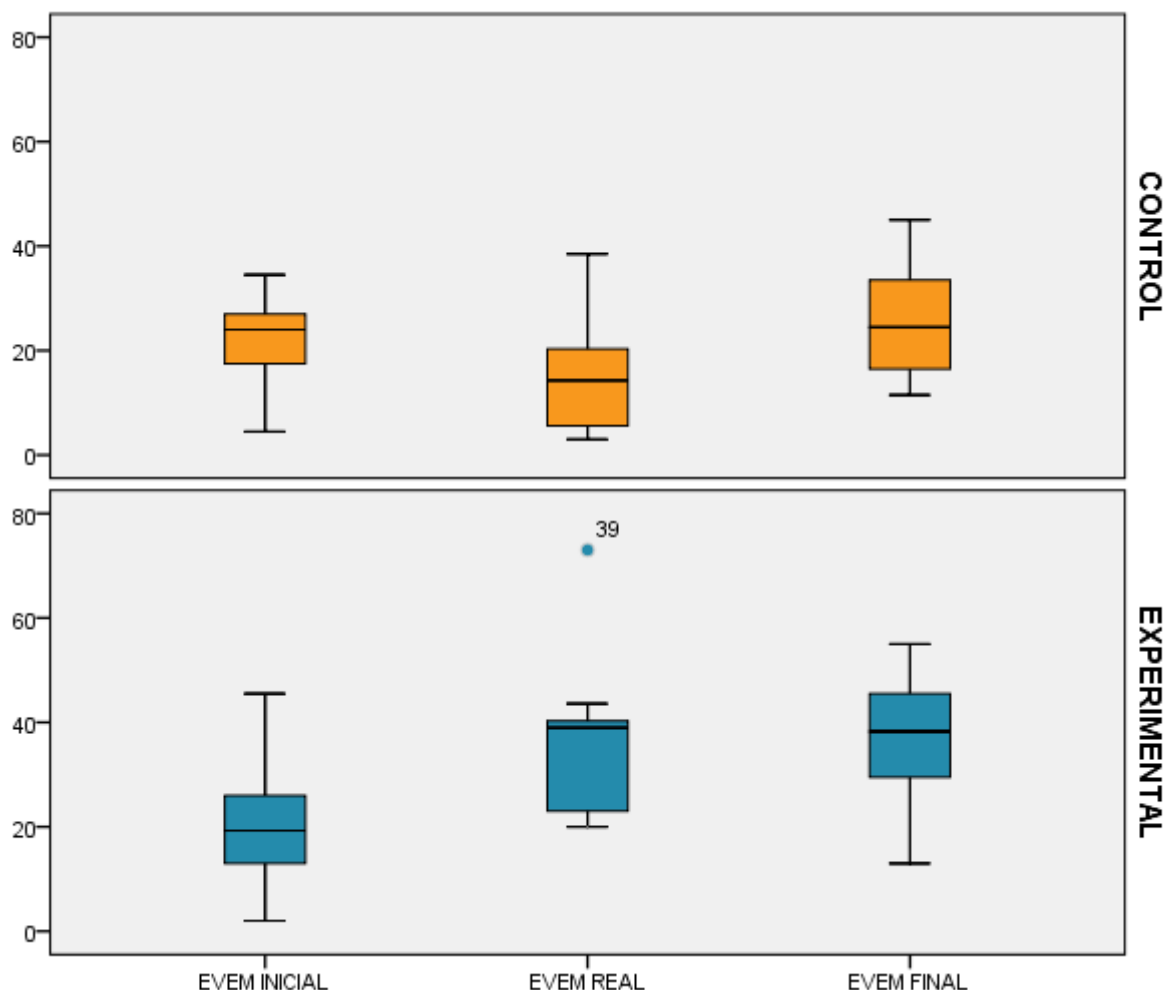


Figura 34. Comparación de la escala EVEM con la implantación del programa MOTIVA

5.2.2 Escala EVEM formativa

Durante el desarrollo del Programa Formativo MOTIVA, los participantes del grupo experimental realizan una autoevaluación de sus encuentros clínicos mediante la escala EVEM formativa. La autoevaluación se realizó en todas las visitas de los pacientes incluidos, fueran o no videograbados (recordamos aquí que sólo se grababa un paciente por médico).

Los 18 profesionales del GE que incluyeron pacientes, aportaron 424 cuestionarios de un total de 104 pacientes. Aunque se esperaban un máximo de 416 cuestionarios escala EVEM formativa, algunos profesionales hicieron algún cuestionario adicional ya en la visita de control (preintervención).

La media de la escala EVEM formativa es de 23,5 puntos (IC95% 15.8-31 puntos), que corresponde al 43% de la puntuación máxima (IC95% 38-49%). La escala EVEM formativa tiene 16 ítems valorados de 0 a 2 puntos, con lo que la puntuación máxima es de 32 puntos.

Del total de 424 cuestionarios, para 55 de ellos se dispone también de su correspondiente VG y evaluación en escala EVEM sumativa por los expertos. La puntuación máxima de la escala EVEM sumativa es de 60 puntos, teniendo en cuenta que consta de 15 ítems valorados de 0 a 4. Para poder comparar ambas escalas se equipararon las puntuaciones 1-2 de la sumativa al 1 de la formativa, y los valores 3-4, al 2 de la formativa. Comparando las puntuaciones así calculadas para las 55 entrevistas clínicas con pacientes reales y valoración EVEM sumativa-formativa, la puntuación media en la escala EVEM sumativa es de 22,1 puntos (IC 95% 18-25 puntos) y la media de la escala EVEM formativa es de 20,4 puntos (IC95% 19-22 puntos), sin diferencias entre ambas ($p=0,5$).

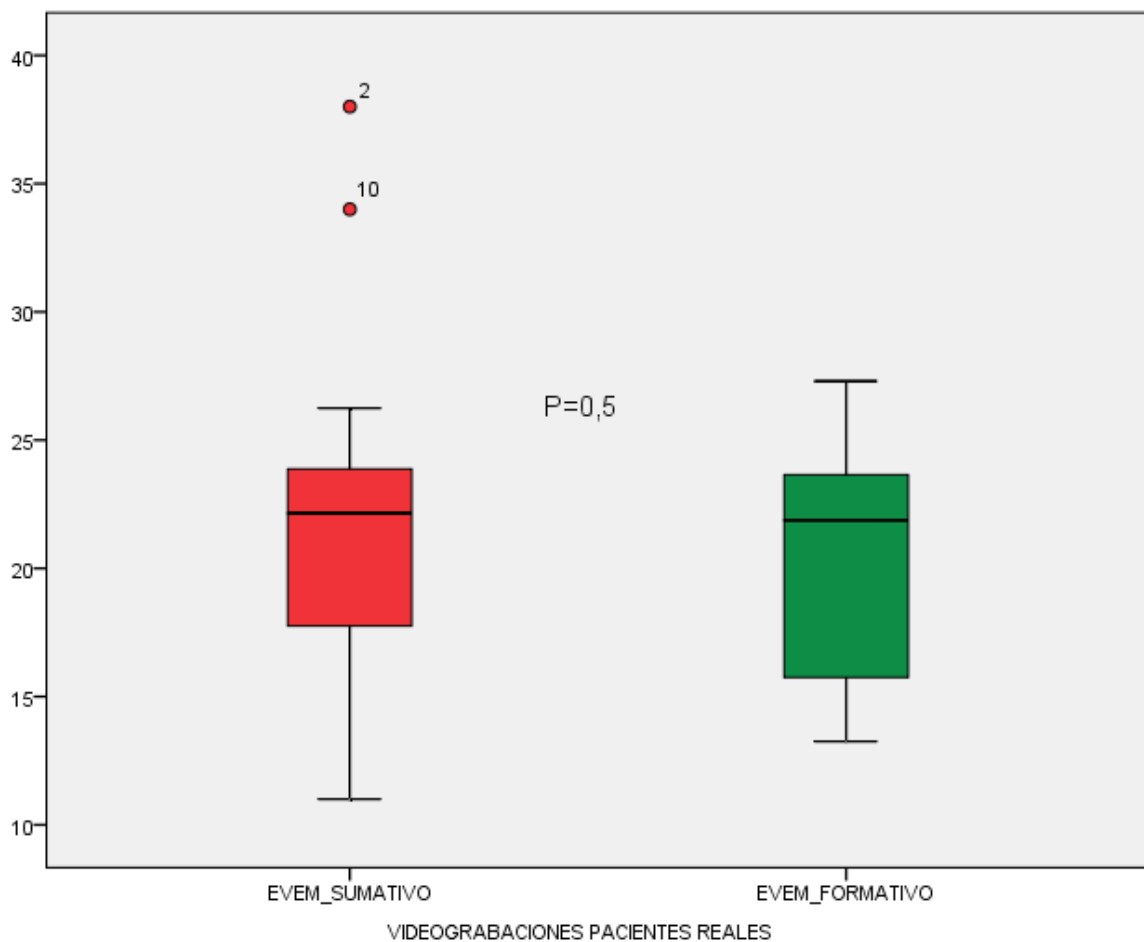


Figura 35. Comparación escala EVEM sumativa / escala EVEM formativa en videograbaciones reales

En la siguiente tabla se resumen los resultados de la comparación entre las puntuaciones obtenidas en la escala EVEM sumativa ajustada y las de la escala EVEM formativa en el desarrollo PROGRAMA MOTIVA con videograbaciones de encuentros clínicos con pacientes reales.

VARIABLES	EVEM sumativa ajustada N=55	EVEM formativa n = 55	VALOR p
media \pm DS (% total)	22,1 \pm 6,9 (%)	20,4 \pm 4,43 (%)	0,5

Tabla 34. Comparación de las puntuaciones en escala EVEM sumativa y formativa con PR

5.2.3 Adherencia al Programa Formativo: aplicación del Indicador Sintético

Si se analiza el número de profesionales que ha realizado cada una de las actividades formativas, se observan los siguientes datos descritos en la Tabla 35 y su representación gráfica en la Figura 36:

Adherencia al PF MOTIVA	Nº investigadores (n=25)	%
Taller interactivo	24	96
Feedback experto sobre entrevista PE	24	96
PBI 1	17	68
PBI 2	12	48
PBI 3	15	60
Otros PBI GC&S	3	12
Micropíldoras	16	64
Artículo resumen de EM de Miller y Rollnick	10	40
Art. Fumar es un placer. Cebrià y Bosch	6	24
Guía de Actuación en AP- Resumen EM de Bosch	11	44
Libro de EM de Miller	9	36
Informe autorreflexión (EVEM form)	14	56
Lectura caso ICTUS: detectando momentos claves	13	52
Incidente crítico	8	32
Videograbación y autoevaluación de entrevista propia	8	32

Tabla 35. Actividades desarrolladas por los participantes

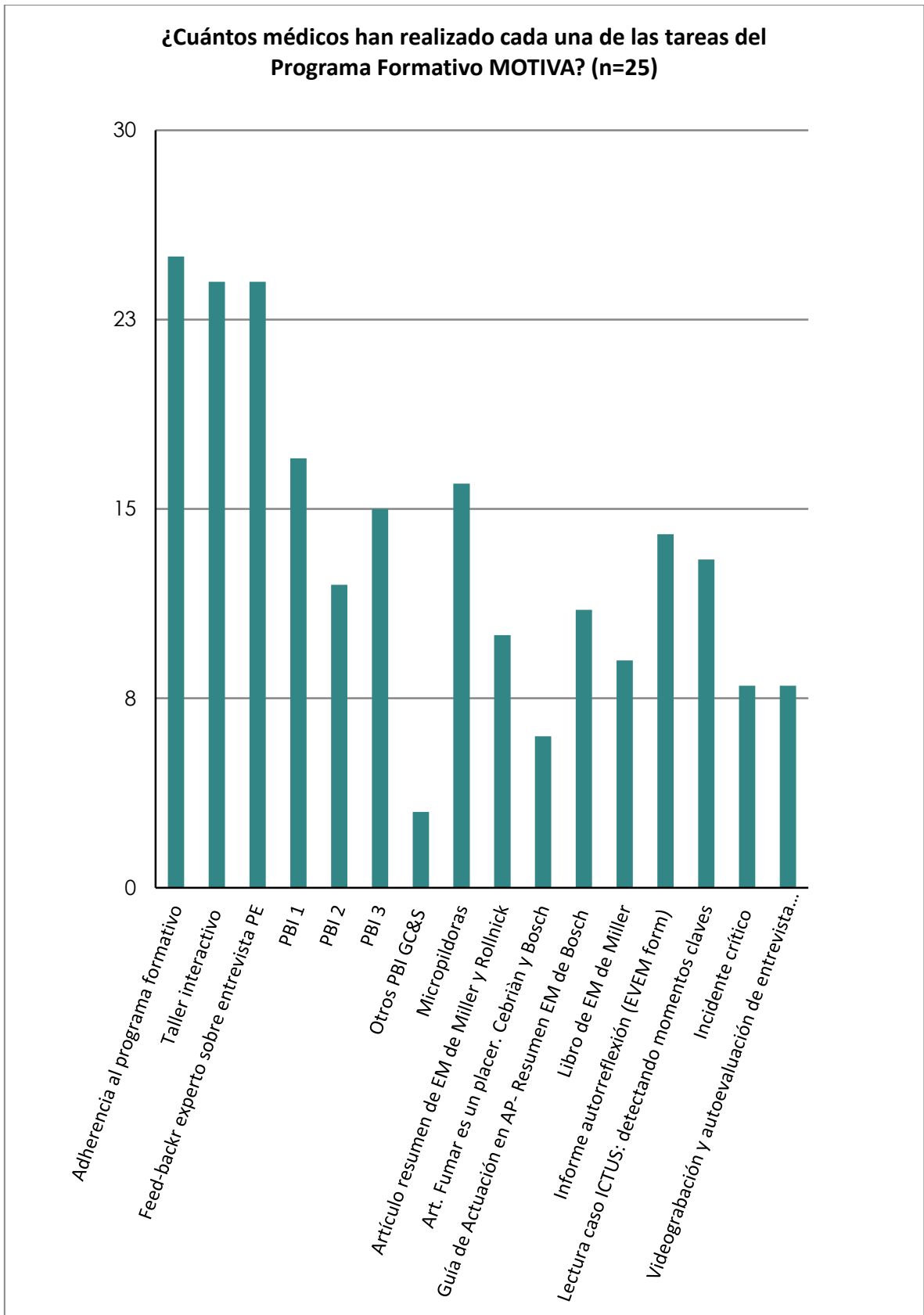


Figura 36. Número de médicos del GE que han realizado cada actividad del Programa Formativo MOTIVA

5.2.4 Relación de la escala EVEM sumativa con la adherencia al Programa Formativo

Todos los participantes del grupo experimental realizaron el taller de Entrevista Motivacional, y la adquisición de habilidades queda reflejada en la mejora, ya comentada, de la escala EVEM sumativa de los encuentros con PE post-taller.

Se analiza la correlación entre el Indicador Sintético y el perfil motivacional inicial para valorar si la correlación positiva entre Indicador Sintético y perfil motivacional final es debida a una asociación entre el perfil de competencia en Entrevista Motivacional inicial y una mayor participación en las actividades formativas por especial motivación, o por efecto del aprendizaje generado por el programa MOTIVA.

Los resultados pueden verse a continuación, pudiendo afirmar que el perfil competencial de los participantes al inicio del programa no se relaciona con la adherencia al Programa Formativo ($p=0,82$).

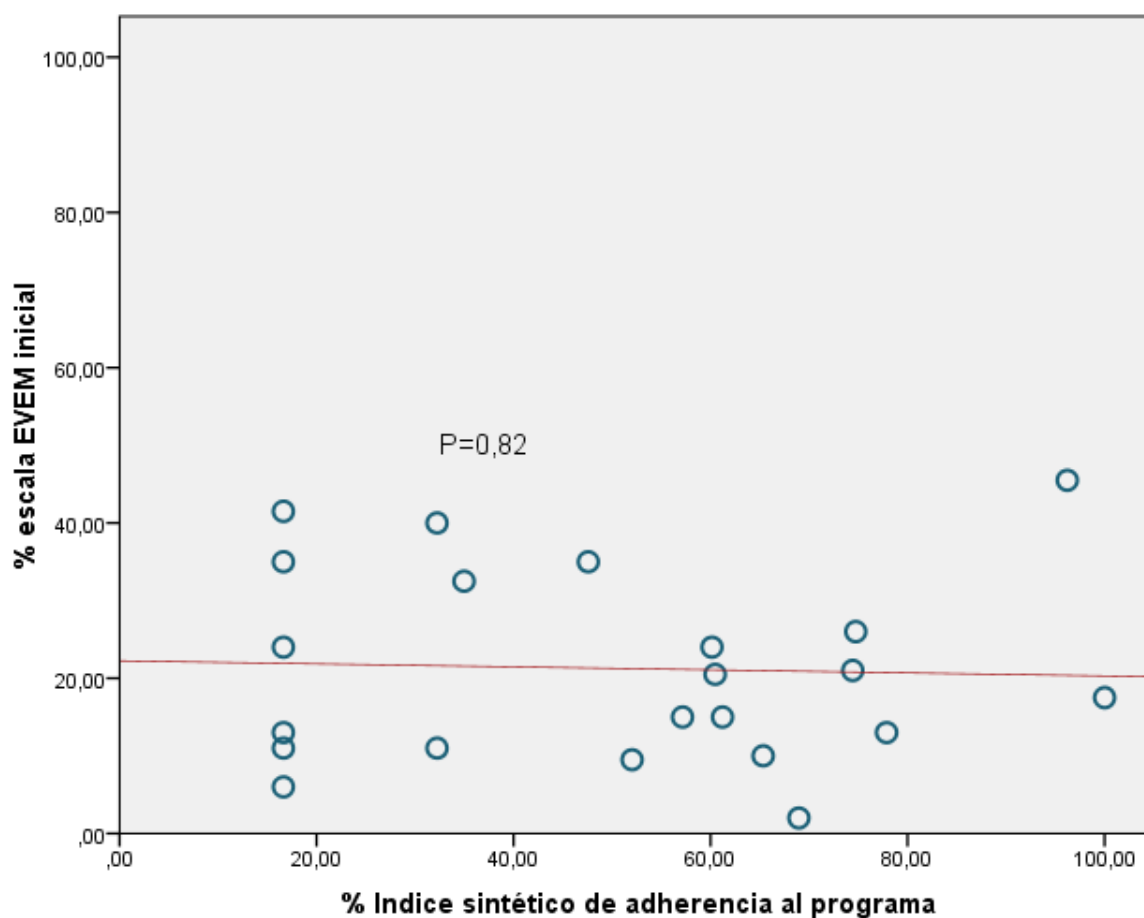


Figura 37. Distribución de EVEM inicial en función del valor del Indicador Sintético de adherencia

En cambio, la escala EVEM al final del Programa Formativo MOTIVA sí presenta una relación positiva con el Indicador Sintético de adherencia.

VARIABLES	Escala EVEM sumativa final n=25	Indicador Sintético adherencia n = 25	VALOR p
media \pm DS (% total)	36,9 \pm 12,9 (64%)	18,4 \pm 10,16 (49,8%)	0,017

Tabla 36. Media y DS de EVEM final y valores del Indicador Sintético de adherencia

Observamos que la escala EVEM al final del programa presenta una relación positiva con el Indicador Sintético de adherencia al programa ($r^2=0,251$; $F=6,71$; $gl=1,20$; $P=0,017$). El 25% de la variabilidad de la escala EVEM es explicada por el valor del Indicador Sintético de adherencia.

La pendiente de la recta de regresión (Figura 38) indica que por cada incremento de un punto en el Indicador Sintético se prevé una mejora en 0,5 puntos en la puntuación obtenida en la escala EVEM (IC 95% 0,083-0,76) ($Y=30,6+0,425X$).

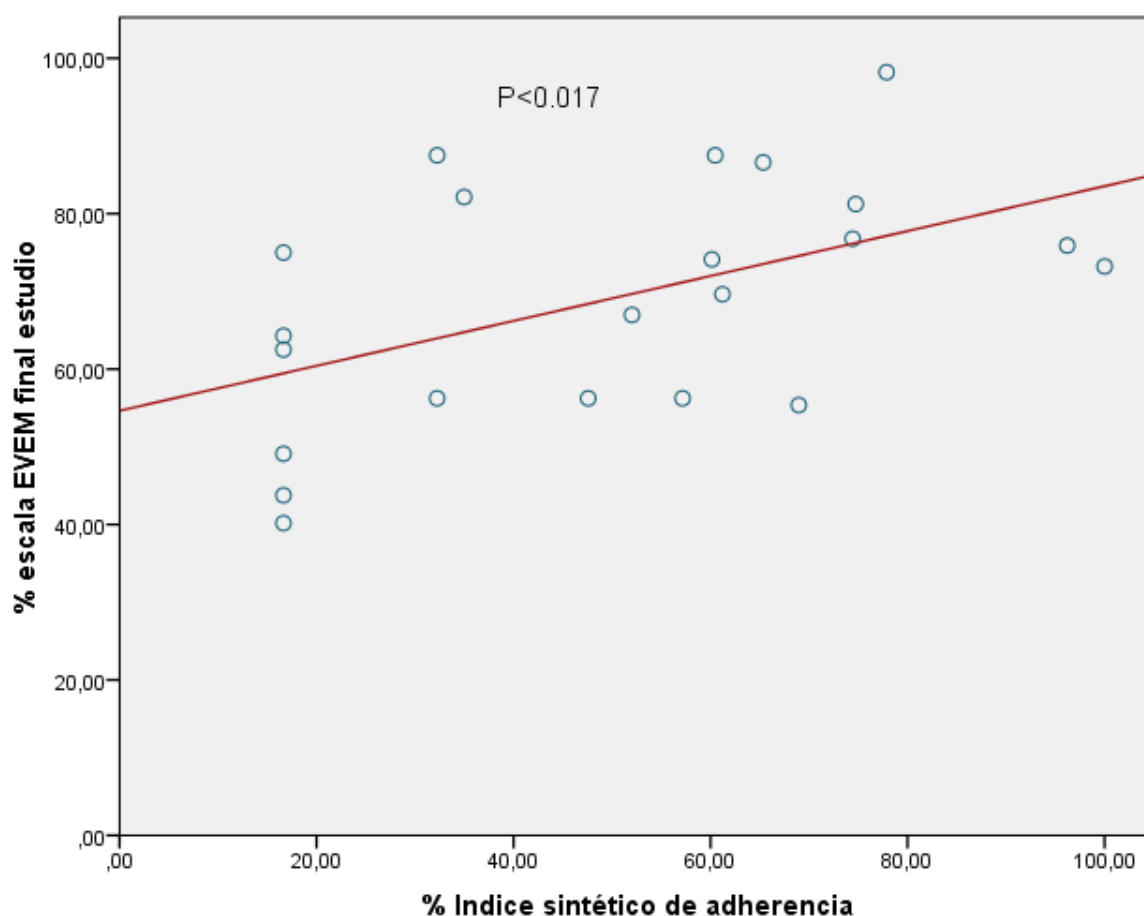


Figura 38. Distribución del EVEM final en función del valor del Indicador Sintético de adherencia

5.2.5 Relación de la participación en el PBI y la escala EVEM sumativa final

Aparte del taller de Entrevista Motivacional inicial, la actividad que mayor impacto ha demostrado es la asistencia a las sesiones PBI.

La presencia en los encuentros PBI con expertos va asociada a una mejora en la escala EVEM. Haber acudido a 2 o más PBI va asociado a una mejora en las habilidades en entrevista clínica, a un aumento en la escala EVEM ($p=0,024$).

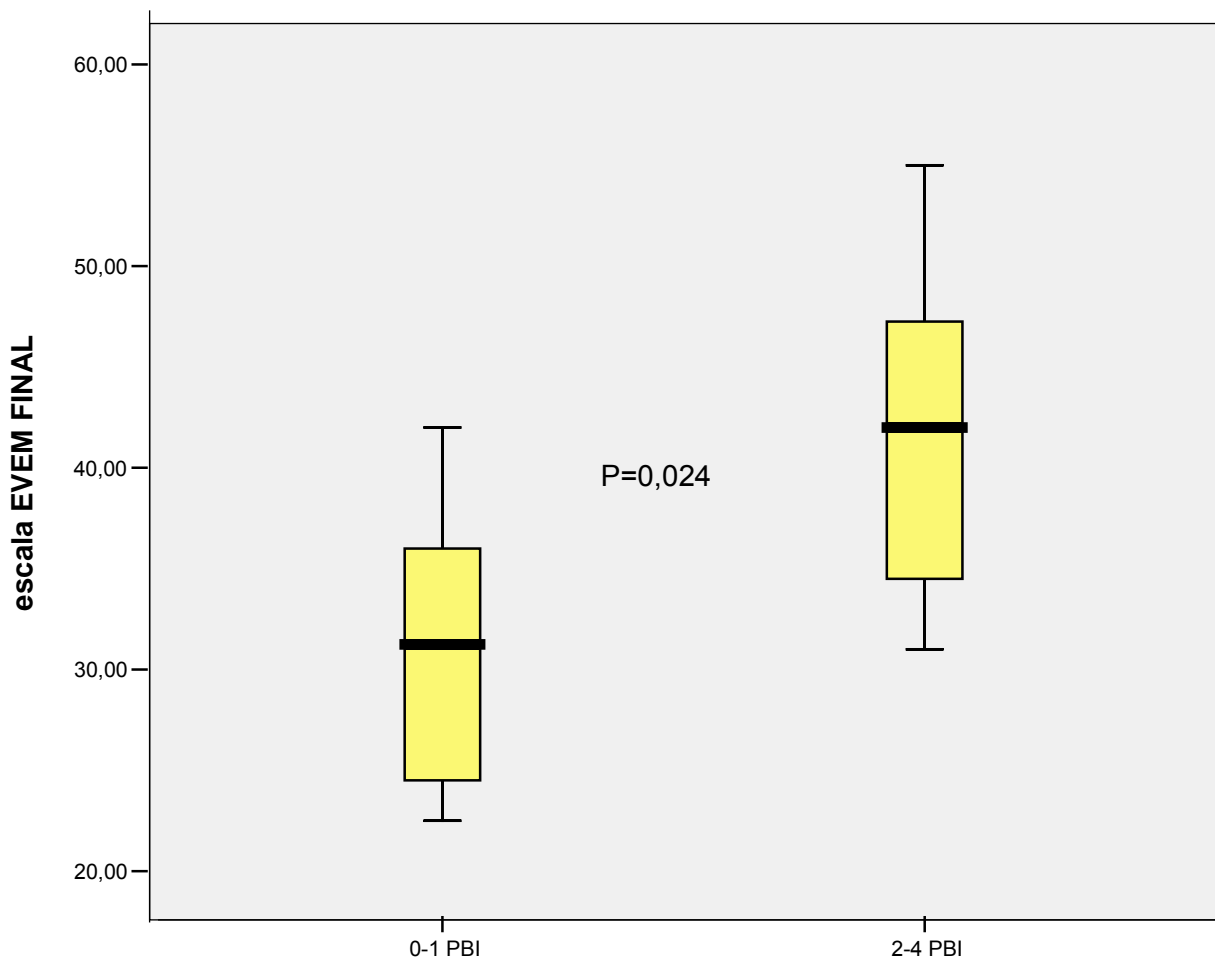


Figura 39. EVEM final por número de sesiones de PBI realizadas

Observamos que la escala EVEM al final del programa presenta una relación positiva con la proporción correspondiente a la actividad docente del PBI del Programa Formativo dentro del Indicador Sintético de adherencia ($r^2=0,23$; $F=5,9$; $gl=1,20$; $P=0,024$). El 23% de la variabilidad de la escala EVEM es explicada por la adherencia a la actividad docente del PBI.

La pendiente de la recta de regresión indica que por cada sesión de PBI a la que se acude se objetiva un aumento en la puntuación de la escala EVEM sumativa al final del estudio. (limitación por muestra pequeña y formación previa en EM) ($Y=1,82+5,8X$).

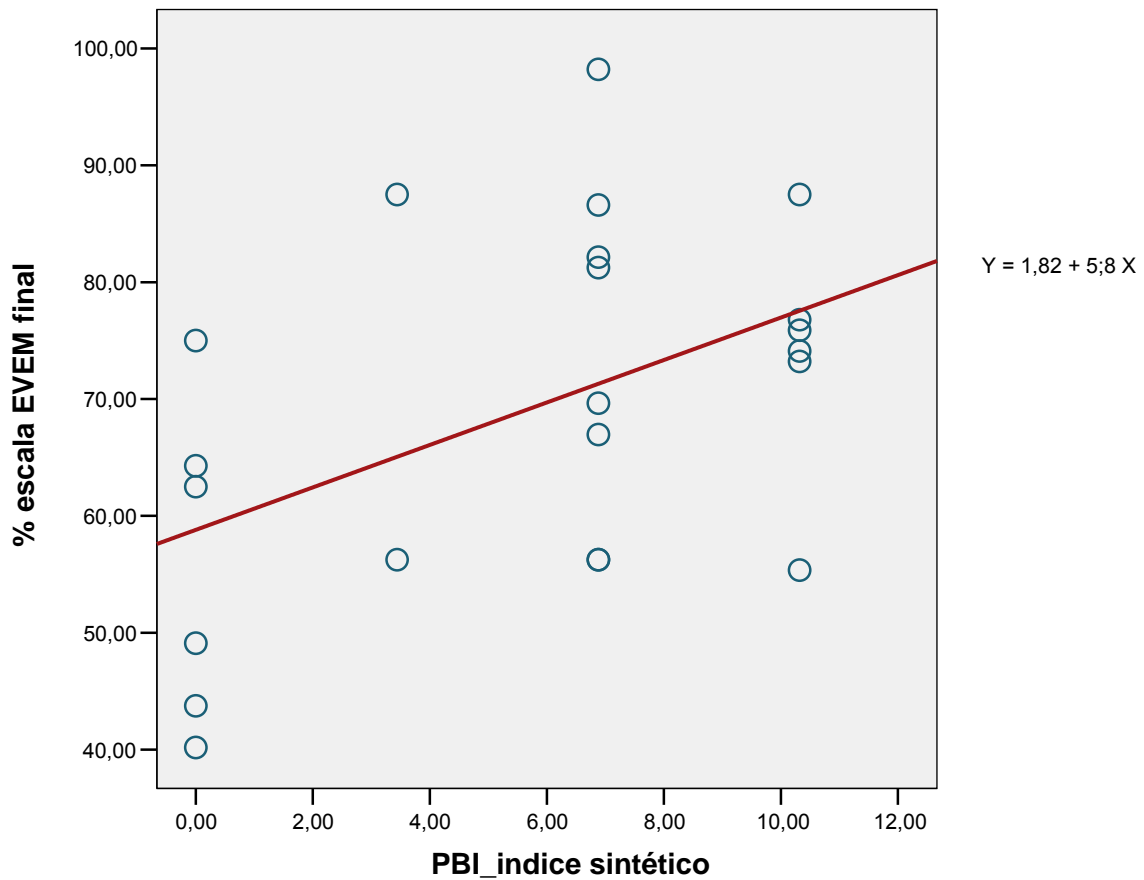


Figura 40. Relación entre escala EVEM final y la proporción del PBI dentro del Indicador Sintético

5.2.6 Otros resultados en relación a la adherencia al Programa Formativo

Se observa una correlación positiva entre el Nº de pacientes incluidos en el estudio Dislip-EM y el nivel del Indicador Sintético de adherencia de cada médico (Figura 41):

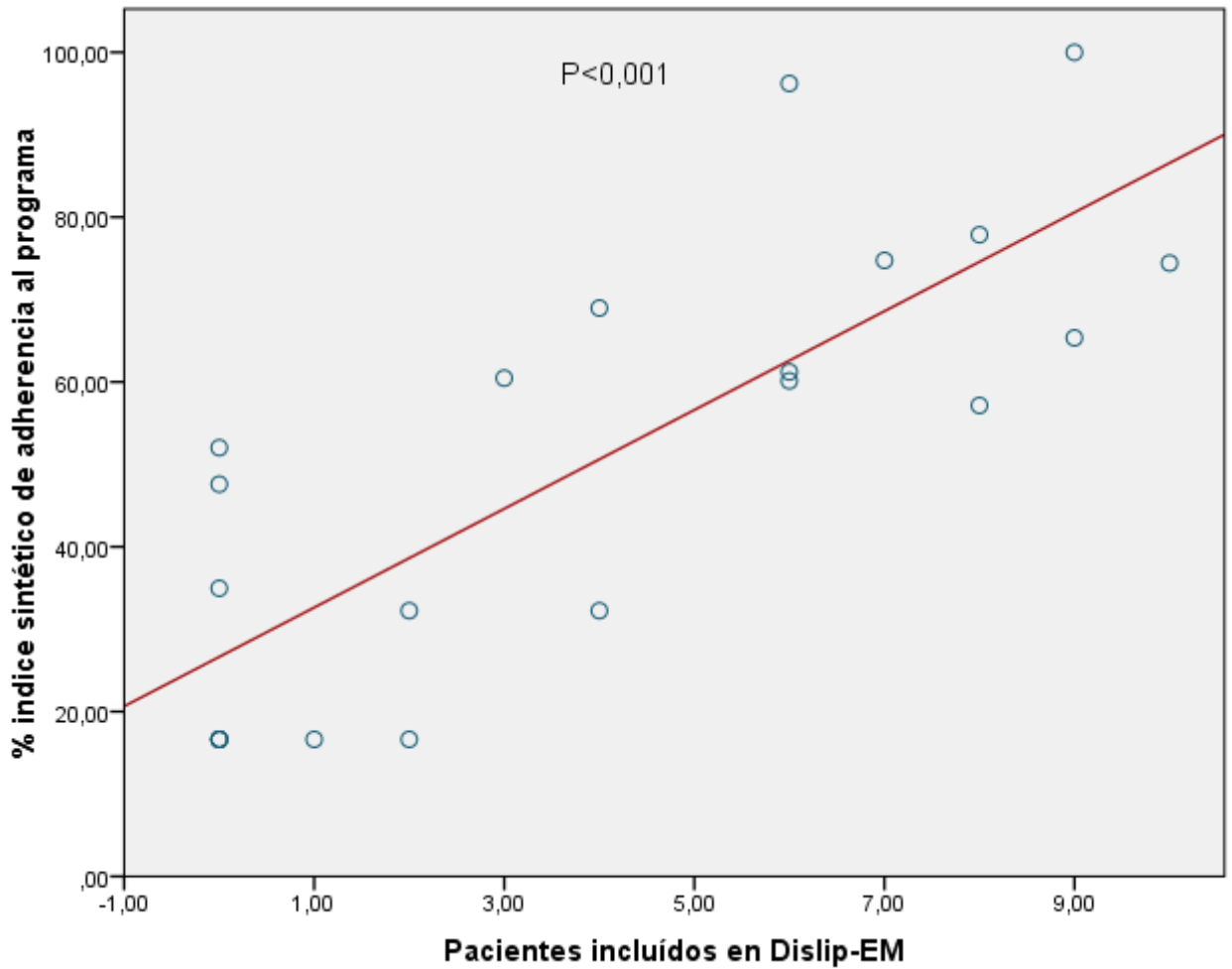


Figura 41. Pacientes incluidos en el estudio Dislip-EM y adherencia al Programa Formativo

Igualmente, existe una relación positiva entre el número de videograbaciones realizadas y el valor del Indicador Sintético (Figura 42):

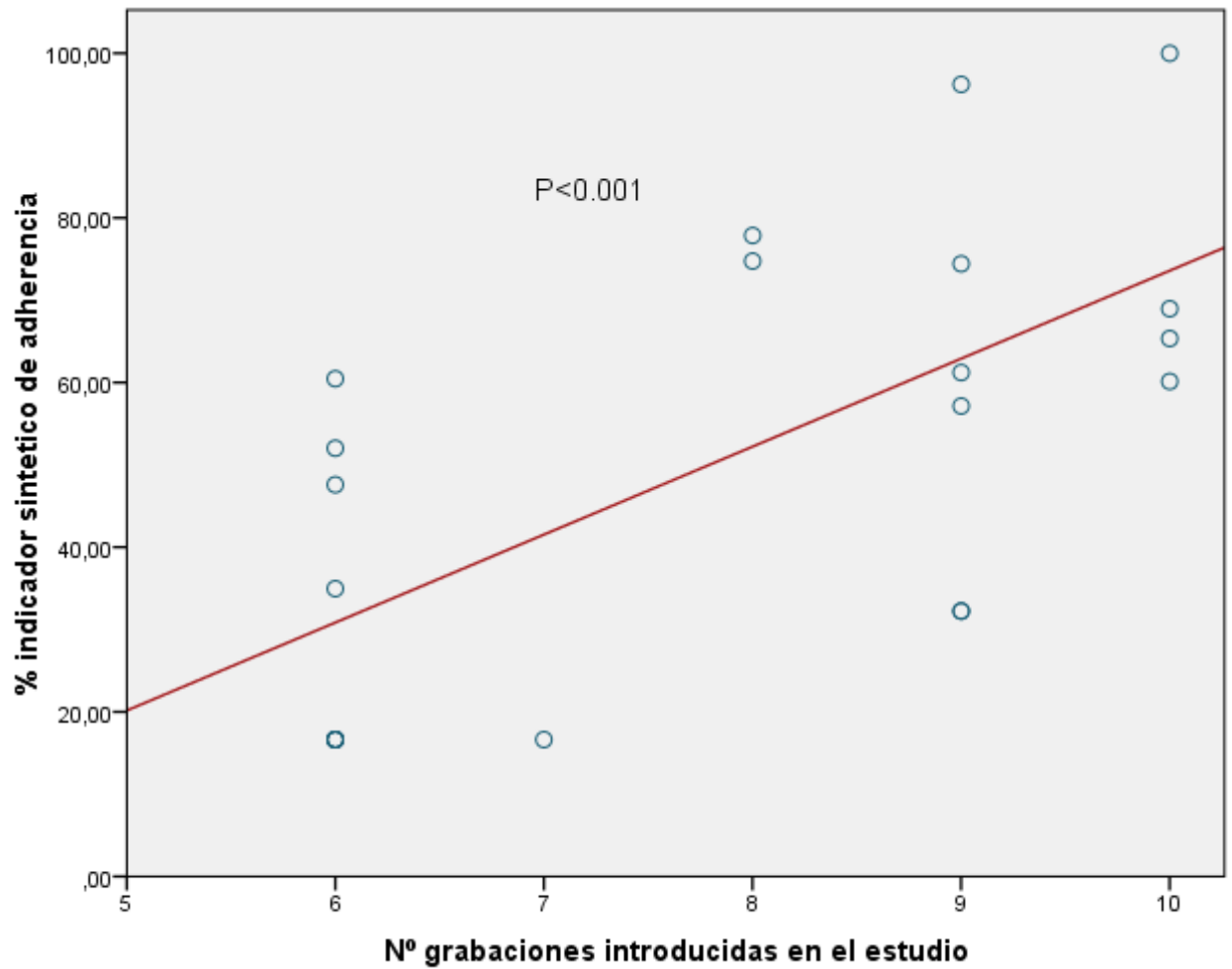


Figura 42. Videograbaciones introducidas en el estudio e Indicador Sintético de adherencia

También hay una relación entre el número de autoevaluaciones cumplimentadas (escala EVEM formativa) y el valor del Indicador Sintético (Figura 43):

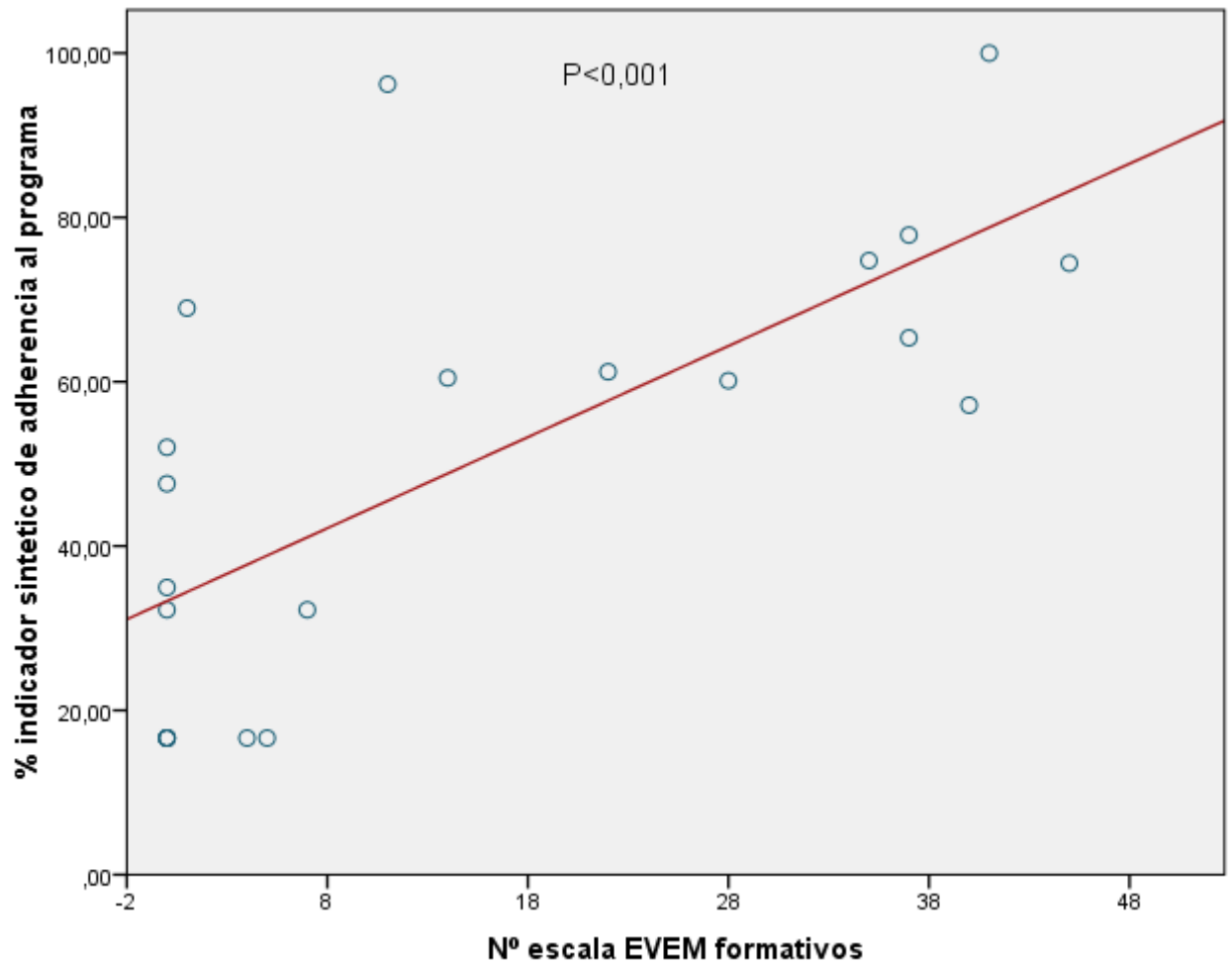


Figura 43. Nº de escalas EVEM formativas realizadas e Indicador Sintético

5.3 Análisis de la factibilidad

5.3.1 Indicador Sintético. Resultados de adherencia al Programa Formativo

Se analiza en este apartado la adherencia a las distintas herramientas (ya avalada su evidencia en el marco teórico¹⁵) por cada uno de los profesionales del GE.

La media del Indicador Sintético refleja el grado de adherencia al programa, siendo de 18,81 puntos (DS 10,15) (IC95% 14,3-23,31 puntos), que representa una adherencia media al programa del 50% (IC95% 37,9-62%).

Los valores individuales (identificados por el código numérico de investigador del GE) que se han obtenido son los siguientes:

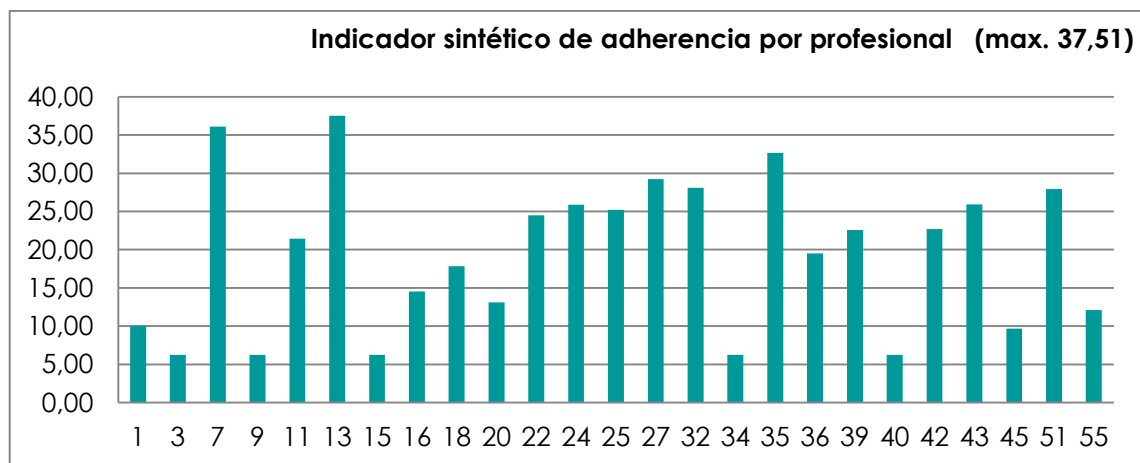


Figura 44. Resultado del Indicador Sintético de adherencia por profesional

5.3.2 Encuesta final de valoración y satisfacción con el Programa Formativo MOTIVA

Respondieron la encuesta los 25 médicos participantes en el Grupo Experimental. Las respuestas pueden consultarse en el ANEXO 9.3 En la Tabla 37 pueden verse las valoraciones medias de diversos ítems que se puntuaban en una escala de 0 a 10. Destacan las valoraciones globales de la formación y del proyecto (ambas por encima de 8), y la puntuación del ítem de recomendación de la formación a un compañero con un 8,92.

Ítem	Valoración media
¿Recomendarías a un compañero?	8,92 ± 1,19
Valoración global del proyecto	8,20 ± 1,26
Valoración global formación	8,12 ± 1,01
Motivación para seguir mejorando en EM	8,12 ± 1,33
Útil para la práctica profesional	7,64 ± 1,25
Mejora de la relación con el paciente	7,16 ± 1,52
Mejora del estilo motivacional	6,88 ± 1,27
Esfuerzo realizado en este proyecto	6,56 ± 2,42

Tabla 37. Valoraciones medias encuesta final GE

En cuanto a la valoración de las diferentes actividades del Programa Formativo por el GE (Muy útil = 4, Útil = 3, Poco útil = 1, Nada útil = 0), se obtienen las puntuaciones medias mostradas en el gráfico de la Figura 45, donde se han ordenado de más a menos valorada. Las cinco actividades con mejor puntuación (>3,5) son: el taller de EM, la autoevaluación de las entrevistas propias, la asistencia a las sesiones de PBI, la lectura del libro de Miller y el feedback por expertos. Todos los elementos, salvo el imán, obtienen una puntuación media igual o superior a 3.

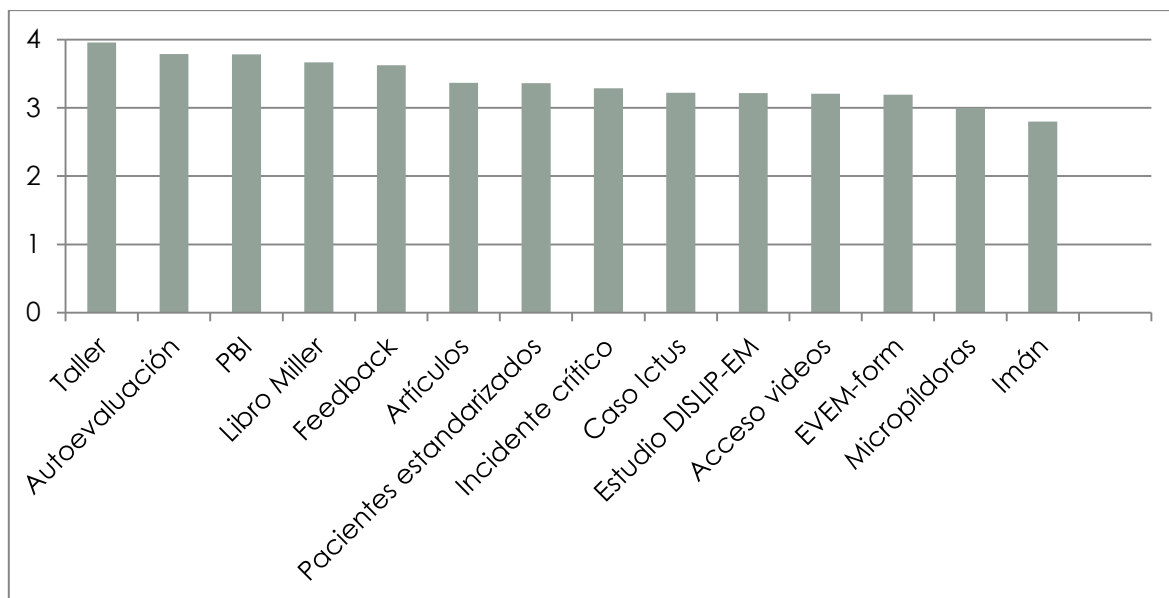


Figura 45. Valoración de los elementos del Programa Formativo MOTIVA en la encuesta final al GE

Preguntados sobre las tres herramientas de mayor utilidad del Programa Formativo, se obtuvieron los resultados representados en la Tabla 38.

Actividad formativa	% de profesionales que la consideran entre las tres más influyentes
Taller EM	88
PBI	64
Feedback personalizado	60
Pacientes estandarizados	36
Autoevaluación entrevistas	28
Libro EM	20
Micropíldoras	12
Imán	8
EVEM formativo	8
Artículos y reflexión posterior	8
Caso clínico	4
Incidente crítico	0

Tabla 38. Utilidad de las actividades formativas, evaluada por participantes en estudio

La encuesta final a los miembros del Grupo Control fue contestada por 21 participantes (n=26). Los resultados pueden consultarse en el ANEXO 9.4 . En la Tabla 39 se presentan las puntuaciones medias de diversos ítems que se puntuaban del 0 al 10, y que pueden compararse con sus

equivalentes en la encuesta realizada al GE. Aunque el GC no percibe el mismo nivel de mejora o de utilidad que el GE, el nivel de motivación para seguir mejorando en Entrevista Motivacional es incluso mayor que en el GE. La valoración global media del proyecto es de 7,81.

Ítem	Valoración media GC	Valoración media GE
Motivación para seguir mejorando en EM	8,33 ± 1,39	8,12 ± 1,33
Valoración global del proyecto	7,81 ± 0,93	8,20 ± 1,26
Útil para la práctica profesional	6 ± 2,37	7,64 ± 1,25
Mejora del estilo motivacional	5,67 ± 2,15	6,88 ± 1,27

Tabla 39. Valoraciones medias encuesta final GC, comparadas con GE

6 Discusión

Cuando la habilidad en la que nos centramos es la comunicación humana, nos sumergimos en un mar de complejidad tal, que las teorías y la experiencia se suceden y se intercalan, para reflexionar sobre el propio trabajo. Se forja ahí la humildad del que aprende y es consciente de sus lagunas, consciente de sus rutinas comunicativas que alejan a los pacientes de aquello que él más intenta.

El riesgo de no formarse es acumular experiencia ineficiente. Tener mucha experiencia no es sinónimo de ser un buen profesional sino de haber trabajado durante muchos años. Sin formación se corre el riesgo de ser uno mismo el referente de la buena praxis y pensar que la buena intención es ya suficiente en sí misma para generar una correcta habilidad.

La sucesión de entrenamiento-reflexión, ensayo-error y ensayo-acierto, trazan una ruta que debiera rodear permanentemente al médico durante todo el ejercicio de su vida profesional. La autorreflexión sobre el propio trabajo, es por ello fundamental, y puede adquirirse con formación. El estudio de la comunicación humana en el terreno profesional, forja una herramienta que dota a los médicos que la poseen, de una calidad muy valorada por sus pacientes pero no fácil de medir con la investigación científica.

Sin embargo, aún con el importante número de artículos sobre evidencias en EM, son todavía pocos los estudios, que revelan evidencias sobre la utilidad de los programas formativos para la incorporación de estas habilidades o competencias por parte de los profesionales en su práctica clínica.

6.1 Discusión de los métodos

La base de datos de este proyecto ha requerido de una minuciosidad muy elevada, ya que la información asociada a cada participante estaba compuesta por el enlace a la videoteca de hasta 10 vídeos con sus correspondientes ítems de valoración de las escalas EVEM, los datos de participación en las actividades formativas y los resultados de las encuestas a los participantes. El seguimiento de cada uno de estos apartados ha permitido extraer resultados coherentes en diferentes apartados. Además otra base de datos paralela dentro del mismo proyecto Dislip-EM con los resultados en salud de cada uno de los pacientes entrevistados por estos médicos de familia participantes, son motivo de la tesis doctoral que también ha elaborado mi co-doctoranda, Julia Bóveda y que va a permitir ligar conclusiones en breve sobre el impacto de la Entrevista Motivacional en pacientes con dislipemia.

El primer aspecto sobre la metodología es la discusión sobre la muestra empleada. Aceptaron participar 54 médicos de familia (GC=28, GE=26) y hubo 3 pérdidas por cambio de lugar de trabajo. Aunque inicialmente puede parecer una muestra reducida, es similar a la que aparece en los estudios de formación sobre comunicación asistencial y Entrevista Motivacional en Atención Primaria, existiendo en la bibliografía estudios muy referenciados con igual o menor tamaño muestral^{250, 158, 155, 159, 251}. Existen en la bibliografía otros estudios con mayor tamaño muestral^{156, 252-254}. Uno de los trabajos más similares al Proyecto Formativo MOTIVA, realizado por Miller (2004)²⁵⁵, presenta una muestra más amplia, con un brazo que incluye todas las actividades formativas, muy similar al que se presenta aquí, y que tiene una n=26, como la del estudio de esta tesis.

La unidad de medida de nuestro estudio es el médico y sus videograbaciones, y el análisis de la efectividad del Programa Formativo MOTIVA se realiza en base a las videograbaciones (VG). La muestra final de VG fue de 332, lo que supera a otros estudios que también trabajan con el mismo material (VG). Resaltar que sólo algunos estudios utilizan también la videograbación^{57, 66, 183, 255, 61, 65}, ya que la mayoría utilizan sólo audiograbación y ninguno de ellos alcanzó el número de videograbaciones analizadas en el presente estudio.

En la bibliografía sólo el estudio de Miller²⁵⁵ utiliza una metodología similar a la del Programa Formativo MOTIVA, en la que se utilizan VG con pacientes estandarizados y pacientes reales, es decir, que se analice la competencia comunicacional o motivacional en el tercer y cuarto escalón de Miller.

El Programa Formativo MOTIVA es un ensayo clínico aleatorizado y en el que la aleatorización fue cuidadosa, mezclando en una misma videoteca todos las VG y facilitando el trabajo de campo. Todas las VG fueron visualizadas para su evaluación por dos parejas de expertos (peer review) que desconocían si la entrevista pertenecía a participantes del GC o del GE, ni en qué fase del programa se desarrollaba (paciente estandarizado o real). Se ha cuidado de forma especial aquellos aspectos de la interpretación de los pacientes estandarizados que pudieran orientar que se tratase de fases iniciales o finales del proyecto. Tampoco en las VG de pacientes reales hubo ninguna numeración o imagen que permitiese identificar el orden de la entrevista.

A lo largo del desarrollo del PF MOTIVA, se objetivaron algunas pérdidas. Las pérdidas de participantes supusieron sólo 5%. En relación a las VG se obtuvo un número menor de las esperadas, especialmente en las VG con pacientes reales. Estas últimas, son más difíciles de llevar a cabo en la práctica asistencial por el dinamismo de la consulta, los problemas técnicos, incumplimiento de agenda por parte de los pacientes, etc. Las VG requieren de una mínima

habilidad tecnológica y de preparación de la consulta que no todos los médicos dominan. En cambio, las VG con paciente estandarizado son realizadas por un equipo y el médico sólo debe ocuparse de la entrevista con el paciente, sin tener que preocuparse de la tecnología. En el estudio de Miller ya citado, se han acumulado también pérdidas de mayor magnitud (Miller un 55% de pérdidas al año de seguimiento²⁵⁵).

Un estudio de estas características tan diferentes a los estudios clínicos farmacológicos, a los estudios de intervención clínica o epidemiológica, hace que los participantes tengan un perfil muy concreto. Algunos de los profesionales que han participado en este proyecto tienen una alta experiencia y cualificación en entrevista clínica y motivacional previas al estudio. El estudio de Miller, como referente, excluye a los participantes con más formación en Entrevista Motivacional²⁵⁵. El Programa Formativo MOTIVA ha incluido a todos los perfiles, independientemente de su formación y no se ha tenido en cuenta para la randomización, aunque sí para el análisis posterior.

Los participantes incluidos tienen una amplia trayectoria de experiencia clínica en Atención Primaria y a pesar de ello, el programa ha sido efectivo para generar aprendizaje.

Sorprende que al revisar la bibliografía se encuentra un incentivo económico para la participación en algunos estudios de este tipo en otros países, siendo la financiación institucional. En nuestro entorno los participantes fueron voluntarios y sin ningún incentivo económico y sí mucha motivación para aprender.

La distribución aleatoria de la muestra ha permitido la comparabilidad entre los dos grupos de estudio (GC y GE) asegurando la homogeneidad entre ambos, para las variables de edad, sexo, años de práctica asistencial y formación previa en entrevista clínica y motivacional. La implicación de los profesionales con respecto a la captación de pacientes es comparable (GC= 103 media 3,9 y GE= 106 con una media de 4,2), lo que sugiere que la motivación y la dedicación al proyecto es similar. El perfil motivacional al inicio del estudio, valorado con la escala EVEM sumativa no muestra diferencias entre el GC y el GE, lo que evidencia que son comparables.

6.2 Discusión de las herramientas de evaluación

Evaluar las habilidades en Entrevista Motivacional mediante videgrabaciones requiere de herramientas y escalas específicas que permitan medir el impacto del aprendizaje. En nuestro entorno de Atención Primaria, la escala EVEM¹⁸² representa la opción que más se ajusta al contexto y a lo que se quiere medir, que es el aprendizaje del estilo motivacional. Por otro lado,

se consideraba importante conocer la potencia para el aprendizaje aportada por las actividades que conforman el Programa Formativo MOTIVA. Otro aspecto imprescindible que se intuye en la literatura es el de incorporar la autorreflexión o autoevaluación^{14, 184-186}, por lo que se desarrolló un elemento que de forma reiterada hacía reflexionar a los participantes cada vez que visitaban a un paciente, la escala EVEM formativa. Finalmente, la opinión de los participantes recogida a través de una encuesta final sobre lo que habían aprendido, qué les había servido más y cómo consideraron el conjunto del Programa Formativo, aportó una visión global de la evaluación.

Aunque existen escalas validadas a nivel internacional como “Motivational Interviewing Skill Code (MISC)¹⁷⁵”, “Motivational Interviewing Treatment Integrity (MITI)¹⁷⁶” o “Coding Behaviour Change Counselling (BECCI)¹⁷⁷”, con más experiencias en los grupos de trabajo internacionales, ninguna de ellas está validada en nuestro entorno, por lo que se seleccionó la “Escala de Valoración de la Entrevista Motivacional (EVEM)¹⁸²” para la evaluación de este proyecto ya validada previamente. La escala EVEM tiene validez aparente, de consenso, y de contenido, y ha demostrado validez convergente con el BECCI. Ha demostrado ser muy homogénea y poseer una elevada consistencia interna.

En cuanto a la observación del perfil motivacional, la escala EVEM sumativa permite evaluar las VG de pacientes estandarizados y de pacientes reales. Siguiendo el esquema propuesto de la Pirámide de Miller sobre la adquisición y evaluación de competencias, se asume que cuando se utilizan pacientes estandarizados se evalúa el tercer escalón y cuando “se sube” al 4º la evaluación se sitúa en la práctica real. Por tanto, la escala EVEM sumativa es útil para evaluar el 3º y 4º escalón de Miller.

La autorreflexión es uno de los pilares de este Programa Formativo, como lo es en el aprendizaje de la Entrevista Motivacional. La escala EVEM formativa es una aportación de este proyecto para estimular dicha autorreflexión sobre la práctica clínica en el lugar de trabajo. Nace en espejo de la escala EVEM sumativa en su versión 1.2, precursora de la EVEM 1.4 con la que se ha evaluado este proyecto. Se diseñó un manual adaptado para usarse en consulta y potenciar la autorreflexión. Este manual, también basado en el de la escala sumativa, es algo más breve y contiene ejemplos prevalentes de la Atención Primaria. Un elemento de dificultad para la comparación de los resultados obtenidos con ambas escalas, ha sido que en la evolución del EVEM 1.2 hacia el EVEM 1.4, desaparecieron algunos ítems, otros cambiaron su definición (aunque no conceptualmente) y la ponderación de la escala pasó de 0-2 a 0-4. Como se ha explicado, los componentes motivacionales de ambos check list son iguales. La desaparición de 1 ítem y la diferente ponderación de los ítems, se trabajó estadísticamente para su comparación. (Sumativa = 15 ítems valores de 0 a 4; Formativa = 16 ítems valores de 0 a 2). El motivo de la no

evolución de la escala formativa fue debido a que al inicio del proyecto Dislip-EM ya se incluyó en los CRD de los participantes. Aunque al comparar las medias entre los resultados de las escalas EVEM sumativa y formativa no se encuentran diferencias, no podemos afirmar de forma concluyente que son comparables ya que una evalúa videograbaciones por expertos y la otra es una autorreflexión, recordando lo que uno ha hecho o cree haber hecho tras visitar a un paciente, respectivamente. La finalidad de la escala formativa es como su nombre indica, orientada a la formación y no a la evaluación entendida como puntuación. Así pues, la escala EVEM formativa es una herramienta de reflexión sobre el propio hacer en la práctica clínica, que respeta y potencia la filosofía del Programa Formativo MOTIVA.

La diversidad de actividades de este programa y los diferentes formatos así como la previsión de una adherencia variable, hacía necesario encontrar una forma de evaluar las actividades para conocer por un lado su impacto y por otro la viabilidad en el entorno de la Atención Primaria. El Indicador Sintético se diseñó como parte del Programa Formativo MOTIVA ya que no se encontró en la bibliografía ninguna herramienta de evaluación de programas formativos que se pudiera aplicar. El interés no era evaluar numéricamente a los participantes, sino conocer la influencia del programa en el proceso de aprendizaje y se buscaba el grado de impacto en base a la adherencia al programa. Dentro del contexto de este estudio era previsible que no todos los participantes realizasen el 100% de las actividades, por la dificultad de combinar el trabajo asistencial con un estudio de estas características, prolongado en el tiempo y con muchas actividades formativas propuestas.

Fue necesaria la opinión de los expertos y su experiencia en cada actividad formativa para construir este indicador. Tanto el diseño, como las personas que se prestaron a responder la encuesta, expertos docentes en comunicación, le da una “Face Validity” elevada. El valor del Indicador Sintético es algo dinámico, y puede variar en función de qué expertos opinen.

El valor que el Indicador Sintético otorga a las herramientas ha dado más importancia a tres de ellas, que coinciden con la opinión que los participantes han dado en la encuesta final al responder a la pregunta: “Diga qué tres herramientas piensa que le han ayudado más en el aprendizaje de la Entrevista Motivacional.” Estas tres herramientas coincidentes son: el taller de la Entrevista Motivacional, el feedback y las visualizaciones con metodología PBI. La intuición que animó al diseño laborioso de este indicador, se ha traducido en una relación positiva entre la puntuación de la escala EVEM sumativa al final del Programa Formativo MOTIVA, con el valor de dicho indicador. Lo que los expertos pensaron que era mejor para el aprendizaje, lo han confirmado los participantes tras haberlo experimentado. Además, en nuestro estudio se observa que el Indicador Sintético se correlaciona con la puntuación de la escala EVEM formativa final, y

se asocia con el número de videograbaciones incorporadas al estudio y el número de escalas EVEM formativas realizadas. La adherencia e implicación al programa se asocia a un aumento en la escala EVEM al final del estudio.

Cabe señalar que ya en el punto de corte fijado en el 50% de la adherencia al Programa Formativo, existe un impacto significativo en la capacidad para aumentar el perfil motivacional de los profesionales y mantenerlo en el tiempo. Sorprende que a pesar de una adherencia menor a la esperada se observe un impacto sobre el estilo motivacional de los médicos participantes.

No hay una correlación entre el Indicador Sintético y la escala EVEM sumativa al inicio del estudio, pero sí con la escala al final del estudio, lo que significa que un perfil de competencia inicial en Entrevista Motivacional al inicio más alto, no equivale a una mayor adherencia. El impacto del Programa Formativo MOTIVA es mayor en aquellos que no tenían conocimientos previos en EM y se correlaciona con una mayor implicación en las actividades formativas a realizar.

En relación a la adherencia a las diferentes actividades hay que puntualizar que, aunque es muy elevada para el taller de EM, fue la primera actividad del Programa por lo que su asistencia fue mayoritaria. Igualmente los pacientes estandarizados iniciales fueron realizados por el 99% de los participantes. Las actividades presenciales parecen tener más adherencia (taller EM, PBI), así como las actividades online que consumen poco tiempo (micropíldoras). Llama la atención la baja adherencia que ha existido a una técnica de aprendizaje muy valorada como es el incidente crítico, probablemente por su todavía pobre difusión en nuestro medio y por el esfuerzo extra de tiempo que supone.

En un Programa Formativo largo y con actividades muy variadas, inmerso en el contexto laboral, preocupa la factibilidad de su desarrollo. La viabilidad en el contexto de la Atención Primaria se fue demostrando a medida que avanzaba el Programa y se conseguía la participación de todos los médicos sin diferencias por la dispersión geográfica. La encuesta de valoración final refleja esta factibilidad del Programa. Las nuevas tecnologías han sido un elemento clave en la facilitación del desarrollo de las diferentes actividades^{6, 191}, destacando el trabajo del equipo coordinador, así como algunas aportaciones novedosas como han sido el entrenamiento de los pacientes estandarizados por Skype¹⁹⁶.

Unido al concepto de viabilidad va el concepto de satisfacción por haber participado en este Programa Formativo. La satisfacción con el aprendizaje probablemente facilita el desarrollo y viabilidad del programa. El grado de satisfacción y otras variables cualitativas se han objetivado a partir de la encuesta final, que ha sido contestada por el 100% de los participantes del Grupo Experimental. La encuesta fue valorada online después de entrevistarse con los pacientes

estandarizados el último día del Programa Formativo MOTIVA. Destaca la satisfacción con la participación global, la percepción de la utilidad de la mayoría de las herramientas empleadas, destacando el taller, el feedback y el PBI. Curiosamente, un 64% considera bastante o muy útil leer el libro de *La Entrevista Motivacional*, tal vez por la estrategia de regalarlo tras la realización del taller, con comentarios como “he disfrutado con su lectura”, “lo tengo como libro de referencia”. En referencia a la visualización de entrevistas propias^{51, 63, 72} más del 75% opinan que son bastante o muy útiles, y nadie que lo haya experimentado lo considera poco o nada útil. Todos los participantes coinciden en haber mejorado su estilo motivacional, sus habilidades y la relación médico-paciente, la mayoría de forma notable. Algunos métodos docentes novedosos, como la utilización de las micropíldoras^{6, 40-42} online, o los mensajes sms telefónicos^{43, 44} no tienen apenas referencias en el campo de la educación médica, y por la inexperiencia de uso adquieren poco valor en el Indicador Sintético, sin embargo han sido muy bien valoradas por los participantes, con comentarios del tipo “son llamadas de atención que te hacen retomar algún tema”, “incita a la reflexión”, “útiles para refrescar el espíritu de la EM”, “hacen saltar la chispa”. La valoración global es de “muy satisfactoria” y todos recomendarían este Programa Formativo a un compañero.

6.3 Adecuación de las actividades del Programa Formativo MOTIVA: Un programa de aprendizaje en Entrevista Motivacional

El diseño del programa se ha basado en las siguientes características: contenidos teóricos de la Entrevista Motivacional, autorreflexión sobre la práctica clínica, feedback docente, entrenamiento de habilidades comunicativas, participación muy activa, trabajo presencial y online, trabajo individual y de equipo, todo ello con un desarrollo multicéntrico simultáneo.

El Programa Formativo MOTIVA ha integrado las actividades con más evidencia en el impacto del aprendizaje en la bibliografía internacional. Así, se ha huido de actividades como las charlas magistrales²²⁻²⁴ por tener menos impacto en habilidades y se ha optado por herramientas más interactivas y útiles como son talleres²⁷, que integran role-play^{29, 31-35}, feedback docente individual⁵³⁻⁵⁵ y grupal con visualizaciones mediante metodología PBI⁷⁰, pacientes estandarizados^{34, 74, 77, 79, 80}, incidentes críticos³⁹, recordatorios de conceptos relevantes con el imán y las micropíldoras formativas⁴⁰⁻⁴², estudio de un caso clínico^{36, 37} y lectura crítica del libro nuclear del modelo de Entrevista Motivacional¹¹³ y de otros artículos de interés.

El taller de Entrevista Motivacional ha sido la actividad más relevante dentro del programa y una de las mejor valoradas por los participantes. Su diseño responde a las características que los

expertos en EM definen para la formación en este campo, ajustándose a las 8 etapas del aprendizaje de la EM propuestas por Miller y Moyers¹⁵² y su estilo fue cuidadosamente acorde con la filosofía de la Entrevista Motivacional. Algunos estudios que incluyen sólo un taller, han encontrado un incremento del perfil motivacional pero no realizan seguimiento a largo plazo²⁵⁵.

Cabe destacar aquí, un comentario sobre el estilo docente, ya que el aprendizaje no está influenciado sólo por los contenidos sino por la forma en la que se transmiten. El ambiente participativo de los asistentes potenció el desarrollo de habilidades comunicativas y la aportación de experiencias clínicas.

El estilo docente dio pie a que cada médico participante, valorase el estilo propio de entrevista clínica y aceptara el proceso de “desaprender” cuando era necesario, para asimilar y dejar paso a un estilo motivacional más puro. El docente se mantuvo abierto a las discrepancias intentando no resolverlas, devolverlas al público para su reflexión, y facilitó ejemplos que ayudaban a resolver las cuestiones planteadas. Cabe destacar el ambiente de “humildad” que es necesario crear en los contextos de aprendizaje participativo. Sin este clima que permita dar la opinión, probar, intentar y “equivocarse”, es difícil aprender e interiorizar nuevas opciones. La metodología fue en todo momento centrada en el discente (rememorando la comunicación centrada en el paciente) y orientada al descubrimiento individual vs recetas mágicas que explican “lo que hay que hacer”. El espíritu motivacional debe evocar, tanto en la consulta médica como en los entornos docentes, las respuestas que están en cada uno de los protagonistas que participan en la escena.

El respeto, la escucha activa y reflexiva, la humildad docente entendida como *no estar en posesión de la verdad*, han sido componentes muy importantes de este taller, que no se pueden evaluar de forma separada. La organización del taller dentro de la semana laboral (2 días consecutivos), sin permisos extras ni remuneración, requirió un esfuerzo importante por parte de los participantes y del grupo coordinador.

Las sesiones de visualización grupal de VG con metodología PBI, coloquialmente conocidas como “el PBI^{51, 68-70, 72}”, se incluyeron en el Programa Formativo MOTIVA por la experiencia personal del grupo coordinador. Desde hace más de 20 años, el Grupo Programa Comunicación y Salud organiza estas sesiones para compartir el conocimiento y experiencias de la comunicación médico-paciente y se tiene percepción unánime de que su formato genera un gran aprendizaje: El análisis de videgrabaciones de “tus propios pacientes” junto con “el feedback de los compañeros y de un experto”. Por tanto, aunque no existe mucha bibliografía de la metodología PBI, se ha decidido su inclusión porque sus dos componentes, el feedback y las VG sí están avaladas a nivel

internacional (feedback y videograbaciones). A pesar de la complejidad de organizar estos encuentros dentro del Programa Formativo, así se decidió. Otra vez, el estilo docente en la conducción de la sesión es fundamental para generar aprendizaje. Se ha de tener presente que la visualización por otros del propio trabajo asistencial, es un material que debe tratarse con mucha sensibilidad. Destacan aquí las siguientes herramientas docentes: comentarios positivos, frases empáticas, afirmaciones, opción de trazar un plan de acción de mejora de la propia entrevista, estimular el sentimiento de autoeficacia, etc.

Como ya se ha comentado, el PBI ha sido bien valorado por los expertos y por los participantes.

6.4 Sobre resultados

El propósito de la evaluación del Programa Formativo MOTIVA va acorde con el contexto de la Educación Médica, es decir, determinar el nivel de habilidades o de conocimientos, medir la adquisición de habilidades a lo largo del programa y motivar para seguir aprendiendo.

La eficacia del programa se ha analizado teniendo en cuenta las vertientes de los dos últimos escalones de la Pirámide de Miller (3º y 4º escalón)^{78, 163} y para su evaluación (*assessment*)¹⁶⁵ se ha realizado una evaluación sumativa y una formativa. La evaluación sumativa determina si el participante ha alcanzado los objetivos específicos del programa (adquisición de habilidades en EM), y la evaluación formativa permite dar a conocer al profesional las habilidades adquiridas.

Se incorpora también la evaluación basada en la actuación (*performance based assessment*), que requiere que los alumnos participen en actividades clínicas específicas. Permite la evaluación de la capacidad para realizar tareas clínicas, y no simplemente la repetición de los conocimientos aprendidos.

6.4.1 Eficacia del Programa Formativo según el tercer escalón de la Pirámide de Miller

Dentro de la Pirámide de Miller^{78, 163} se encuentra el conocimiento en la base y la práctica en los dos escalones superiores. Los estudios que incorporan la práctica asistencial en un entorno de encuentros clínicos reales, el 4º escalón, precisan de una gran complejidad organizativa, lo que condiciona que la mayoría de los estudios se desarrollen en el tercer escalón donde se sitúa la demostración de habilidades clínicas en entornos simulados (simulaciones de entornos o pacientes simulados^{73, 77}).

El Programa Formativo MOTIVA y su evaluación se mueven entre estos dos escalones.

El perfil motivacional se evalúa en el contexto del tercer escalón (pacientes estandarizados) al inicio y al final del programa, así como inmediatamente después de impartir el taller de EM. Entre el taller de EM y el final del proyecto, el aprendizaje se desarrolla en el entorno asistencial habitual de los médicos de familia, combinando las actividades formativas del programa con el trabajo asistencial. Es el entorno en el que se realiza la evaluación que corresponde al cuarto escalón de la pirámide, los encuentros clínicos con pacientes reales en condiciones clínicas habituales. El esfuerzo de grabarse con los propios pacientes y entregarlo a expertos para que lo evalúen, demuestra un interés genuino por aprender. Muchos profesionales citaban a estos pacientes fuera de su horario laboral para hacerlo en condiciones óptimas.

El perfil motivacional de los participantes, al inicio del estudio, así como la formación previa en Entrevista Motivacional no presenta diferencias entre los dos grupos (GC y GE). Esta evaluación inicial de competencias (*baseline*) está presente también en muchos estudios de intervención para la enseñanza de la Entrevista Motivacional^{155, 159, 250, 252, 255}.

En la fase 2 del proyecto, se inicia el Programa Formativo MOTIVA, y se imparte el taller de EM por un experto. Finalizado el taller se realiza una nueva edición de encuentros clínicos con PE, con la valoración de la adquisición de habilidades mediante las VG de dichos encuentros, y valoradas por el grupo de expertos mediante la escala EVEM 1.4. Se identifica un incremento del valor de la escala EVEM sumativa que refleja la adquisición de habilidades en EM, a pesar del poco tiempo transcurrido entre el pre y el post-taller (4-6 semanas). Estos resultados son congruentes con los de otros estudios similares^{153, 155}.

Finalizado el Programa Formativo MOTIVA, tras haber concluido todas las tareas formativas, y después de 12 meses de seguimiento (algunos médicos alargaron 18 meses por haber incluido algún paciente más tarde), se evalúa de nuevo el perfil en Entrevista Motivacional de todos los participantes, GE y GC, con pacientes estandarizados. Los resultados, como ya se ha comentado, confirman que el incremento alcanzado tras el taller se mantiene a lo largo de todo el estudio comparado con el GC, confirmando la hipótesis a largo plazo. Por todo ello, se concluye que la intervención multifacética realizada durante los meses posteriores al taller de EM consigue mantener la mejora en el perfil motivacional que genera dicho taller, frente a los resultados de estudios como el de Baer¹⁵⁵, donde se aprecia una pérdida de habilidades dos meses después de realizado el taller.

En el análisis pormenorizado de cada uno de los ítems se identifica un incremento significativo de todos y cada uno de los ítems entre el inicio y el final del estudio en el GE. Destacan especialmente la mejora en empatía (ítem 1), facilitar posicionamiento (ítem 2), trabajo

concordante con el posicionamiento (ítem 3), preguntas abiertas (ítem 4), validar al paciente (ítem 7), acordar objetivos (ítem 8), plan de acción (ítem 9) y manejo de la discordia (ítem 10). Estos hallazgos muestran un incremento muy significativo en aspectos que evalúan habilidades y tareas necesarias para el modelo. Los cuatro últimos ítems relacionados con el espíritu motivacional (evocación, colaboración, autonomía y compasión) también presentan mejoras muy significativas. Aunque el GC no ha tenido mejora en el perfil global, sí lo tuvo en los ítems de facilitar posicionamiento (ítem 2), valida al paciente (ítem 7) y colaboración (ítem 13), que corresponden con una habilidad, una tarea y una característica del espíritu motivacional. Sin embargo, aún con incremento, las medias en estos 3 ítems son muy inferiores en el incremento comparando los mismos ítems con el GE y con menos significación estadística.

El Programa Formativo MOTIVA evaluado al inicio, durante y al final con pacientes estandarizados y pacientes reales demuestra su eficacia en la mejora del perfil de Entrevista Motivacional de los médicos de Atención Primaria, lo que descarta la hipótesis nula de partida de este proyecto.

6.4.2 Eficacia del Programa Formativo según el cuarto escalón de la Pirámide de Miller

El Programa Formativo MOTIVA incorpora la evaluación en el 4º escalón de la Pirámide de Miller, mediante la valoración de la escala EVEM sumativa en las videograbaciones con pacientes reales, en encuentros clínicos de las consultas de Atención Primaria y en condiciones clínicas habituales.

La valoración de los encuentros reales demuestra diferencias entre ambos grupos y una tendencia mantenida durante 18 meses (GC y GE). En las videograbaciones de los pacientes reales del GE se objetiva que las habilidades adquiridas durante el taller de EM se llevan a la práctica clínica diaria, mientras el GC utiliza sus habilidades rutinarias.

En esta fase se incorpora la evaluación basada en la actuación (performance based assessment), que requiere que los alumnos participen en actividades clínicas específicas. Permite la evaluación de la capacidad para realizar tareas clínicas, y no simplemente la evaluación de los conocimientos aprendidos.

En los encuentros clínicos con videograbaciones de pacientes reales, la escala EVEM formativa en comparación con la escala EVEM sumativa presentó valores similares, lo que nos sugiere que la escala EVEM formativa incrementa la práctica reflexiva entre los profesionales⁴⁸.

La escala EVEM sumativa se empleó para la evaluación de las videograbaciones de encuentros clínicos con pacientes reales a cargo de los expertos en Entrevista Motivacional. La escala EVEM

formativa fue autocumplimentada por los participantes después de un encuentro clínico en consulta evocando las habilidades utilizadas.

La duración prevista del programa era de 12 meses, pero la inclusión de pacientes fue lenta, por goteo, lo que provocó un retraso del cierre del estudio. Los pacientes estandarizados finales se grabaron tras 18 meses del inicio de la inclusión de los primeros pacientes, aunque las actividades programadas duraron 12 meses. A pesar del tiempo de seguimiento, la satisfacción fue muy elevada. Todos los participantes tienen la sensación de haber mejorado la relación con sus pacientes y de haber incorporado nuevas habilidades de Entrevista Motivacional a su estilo comunicativo. El 100% recomendaría este programa a sus compañeros.

La relación entre el equipo coordinador y los participantes ha sido muy fluida y así lo valoran en la encuesta final. Desde la coordinación hemos cuidado la calidad y frecuencia de los mensajes para mantener un punto óptimo de tensión, que no agobiara a los profesionales por un lado, y por otro, que no los dejara inactivos.

Aunque no es un objetivo la evaluación del Programa según el modelo de Kirkpatrick¹⁶⁶⁻¹⁶⁸, ni tenemos experiencia contrastada, podemos decir que en apariencia se cumplen sus cuatro niveles: satisfacción con el curso, evaluación de la competencia de aprendizaje, con cambios de práctica clínica y evaluación del impacto.

No podemos abordar la vertiente de la eficiencia porque no se ha estudiado en este proyecto, pero al no necesitar materiales específicos, podemos concluir que es fácilmente reproducible a bajo coste. Los pacientes estandarizados no forman parte del diseño del programa, sino de su evaluación, por lo que no deben contabilizarse como coste de formación. Por otra parte, el Programa Formativo MOTIVA ofrece a los médicos una herramienta muy útil en muchas patologías prevalentes en Atención Primaria relacionadas con los hábitos de vida no saludables, permitiendo alternativas al tratamiento meramente farmacológico y estimulando a los pacientes en el autocuidado, factores todos ellos que aumentan la eficiencia¹⁶⁷.

Para concluir esta discusión, podemos afirmar que el Programa Formativo MOTIVA diseñado y evaluado en este proyecto, tiene gran aplicabilidad en el entorno profesional en el que se ha desarrollado, porque ha demostrado factibilidad, porque los médicos han expresado su satisfacción al concluirlo y porque ha mostrado impacto en el perfil del estilo comunicativo en Entrevista Motivacional de los médicos.

6.4.3 Limitaciones

- El tamaño muestral utilizado es suficiente para demostrar impacto, aunque una muestra más amplia aumentaría la potencia del estudio y probablemente habría permitido extraer más conclusiones en distintos aspectos del estudio.
- Variabilidad individual de los participantes en la adherencia a las actividades. Esto puede justificarse por el elevado esfuerzo exigido a los participantes del GE, ya que suponía un elevado número de tareas a realizar, un seguimiento largo en el tiempo que debía compatibilizarse con las dificultades inherentes de la práctica clínica diaria en la Atención Primaria.
- Dispersión geográfica, tanto del equipo coordinador del estudio como de los participantes. Para paliar este hándicap, las nuevas tecnologías han sido de gran ayuda.
- La producción de las videograbaciones (VG) no ha sido tarea fácil en algunas ocasiones, ya que acarrea problemas técnicos (audio, posición de la cámara, nitidez de la imagen, etc.) y supone a veces una dificultad para llevarlas a término durante la jornada laboral del médico de familia (MF).
- El Programa Formativo MOTIVA no evalúa la aplicabilidad en otros contextos y especialidades.

6.4.4 Fortalezas

- El Programa Formativo MOTIVA es un programa eficaz y efectivo para mejorar las habilidades de los MF en Entrevista Motivacional.
- Incorpora actividades reconocidas a nivel internacional.
- Mejora la práctica diaria, ya que la Entrevista Motivacional es una herramienta muy útil en la Atención Primaria, siendo los pacientes los directamente beneficiados por la mejora de la comunicación asistencial con su médico.
- Aportan nuevas evidencias en herramientas de evaluación de la comunicación.
- Es un Programa Formativo repetible cuya viabilidad ha sido demostrada.
- Profundiza sobre el uso de actividades formativas individuales y secuenciadas.
- Ofrece un diseño complejo, colaborativo y multicéntrico, pero a pesar de ello factible. Esto ha sido gracias, en parte, a las nuevas tecnologías utilizadas y bien conocidas por parte del equipo investigador, que favorecen la disminución de costes, mejoran la gestión del tiempo y aumentan la accesibilidad: videoteca, videoconferencia (Skype, Hangout), plataforma virtual (Second Life).

- Favorece el trabajo en equipo y estimula la crítica constructiva entre compañeros a través de las actividades presenciales e interactivas.
- Es un programa creativo que asume el diseño de nuevos materiales y métodos de enseñanza: ej: autoevaluación sistemática o el diseño de micropíldoras.
- Generación de encuestas online y explotación de resultados con herramientas de Google.
- Buena coordinación en el equipo organizador que ha facilitado el trabajo creativo y la innovación tecnológica.
- Genera un alto grado de satisfacción en los participantes.

6.5 Plan de mejora

Analizadas las limitaciones y fortalezas del estudio, y como esfuerzo de autocrítica que pueda ser útil en posteriores investigaciones propias o de otros investigadores en el campo de la enseñanza y el aprendizaje de la comunicación o la Entrevista Motivacional, se presentan aquí algunos aspectos que a juicio de los investigadores podrían mejorar el diseño y desarrollo de un proyecto de estas características:

- Potenciar la significación estadística pasa por aumentar el tamaño muestral, como ya se ha comentado. Aunque en este caso haya sido suficiente para demostrar la hipótesis, tener un tamaño muestral más alto habría permitido extraer conclusiones nuevas y analizar otros elementos como la correlación por ítems, etc. Como ya se ha visto, esto no es fácil en estudios de este tipo y las referencias internacionales de investigaciones similares tienen en su mayoría menores tamaños muestrales. Sería posible incrementar la muestra ofertando el programa a profesionales con una especial necesidad formativa como estudiantes de posgrado u otros colectivos, como por ejemplo enfermería.
- Mantener el seguimiento del estudio a más largo plazo, para comprobar la estabilidad de las habilidades comunicativas adquiridas.
- Realizar un seguimiento más personalizado de los profesionales, utilizando las nuevas tecnologías y asignando grupos a tutores expertos, facilitando el aprendizaje a modo de coaching.
- Mejorar la participación con un compromiso verbal o escrito de realizar las actividades formativas por parte de todos los participantes, como criterio de inclusión en el programa. Es cierto que podría disminuir la incorporación de profesionales por el aumento del nivel de

exigencia, y más en una población con adscripción voluntaria, pero ya se ha demostrado que el programa es atractivo y eficaz lo que podría aumentar la motivación.

- Hacer más atractivas, con un mejor diseño, desarrollo y seguimiento, las herramientas menos utilizadas, para aumentar la motivación de los participantes. El Programa Formativo MOTIVA en su conjunto ha demostrado efectividad para el aprendizaje de Entrevista Motivacional. Uno de los elementos que probablemente ha influido más es, aparte del taller que incrementa de forma muy relevante el perfil motivacional, el "gota a gota" realizado por el resto de actividades que han sido capaces de mantener el impacto inicialmente conseguido. No obstante, existen algunas actividades formativas que han tenido escaso seguimiento (casos clínicos, incidente crítico).
- Establecer desde el inicio una organización basada en roles y funciones de cada investigador del equipo de coordinación, probablemente habría hecho más eficientes los esfuerzos. El equipo de investigación, a la vista de los resultados, ha sido capaz de llevar adelante un proyecto complejo y con seguimiento largo, pero siempre hay aspectos organizativos con margen de mejora.
- Formar a los investigadores en la tecnología para realizar videograbaciones y estandarizar los procedimientos, incluso a modo de checklist, puede ayudar de forma importante. Las videograbaciones tienen una dificultad técnica en la investigación de la comunicación asistencial que no todo el mundo domina. Elementos como la posición de la cámara, calidad del sonido, tarjetas de memoria, batería suficiente, material necesario (trípodes, alargadoras...) o grabar y editar correctamente los vídeos, con su numeración correcta y con copias de seguridad, pueden hacer que una entrevista con un paciente real o estandarizado se pierda (y ya se ha descrito la importancia de minimizar las pérdidas en este tipo de estudios).
- Por otro lado, podría ser muy útil generar un manual de procedimientos más detallado que ayude a los participantes a llevar a cabo las actividades formativas, especialmente las más complejas. De hecho se ha utilizado ya en este estudio algún procedimiento, como el realizado en el incidente crítico, incorporando plantillas de reflexión e instrucciones por correo.
- Otro elemento que ha dificultado realizar análisis más detallados ha sido la variabilidad individual en aspectos relacionados con las herramientas formativas y evaluativas. En el primer caso, aunque las actividades formativas se enviaban simultáneamente, su realización por el profesional ha variado en el tiempo. Por otro lado, la captación de pacientes, y por tanto las VG reales, también han variado. Por ello, no ha sido posible correlacionar cada

intervención formativa o grupo de ellas, con una determinada VG de paciente real igual para todos. Implementar algún esquema más detallado que incorpore de forma temporal las distintas herramientas formativas con cada una de las evaluaciones como se hizo con los PE, podría haber ayudado en este estudio a concretar la utilidad en el aprendizaje de cada herramienta formativa de forma individual. Es decir, relacionar la distancia en tiempo de la realización de cada una de las actividades con la VG realizada a un paciente para poder estudiar qué herramientas tienen más impacto en la práctica asistencial.

- La elaboración de una plataforma Moodle con los materiales docentes, cronograma y actividades a realizar ayudaría en el seguimiento del Programa Formativo.

7 Líneas futuras

Este proyecto ha servido para profundizar en la docencia y el aprendizaje de la Entrevista Motivacional, abriéndose nuevas incógnitas que podrían generar nuevas líneas de investigación.

Se apuntan 5 posibles proyectos que complementen los hallazgos del Proyecto y el Programa Formativo MOTIVA:

1. Nuevos contextos donde probar el Programa Formativo MOTIVA. Este estudio permite inferir conclusiones en torno al aprendizaje conseguido por el Programa Formativo en el Médico de Familia y el contexto de Atención Primaria. Como ya se ha sugerido, el estudio se ha realizado con grandes cargas de trabajo de los participantes, lo que en algún momento ha podido dificultar o alterar la capacidad de implementación del programa y sus resultados, aun cuando el Programa ha podido demostrar su influencia final en el aprendizaje. Sin embargo, estos resultados positivos no pueden ser extrapolados a otros entornos asistenciales. El uso de este Programa Formativo en otros contextos sanitarios podría mejorar los datos que avalen la efectividad del mismo (Ej.: Residentes de diferentes especialidades, enfermería, otros especialistas hospitalarios, etc.)
2. Evidencias de impacto de las nuevas actividades formativas. Existen múltiples evidencias sobre la eficacia de los diferentes tipos de actividades para generar aprendizaje, y en este proyecto se confirman muchas de ellas, pero es necesario seguir profundizando para aportar a las estructuras docentes datos que dejen claro qué actividades formativas tienen más capacidad para incorporar nuevas habilidades en la práctica clínica. Es especialmente útil avanzar en nuevos formatos docentes, como el PBI, avalado por sus componentes (videgrabaciones y feedback), y como se ha visto, bien valorado por los expertos consultados y por los profesionales, que la consideran de las más importantes. Sin embargo, hay que reconocer que presenta peculiaridades, como son el manejo de la confidencialidad o el miedo a la crítica, el feedback grupal, etc. que requieren obtener más datos en investigación que permitan su comparación con otras herramientas formativas y la generación de evidencia en el impacto sobre el aprendizaje de habilidades comunicacionales, motivacionales o de cualquier otro tipo.
3. Escala EVEM formativa. El diseño de la escala EVEM formativa en este estudio aporta una nueva forma de utilizar la escala EVEM en el proceso de aprendizaje en EM y no sólo en el plano evaluativo, más útil para acreditación, procesos de selección o investigación de la utilidad de la EM. Sin embargo, su uso en este proyecto se ha restringido a la autoevaluación tras una entrevista. Por tanto, se basa en la percepción o recuerdo que el médico tiene sobre

su encuentro clínico y ha demostrado la comparabilidad de las medias conseguidas. Incorporar la visualización de las videograbaciones de la propia consulta al proceso de autorreflexión, con la escala EVEM formativa y feedback posterior, probablemente ayude a aumentar la precisión y el impacto de esta herramienta. Un trabajo interesante que aporta ideas novedosas, es el estudio de Hulsman y van der Vloot (2014)⁶⁵ en el que el interesado, visualiza sus vídeos individualmente, y un compañero también, dándole feedback con una aplicación que permite anotar sobre el propio vídeo.

4. Comparabilidad de las puntuaciones en la autoevaluación y en la evaluación externa por expertos de las VG utilizando una única escala EVEM. Si la autoevaluación se hiciera con un formato vía online (no en papel), nos permitiría utilizar siempre la misma escala (no habría diferencias en los ítems entre la formativa y la sumativa). Esto permitiría sacar conclusiones no sólo de la valoración global que hace la escala EVEM sino también de la utilidad de cada una de las habilidades, tareas y características de espíritu que incluye.
5. Visto que el Taller de Entrevista Motivacional tiene un gran impacto al principio del estudio, que después se mantiene a lo largo de 18 meses, se podría incluir un tercer brazo en el estudio en el cual tras el taller no se realizarían más actividades formativas. Este grupo realizaría igualmente sus VG con pacientes reales y sus VG con pacientes estandarizados al final del período. La comparación de los resultados de la escala EVEM entre este brazo y el brazo que además realiza otras actividades formativas, nos mostraría si se mantiene o no el impacto del taller en el tiempo, y qué valor aporta el resto del Programa Formativo MOTIVA en el mantenimiento de estas competencias.

8 Conclusiones

1. El Programa Formativo MOTIVA es un programa multifacético que genera aprendizaje en Entrevista Motivacional para su aplicación en el contexto de Atención Primaria.
2. El Programa Formativo MOTIVA ha demostrado mejora del impacto en las habilidades de Entrevista Motivacional en los médicos, en el tercer escalón de la Pirámide de Miller con pacientes estandarizados, utilizando la escala EVEM sumativa para videograbaciones.
3. Las habilidades en Entrevista Motivacional se mantienen con los pacientes reales en el cuarto escalón de la Pirámide de Miller, utilizando la escala EVEM sumativa.
4. El Programa Formativo MOTIVA ha mostrado su factibilidad cuando se desarrolla en el contexto de la práctica clínica diaria, incluso en entornos con volumen de trabajo asistencial elevado, siendo bien aceptado por los profesionales que lo realizan.
5. La escala EVEM formativa es útil para la autoevaluación del perfil motivacional del médico de familia en Atención Primaria.
6. El Indicador Sintético es una herramienta que permite medir la adherencia al Programa Formativo MOTIVA ponderando cada actividad según su influencia en el aprendizaje.
7. El Taller de Entrevista Motivacional tiene un gran impacto en la mejora de habilidades de Entrevista Motivacional evaluado con pacientes estandarizados y con la escala EVEM sumativa.
8. Las actividades mejor valoradas por los participantes en el aprendizaje han sido el Taller de Entrevista Motivacional, el Feedback y las Sesiones de PBI intercaladas en el Programa Formativo.
9. Las nuevas tecnologías han facilitado el desarrollo de algunas actividades y la evaluación del programa, y han minimizado las dificultades de la dispersión geográfica.

9 Producción científica

Publicaciones de este proyecto de investigación:

1. Bóveda J, Barragán N, Campiñez M, Pérula L, Bosch J, Martín R, et al. *Effectiveness of motivational interviewing in patients with dyslipidemia: a randomized cluster trial*. BMC Family Practice. 2015;16:151²⁵⁶.
2. Bóveda J, Pérula L, Campiñez M, Bosch J, Barragán N, Prados J, et al. *Evidencia actual de la entrevista motivacional en el abordaje de los problemas de salud en atención primaria*. Aten Primaria. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. 2013;45(9):486-95¹¹⁵.
3. Pérula L, Campiñez M, Bosch J, Barragán N, Bóveda J, Arbonies 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):112²⁴⁹.
4. Pérula L, Bosch J, Bóveda J, Campiñez M, Barragán N, Arboniés J, 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;12:125²⁵⁷.

Presentaciones a Congresos de este proyecto:

1. Bóveda J, Barragán N, Campiñez M, Bosch JM, Prados JA, Pérula LA. *Effectiveness of motivational interviewing in patients with dislipemia treated in primary care consultations: randomized controlled trial by cluster*. ICMI. 2014. Amsterdam. (Comunicación oral)
2. Barragán N, Prados JA, Campiñez M, Bosch JM, Pérula LA, Bóveda J. *Eficacia de la formación en Entrevista Motivacional a médicos de familia en relación a pacientes con dislipemia*. XXXI Congreso semFYC. 2011. Zaragoza. (Póster)
3. Barragán Brun N, Prados Castillejo JA, Arboniés J, Novo Rodríguez JM. *Uso de las nuevas tecnologías en la investigación en Atención Primaria*. XXXIV Congreso de la semFYC; Gran Canaria. 2014. (Comunicación oral)¹⁹⁶
4. Pérula LA, Arboniés JC, Bosch JM, Bóveda J, Campiñez M. *Eficacia de la Entrevista Motivacional en pacientes con dislipemia atendidos en consultas de atención primaria*. III Congreso clínico semFYC en cardiovascular. 2010 (Comunicación oral. Sección proyectos de investigación)

5. Barragán Brun N, Prados Castillejo JA, Boveda Fontan J, Pérula de Torres LÁ, Martín Álvarez R, Campiñez Navarro M. *Impacto de la formación en entrevista motivacional (EM): autocumplimentación de un cuestionario en la consulta. XXXIV Congreso de la semFYC; Gran Canaria 2014. (Comunicación oral)*²⁵⁸

Beca

El proyecto de esta tesis doctoral obtuvo una beca de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria: Beca Isabel Fernández. semFYC 2012.

Publicaciones relacionadas con la evaluación de la competencia profesional

1. Barragán N, Violán C, Martín C, Ferrer-Vidal D, González J. *Diseño de un método para la evaluación de la competencia clínica en atención primaria. Atención Primaria / Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. 2000;26:590-594*⁷⁶.
2. Blay C, Descarrega R, Iruela A, Kronfly E, Barragán N, Serrallach S. *Evaluación de la competencia profesional de los médicos. Cuadernos de Gestión. 1997;3:68-75*²⁴¹.
3. Barragán N, Blay C, Demestre X, Figueras J, Iriondo M, Soler M, Martínez Carretero JM. *Neonatologists' professional competences evaluation: first pilot OSCEs in Catalonia. The 10th Ottawa Conference on Medical Education. Ottawa, 2002*²⁵⁹.

10 Bibliografía

1. Borrell F, Sobrino A, Bosch J, Quesada F. 25 Años de Comunicación y Salud. Atención primaria / Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. 2015;47(1):3-6;
2. Haig A, Dozier M. Systematic searching for evidence in medical education. BEME Guide No. 3. Medical teacher. 2003;25(4):352-63;
3. Harden R, Grant J, Buckley G, I H. BEME Guide No 1: Best evidence medical education. Med Teach. 1999;21(6):553-62;
4. Masoomi R. What is the Best Evidence Medical Education? Res Dev Med Educ. 2012;1(1):3-5;
5. WFME Global Standards for Quality Improvement. Basic Medical Education. Postgraduate Medical Education. Continuing Professional Development of Medical Doctors. [J. Palés et al., trans.]. Medical education. 2003;7 (Suppl 2):S1-S60; <http://www.wfme.org>
6. Ruiz Moral R. Educación médica: Manual práctico para clínicos. Madrid: Médica Panamericana; 2009.
7. Bandura A. Social Learning Theory. New York City: General Learning Press; 1971. p. 1-46.
8. Bandura A, Walters R. Social learning and personality development. New York: Holt, Rinehart and Winston; 1963.
9. Ruiz Moral R. Relación clínica. Guía para aprender, enseñar e investigar. Barcelona: semFYC ediciones; 2004. p. 259-96.
10. Dumont H, Istance D, Benavides F. The nature of learning. Using research to inspire practice. OECD Centre for Educational Research and Innovation. 2010:1-12; <http://www.oecd.org/edu/cei/50300814.pdf>
<http://www.oecd.org/edu/cei/The Nature of Learning.Practitioner Guide.ESP.pdf>
11. Taylor D, Hamdy H. Adult learning theories: Implications for learning and teaching in medical education. Med Teach. 2013;35(11):e1561-e72;
12. Mazmanian P, Davis D. Continuing Medical Education and the Physician as a Learner: Guide to the Evidence. JAMA: The Journal of the American Medical Association. 2002;288(9):1057-60; <http://jama.ama-assn.org/cgi/doi/10.1001/jama.288.9.1057>
<http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=195246>
13. Davis D, Thomson M, Oxman A, Haynes R. Changing physician performance: a systematic review of the effect of continuing education strategies. JAMA. 1995;274:700-5; <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7650822>
14. Colthart I, Bagnall G, Evans A, Allbutt H, Haig A, Illing J, et al. The effectiveness of self-assessment on the identification of learner needs, learner activity, and impact on clinical practice: BEME Guide no. 10. Med Teach. 2008;30(2):124-45; <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18464136>
15. Davis D, O'Brien M, Freemantle N, Wolf FM, Mazmanian P, Taylor-Vaisey a. Impact of formal continuing medical education: do conferences, workshops, rounds, and other traditional continuing education activities change physician behavior or health care outcomes? JAMA : the journal of the American Medical Association. 1999;282(9):867-74; <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17391579>

16. Davis D, Thomson M, Oxman A, Haynes R. Evidences for effectiveness of CME: a review of 50 randomized controlled trials. *JAMA*. 1992;268:1111-7;
17. Davis DA, O'Brien M, Freemantle N, Wolf FM, Mazmanian P, Taylor-Vaisey A. Impact of Formal Continuing Medical Education. *Jama*. 1999;282(9):867;
18. Cervero RM, Gaines JK. Effectiveness of Continuing Medical Education: updated synthesis of systematic reviews. Accreditation Council for Continuing Medical Education, 2014 652_20141104.
19. Mathieu A, Brian H, Glenn R. Research in Medical Education: Balancing Service and Science. *Advances in Health Sciences Education*. 2007;12:103–15;
20. Marinopoulos S, Baumann M. Methods and definition of terms: effectiveness of continuing medical education: American College of Chest Physicians Evidence-Based Educational Guidelines. *Chest*. 2009;135(3 Suppl):17S-28S; <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19265072>
21. Charlton BG. Lectures are such an effective teaching method because they exploit evolved human psychology to improve learning. 2006(67):1261-5;
22. Azer SA. What makes a great lecture? Use of lectures in a hybrid PBL curriculum. *Kaohsiung J Med Sci*. 2009;25:109-15;
23. Erren TC, Erren M, Cullen P. On the craft of effective lectures. *Medical Hypotheses*. 2009;73(5):861-2;
24. Kessler CS, Dharmapuri S, Marcolini EG. Qualitative Analysis of Effective Lecture Strategies in Emergency Medicine. *Annals of Emergency Medicine*. 2011;58(5):482-8;
25. Elder L, Paul R. *The Art of Asking Essential questions: The Foundation for Critical Thinking*; 2002.
26. Miller W, Rollnick S. *Motivational interviewing: helping people change*. NY, London: Guilford press; 2013.
27. Forsetlund L, Bjørndal A, Rashidian A, Jamtvedt G, O'Brien M, Wolf F, et al. Continuing education meetings and workshops: effects on professional practice and health care outcomes (Review). *The Cochrane Library*. 2009(3); <http://www.thecochranelibrary.com>
28. Rao D, Stupans I. Exploring the potential of role play in higher education: development of a typology and teacher guidelines. *Innovations in Education and Teaching International*. 2012;49(4):427-36;
29. Masterson M, Gill R, Turner S, Shrichand P, Giuliani M. A systematic review of educational resources for teaching patient handover skills to resident physicians and other healthcare professionals. *Can Med Educ J*. 2013;4(1):e96-e110;
30. Borrell F. *Entrevista clínica*. 2ª ed2004. 372 p.
31. Berkhof M, van Rijssen HJ, Schellart AJM, Anema JR, van der Beek AJ. Effective training strategies for teaching communication skills to physicians: An overview of systematic reviews. *Patient education and counseling*. 2011(84):152-62;
32. Bosse HM, Schultz JH, Nickel M, Lutz T, Moltner A, Junger J, et al. The effect of using standardized patients or peer role play on ratings of undergraduate communication training: a randomized controlled trial. *Patient education and counseling*. 2012;87(3):300-6; <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22137189>

33. Schlegel C, Woermann U, Shaha M, Rethans JJ, van der Vleuten C. Effects of communication training on real practice performance: a role-play module versus a standardized patient module. *J Nurs Educ.* 2012;51(1):16-22; <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22085207>
34. Lane C, Rollnick S. The use of simulated patients and role-play in communication skills training: a review of the literature to August 2005. *Patient education and counseling.* 2007;67(1-2):13-20; <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17493780>
35. Bosse HM, Nickel M, Huwendiek S, Schultz JH, Nikendei C. Cost-effectiveness of peer role play and standardized patients in undergraduate communication training. *Medical Education BMC.* 2015;
36. Gervás Camacho J, Pérez Fernández M, Albert Cuñat V, Martínez Pérez JA. El caso clínico en medicina general. *Atencion primaria / Sociedad Espanola de Medicina de Familia y Comunitaria.* 2002;30(6):405-10;
37. Pérez Franco B, Turabián Fernández JL. Experiencias de trabajo con casos clínicos «integrales» para la práctica y la formación en medicina general. *Atención Primaria.* 2003;31(6):400-1;
http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pidet_articulo=13046181&pidet_usuario=0&pcontactid=&pidet_revista=27&ty=78&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=27v31n06a13046181pdf001.pdf
38. Flanagan JC. The Critical Incident Technique. *Psychol Bull.* 1954;51(4):1-33; <https://www.apa.org/pubs/databases/psycinfo/cit-article.pdf>
39. Costa AM, Almendro C. Incidentes críticos [internet] Available from: <http://www.fisterra.com/formacion/bioetica/incidentes.asp>. *Fisterra*2010.
40. Sánchez-Nielsen E, editor *Producing Multimedia Pills to Stimulate Student Learning and Engagement.* ITICSE'13; 2013; Canterbury, England, UK: ACM;
41. Cancela A, Sanchez A, Maceiras R. Designing a flashcard with knowledge pills for learning to solve chemistry exercises. *European Journal of Engineering Education.* 2012;37(4):366-74;
42. Perales López JC, Romero Barriga JF. Procesamiento conjunto de lenguaje e imágenes en contextos didácticos: Una aproximación cognitiva. *Anales de Psicología.* 2005;21(1):129-46; http://www.um.es/analesps/v21/v21_1/14-21_1.pdf
43. DeKoekkoek T, Given B, Given C, Ridenour K, Schueller M, Spoelstra S. mHealth SMS text messaging interventions and to promote medication adherence: an integrative review. *J Clin Nurs.* 2015;24:2722-35; <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26216256>
44. Downer S, Meara J, Da Costa A, Sethuraman K. SMS text messaging improves outpatient attendance. *Aust Health Rev.* 2006;30(3):389-96; <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16879098>
45. Ende J. Feedback in Clinical Medical Education. *JAMA.* 1983;250(6):777-81;
46. Rogers C. Client-centred therapy – its current practice, implications and theory 1951.
47. Thom D. Physician behaviors that predict patient trust. *J Fam Pract.* 2001;50(4):323-8; <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11300984>
48. Sadler DR. Formative assessment and the design of instructional systems. *Instructional Science.* 1989;18(2):119-44;
49. Branch WT, Paranjape A. Feedback and reflection: teaching methods for clinical settings. *Acad Med.* 2002;77(12):1185-8;

50. Kurtz S, Silverman J, Draper J. Teaching and Learning Communication Skills in Medicine. 2^a ed. Oxford: Radcliffe Publishing; 2005.
51. Rodríguez J, Arbonés J. El video feedback como instrumento docente. XVI Congreso Nacional Entrevista Nacional y Comunicación Asistencial. 2005:1-33;
52. Ende J. Feedback in Clinical Medical Education. JAMA. 1983;250:777-81;
53. Norcini J, Burch V. Workplace-based Assessment as an Education Tool: AMEE Guide No. 31. Teach Med 2007;29(9):855-71;
54. Hattie J, Timperley H. The power of feedback. Review of Educational Research. 2007;77(1):81-112;
<http://education.qld.gov.au/staff/development/performance/resources/readings/power-feedback.pdf>
55. Veloski J, Boex JR, Grasberger MJ, Evans A, Wolfson DB. Systematic review of the literature on assessment, feedback and physicians' clinical performance: BEME Guide no 7. . Medical Teacher. 2006;28(2):117-28;
56. Holmboe E, Yepes M, Williams F, Huot S. Feedback and the mini-clinical evaluation exercise. . Journal of General Internal Medicine. 2004;19:558-61;
57. Stoller R, Geertsma R. Construction of a Final Examination To Assess Clinical Judgment in Psychiatry. J Med Educ. 1958;33(12):837-40;
http://journals.lww.com/academicmedicine/Citation/1958/12000/Construction_of_a_Final_Examination_To_Assess.4.aspx
58. Geertsma R, Stoller R. The Objective Assessment of Clinical Judgment in Psychiatry. Arch Gen Psychiatry. 1960;2(3):278-85;
<http://archpsyc.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=487754>
59. Adler L, Ware J, Enelow A. Changes in Medical Interviewing Style after Instruction with Two Closed-Circuit Television Techniques. J Med Educ. 1970;45:21-8;
http://journals.lww.com/academicmedicine/Abstract/1970/01000/Changes_in_medical_interviewing_style_after.4.aspx
60. Jackson M, Pinkerton R. Videotape Teaching in Family Practice Residencies. J Med Educ. 1983;58:434-5;
http://journals.lww.com/academicmedicine/Abstract/1970/01000/Changes_in_medical_interviewing_style_after.4.aspx
61. Edwards A, Tzelepis A, Klingbeil C, Melgar T, Speece M, Schubiner H, et al. Fifteen Years of a Videotape Review Program for Internal Medicine and Medicine-Pediatrics Residents. Acad Med. 1996;71(7):744-8;
http://journals.lww.com/academicmedicine/Abstract/1996/07000/Fifteen_years_of_a_videotape_review_program_for.6.aspx
62. Gask L, Goldberg D, Boardman J, Craig T, Goddard C, Jones O, et al. Training general practitioners to teach psychiatric interviewing skills: an evaluation of group training. Medical education. 1991;25(5):444-51; <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1758322>
63. Ram P, Grol R, Rethans J, 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. Med Educ. 1999;33(6):447-54;
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10354322>
64. Beckman H, Frankel R. The use of videotape in internal medicine training. J Gen Intern Med. 1994;9(9):517-21;

65. Hulsman R, Van der Vloodt J. Self-evaluation and peer-feedback of medical students' communication skills using a web-based video annotation system. Exploring content and especificity. *Patient education and counseling*. 2015;98:356-63;
66. Bensing J, Tromp F, van Dulmen S, van den Brink A, Verheul W, Schellevis F. Shifts in doctor-patient communication between 1986 and 2002: a study of videotaped General Practice consultations with hypertension patients. *BMC Family Practice*. 2006;7; <http://www.biomedcentral.com/1471-2296/7/62>
67. Massons J, Peguero E, Campiñez M. Grabación de la consulta y su utilización docente para la mejora de la entrevista clínica. In: *camfic*. GCIS, editor. 2008. p. 1-9.
68. Lesser A. The psychiatrist and Family Medicine: A diferente training approach. *Med Educ*. 1981;15:398-406;
69. Lesser A. Problem-based interviewing in general practice: a model. *Medical education*. 1985;19(4):299-304;
70. Scott J, Jennings T, Standart S, Ward R, Goldberg D. The impact of training in problem-based interviewing on the detection and management of psychological problems presenting in Primary Care. *Br J Gen Pract*. 1999;49:441-5;
71. Gask L, Usherwood T, Standart S. *Postgrad Educ Gen Pract*. 1992(3):92-9;
72. Rodríguez J, Ruiz R. Programa de formación en técnicas de entrevista clínica: el proyecto COMCORD. *Atencion primaria / Sociedad Espanola de Medicina de Familia y Comunitaria*. 2001;27(7);
73. Barrows H. An overview of the Use os Standardized Patients for Teaching and Evaluating Clinical Skills. *Acad Med*. 1993;68(6):443-53; <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8507309>
74. Miller GE. Conference Summary of Consensus on the use of Standardized Patients in the Taeching and Evaluation of Clinical Skills. Washington, D.C. December 3-4, 1992. *Acad Med*. 1993;68(6):471-8;
75. Harden R, Stevenson M, Downie W. Assessment of Clinical Competence using Objective Structured Examination. *BMJ*. 1975;1:447-51;
76. Barragán N, Violán C, Martín C, Ferrer-Vidal D, González J. Diseño de un método para la evaluación de la competencia clínica en atención primaria. *Atencion primaria / Sociedad Espanola de Medicina de Familia y Comunitaria*. 2000;26:590-4;
77. Issenberg S, McGaghie W, Petrusa E, Lee Gordon D, Scalese R. Features and uses of high-fidelity medical simulations that lead to effective learning: a BEME systematic review. *Med Teach*. 2005;27(1):10-28; <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16147767>
78. Miller GE. The assessment of Clinical Skills / Competence / Performance. *ACADEMIC MEDICINE*. 1990;65(9):563-7; <http://winbev.pbworks.com/f/Assessment.pdf>
79. Shirazi M, Labaf A, Monjazebi E, Jalili M, Mirzazadeh M, Ponzer S, et al. Assessing Medical Students' Communication Skills by the Use of Standardized Patients- Emphasizing Standardized Patients' Quality Assurance. *Acad Psychiatry*. 2014;38:354-60;
80. Cleland J, Abe K, Rethans J. The use of simulated Patients in Medical Education. *AMEE Guide No.42*. *AMEE Guides in Medical Education*. 2010; <http://www.amee.org>
81. Bimbela J. El Counseling en atención primaria. *FMC*. 1998;5(10):627-34;
82. Guayta R. Educación sanitaria. *Formación Médica Continuada*. 1998;5(7):440-53;
83. Peña MCC. Intervenciones efectivas en educación sanitaria. *FMC*. 2004;11(1):3-12;

84. Balint M. The doctor, his patient and the illness. : Londres: Tavistock Publications; 1957.
85. Byrne P, Long B. Doctor talking to patients 1984.
86. Balint M, Hunt J, Joyce D, Marinker M, Woodcock J. Treatment Or Diagnosis: A Study of Repeat Prescriptions in General Practice: Tavistock Press; 1970.
87. Prados J, Cebrià J, Bosch J. Comunicación centrada en el paciente. FMC. 2000;7:83-5;
88. Levenstein J. The patient-centered general practice consultation. S Afr Fam Pract. 1984;5:276-82;
89. Brown JB, Weston W, Stewart MA. Patient-Centered Interviewing Part I: Finding Common Ground. CAN FAM PHYSICIAN. 1989;35:153-7;
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2280437/pdf/canfamphys00155-0155.pdf>
90. Stewart M, Brown JB, W WW. Patient-Centered Interviewing Part III: Five provocative Questions. Can Fam Physician. 1989;35:159-61;
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2280442/pdf/canfamphys00155-0161.pdf>
91. Weston WW, Brown JB, Stewart MA. Patient-Centered Interviewing. Part I: Understanding Patients' Experiences. CAN FAM PHYSICIAN. 1989;35:147-51;
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2280441/pdf/canfamphys00155-0149.pdf>
92. Stewart M. What is a successful doctor-patient interview? A study of interactions and outcomes. Soc Sci Med. 1984;19:167-75;
93. Anton RF, Moak DH, Latham P, Waid LR, Myrick H, Voronin K, et al. Naltrexone Combined With Either Cognitive Behavioral or Motivational Enhancement Therapy for Alcohol Dependence. Journal of Clinical Psychopharmacology. 2005;25(4):349-57;
<http://content.wkhealth.com/linkback/openurl?sid=WKPTLP:landingpage&an=00004714-200508000-00010>
94. Pendelton D, Hasler J. Doctor-Patient Communication: Academic Press; 1983.
95. Pendelton D, Schofield T, Tate P, Havelock P. The consultation: an approach to learning and teaching. Oxford: Oxford Medical Publications, 1984 ed 1984.
96. Pendleton D, Schofield T, Tate P, Havelock P. The new consultation: developing doctor-patient communication. 2003. 143 p.
97. Hahn S. Patient-centered communication to assess and enhance patient adherence to glaucoma medication. Ophthalmology. 2009;116(11 suppl):37-42;
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19837259>
98. Epstein RM, Franks P, Shields CG, Meldrum SC, Miller KN, Campbell TL, et al. Patient-centered communication and diagnostic testing. Ann Fam Med. 2005;3(5):415-21;
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16189057>
99. Epstein R, Street R. Patient-Centered Communication in Cancer Care: Promoting Healing and Reducing Suffering. Chapter 1. 2007.
100. Venetis M, Robinson J, Turkiewicz K, Allen M. An evidence base for patient-centered cancer care: a meta-analysis of studies of observed communication between cancer specialists and their patients. Patient education and counseling. 2009;77(3):379-83;
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19836920>
101. Rathert C, Wyrwich MD, Boren SA. Patient-centered care and outcomes: a systematic review of the literature. Med Care Res Rev. 2013;70(4):351-79;
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23169897>

102. Muñoz A, Ruiz Moral R, Pérula L. Evaluation of a patient-centred approach in generalized musculoskeletal chronic pain/fibromyalgia patients in primary care. *Patient education and counseling*. 2002;48:23-31;
103. Lemmens K, Nieboer A, Huijsman R. Designing patient-related interventions in COPD care: Empirical test of a theoretical model. *Patient education and counseling*. 2008;72(2):223-31;
104. Borrell F. *Práctica clínica centrada en el paciente*. Práctica clínica centrada en el paciente. 1st ed. ed. Madrid: Triacastela; 2011. p. 187-206.
105. Prados J, Cebrià J, Bosch J. Comunicación centrada en el paciente: una aplicación a la clínica. *FMC*. 2000;7(2):83-8;
106. Lillie SE, Partin MR, Rice K, Fabbrini AE, Greer NL, Patel SS, et al. The effects of Shared Decision Making on cancer creening - a systematic review. *Evidence-based Synthesis Program*. 2014; <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth/PMH0078885/>
107. Ruiz Moral R, Peralta Munguía L, Perula de Torres L, Olloqui Mundet J, Carrion de la Fuente T, Sobrino Lopez A, et al. Patient opinion and perception of their participation in family medicine consultation decision making. *Atencion primaria / Sociedad Espanola de Medicina de Familia y Comunitaria*. 2012;44(1):5-10; <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21497416>
108. Arora NK, Street RL, Jr., Epstein RM, Butow PN. Facilitating patient-centered cancer communication: a road map. *Patient education and counseling*. 2009;77(3):319-21; <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19948297>
109. Decision aids to help people who are facing health treatment or screening decisions [Internet]. 2014. Available from: http://www.cochrane.org/CD001431/COMMUN_decision-aids-to-help-people-who-are-facing-health-treatment-or-screening-decisions <http://onlinelibrary.wiley.com/store/10.1002/14651858.CD001431.pub4/asset/CD001431.pdf?v=1&t=ifejbmsy&s=3ab17a91afb33d9038a9a38c0cbfed26b313bfd9>.
110. Ferguson T, al. e. e-pacientes: cómo nos pueden ayudar a mejorar la salud 2007.
111. Traver V, Fernández-Luque L. *El ePaciente y las redes sociales completo* 2011. 321 p.
112. Elwyn G. Arriving at the postmodern medical consultation. *Primary Care*. 2005;5:12-3;
113. Miller WR, Rollnick S. *La entrevista motivacional. Preparar el cambio de conductas adictivas: Paidós; 1999*.
114. Miller WR, Rollnick S. *Motivational Interviewing. Preparing people for change*. 2nd ed: Guilford; 2002.
115. Bóveda J, Pérula L, Campiñez M, Bosch J, Barragan N, Prados J, et al. Evidencia actual de la entrevista motivacional en el abordaje de los problemas de salud en atención primaria. *Atencion primaria / Sociedad Espanola de Medicina de Familia y Comunitaria*. 2013;45(9):486-95; <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24042074>
116. Dunn C, Deroo L, Rivara FP. The use of brief interventions adapted from motivational interviewing across behavioral domains : a systematic review. 2001(March):1725-42;
117. Burke B, Arkowitz H, Dunn C. The efficacy of Motivational Interviewing and its Adaptations: what we know so far. *Motivational Interviewing: Preparing people for change*. 2 ed. New York: Guilford; 2002.
118. Burke B, Dunn C, Atkins D, Phelps J. The emerging evidence base for motivational interviewing: a meta-analytic and qualitative inquiry. *J Congnit Psychoter*. 2004;18;

119. Rubak S, Sandbæk A, Christensen BO. Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. *Br J Gen Pract.* 2005;55(513):305-12;
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1463134/?tool=pmcentrez>
120. Hettrema J, Steele J, Miller WR. MOTIVATIONAL INTERVIEWING. 2005:91-111;
<http://www.annualreviews.org/doi/abs/10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.143833>
121. McCambridge J, Strang J, Hill D. Deterioration over time in effect of Motivational Interviewing in reducing drug consumption and related risk among young people. 2005(Mi):470-8;
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1360-0443.2005.01013.x/abstract>
122. Miller W. Motivational interviewing and the incredible shrinking treatment effect. *Addiction.* 2005(100):2140-;
<http://onlinelibrary.wiley.com/store/10.1111/j.1360-0443.2005.01035.x/asset/j.1360-0443.2005.01035.x.pdf?v=1&t=hnm39drt&s=a363678f41eb1839ce6b008e1c46e2ac927de5d2>
123. Knight KM, McGowan L, Dickens C, Bundy C. A systematic review of motivational interviewing in physical health care settings. *Br J Health Psychol.* 2006(11):319-32;
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1348/135910705X52516/abstract>
124. Vasilaki EI, Hosier SG, Cox WM. THE EFFICACY OF MOTIVATIONAL INTERVIEWING AS A BRIEF INTERVENTION FOR EXCESSIVE DRINKING : A META-ANALYTIC REVIEW. 2006;41(3):328-35; <http://alcalc.oxfordjournals.org/content/41/3/328.full.pdf>
125. Martins RK, McNeil DW. Clinical Psychology Review Review of Motivational Interviewing in promoting health behaviors. 2009;29:283-93;
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0272735809000099>
126. Lai DT, Cahill K, Qin Y, Tang J-L. Motivational interviewing for smoking cessation. *Cochrane database of systematic reviews Online.* 2010(1):CD006936-CD;
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20091612>
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD006936.pub2/abstract>
127. Piñeiro B, Míguez MC, Begoña E. La entrevista motivacional en el tratamiento del tabaquismo: una revisión. *Adicciones.* 2010;22(4):353-64;
128. Lundahl BW. A Meta-analysis of Motivational Interviewing: Twenty Five Years of Empirical Studies. *Res Soc Work Pract.* 2010;22;
129. Thompson D, Sek Y, Chan S, Astin F, Davidson P, Ski C. Motivational interviewing : a useful approach to improving cardiovascular health ? 2011:1236-44;
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2702.2010.03558.x/abstract>
130. 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. *Obes Rev.* 2011;12(9):709-23;
131. Lundahl B, Moleni T, Burke BL, Butters R, Tollefson D, Butler BL. Motivational interviewing in medical care settings: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Patient education and counseling.* 2013(93):157-68;
132. O'Halloran PD, Blackstock F, Shields N, Holland A, Illes R, Kingsley M. Motivational interviewing to increase physical activity in people with chronic health conditions: a systematic review and meta-analysis. *Clin Rehabil.* 2014(18);

133. Ren Y, Yang H, Browning C, Thomas S, Liu M. Therapeutic effects of motivational interviewing on blood pressure control: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Int J Cardiol.* 2014;172(2):509-11;
134. Lindson-Hawley N, Thompson TP, Begh R. Motivational interviewing for smoking cessation (Review). *Cochrane database of systematic reviews Online.* 2015(3);
135. Butler CC, Bachmann MAX. Motivational consulting versus brief advice for smokers in general practice : a randomized trial. 1999(August):611-6;
136. Soria R, Legido A, Escolano C, Yeste AL. A randomised controlled trial of motivational interviewing for smoking cessation. 2006(17):768-74;
137. Cabezas C, Advani M, Puente D, Rodriguez-Blanco T, Martin C. Effectiveness of a stepped primary care smoking cessation intervention: cluster randomized clinical trial. *Addiction.* 2011(106):1696-706;
138. 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):828-32;
139. Elley CR, Kerse N, Arroll B, Robinson E. Effectiveness of counselling patients on physical activity in general practice: cluster randomised controlled trial. *BMJ.* 2003;326:1-6;
140. 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):2509;
141. Ackerman E, Falsetti SA, Lewis P, Hawkins AO, Heinschel JA. Motivational Interviewing : A Behavioral Counseling Intervention for the Family Medicine Provider. 2011;43(8):582-5;
142. Sjöling M, Lundberg K, Englund E, Westman A, Jong M. Effectiveness of motivational interviewing and physical activity on prescription on leisure exercise time in subjects suffering from mild to moderate hypertension. 2011:1-7;
143. Greaves CJ, Middlebrooke A, Loughlin LO, Holland S, Piper J, Steele A, et al. Motivational interviewing for modifying diabetes risk : a randomised controlled trial. 2008(August):535-41;
144. 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. 2008;70:31-9;
145. Perula de Torres LA, Pulido Ortega L, Perula de Torres C, Gonzalez Lama J, Olaya Caro I, Ruiz Moral R, et al. Efficacy of motivational interviewing for reducing medication errors in chronic patients over 65 years with polypharmacy: Results of a cluster randomized trial. *Med Clin (Barc).* 2014;143(8):341-8; <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24378144>
146. Woollard J, Burke V, Beilin LJ. Effects of a general practice-based intervention on diet, body mass index and blood lipids in patients at cardiovascular risk. *J Cardiovasc Risk.* 2003(10):31-40;
147. 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. *J Hum Hypertens.* 2003(17):689-95;
148. Rubak S, Sandbæk A, Lauritzen T, Borch-johnsen K, Christensen BO. 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 *.

- 2009(May):172-9;
<http://informahealthcare.com/doi/pdfplus/10.1080/02813430903072876>
149. Rubak S, Sandback A, Lauritzen T, Borch-johnsen K. 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. *Scand J Prim Health Care*. 2011(29):92;
 150. McHugh F, Lindsay GM, Hanlon P, Hutton I, Brown MR. 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):317-23;
 151. Kreman R, Yates BC, Agrawal S, Fiandt K, Briner W, Shurmer S. The effects of motivational interviewing on physiological outcomes. 2006;19:167-70;
[http://www.appliednursingresearch.org/article/S0897-1897\(06\)00052-8/abstract](http://www.appliednursingresearch.org/article/S0897-1897(06)00052-8/abstract)
 152. Miller W, Moyers T. Eight stages in learning Motivational Interviewing. *Journal of Teaching in the Addictions*. 2006;5(1):3-17;
http://pegasus.cc.ucf.edu/~drbryce/Eight_Stages_of_MI.pdf
 153. Madson MB, Loignon AC, Lane C. Training in motivational interviewing: a systematic review. *Journal of substance abuse treatment*. 2009;36(1):101-9;
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18657936>
 154. Miller WR, Hedrick K, Orlofsky D. The Helpful Responses Questionnaire: A procedure for measuring therapeutic empathy. *Journal of clinical psychology*. 1991(47):444-8;
 155. Baer J, Rosengren D, Dunn C, Wells E, Ogle R, Hartzler B. An evaluation of workshop training in motivational interviewing for addiction and mental health clinicians. *Drug and Alcohol Dependence*. 2004;73(1):99-106;
 156. Daepfen JB, Fortini C, Bertholet N, Bonvin R, Berney A, Michaud PA, Carine Layat, et al. Training medical students to conduct motivational interviewing: A randomized controlled trial. *Patient Educ Couns*. 2012(87):313-8;
 157. Söderlund LL, Madson MB, Rubak S, Nilsen P. A systematic review of motivational interviewing training for general health care practitioners. *Patient Educ Couns*. 2011(84):16-26;
 158. Fu SS, Roth C, Battaglia CT, Nelson DB, Farmer MM, Do T, et al. Training primary care clinicians in motivational interviewing: A comparison of two models. *Patient Educ Couns*. 2015(98):61-8;
 159. Pollak KI, Nagy P, Bigger J, Bilheimer A, Lyna P, Gao X, et al. Effect on teaching motivational interviewing via communication coaching on clinician and patient satisfaction in primary care and pediatric obesity-focused offices. *Patient Educ Couns*. 2015(Article in press);
 160. Yus R, Fernández M, Gallardo M, Barquín J, Sepúlveda M, Serván M. La competencia científica y su evaluación. Análisis de las pruebas estandarizadas de PISA. *Revista de Educación*. 2013;360; http://www.revistaeducacion.mec.es/doi/360_127.pdf
 161. Durante E. Algunos métodos de evaluación de las competencias : Escalando la pirámide de Miller. *Medicina*. 2006;
 162. Laidlaw A, Hart J. Communication skills: An essential component of medical curricula. *AMEE Guide No 51. Med Teach*. 2011;33(1);
 163. Millán J, Palés J, Rigual R. Guía para la evaluación de la práctica clínica en las facultades de medicina. Madrid2014.

164. Wojtczak A. Glosario de términos de educación médica [J. Palés, trans.]. *Med Teach*. 2002;24(1); <http://www.educmed.es/pdf/documentos/glossary.pdf>
165. van der Vleuten C, Schuwirth L, Scheele F, Driessen E, Hodges B, Currie R. The assessment of professional competence: building blocks for theory development. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2010;24:703–19;
166. Nolla-Domenjó M. La evaluación en educación médica. Principios básicos. *Educ Med*. 2009;12(4):223-9;
167. Gairín Sallán J. La Evaluación del Impacto en Programas de Formación. *Revista Iberoamericana sobre Calidad, Eficacia y Cambio en Educación*. 2010;8(5):20-43; <http://www.rinace.net/reice/numeros/arts/vol8num5/art1.pdf>
168. Nestel D, Kneebone R, Barnett A. Teaching communication skills for handover: perioperative specialist practitioners. *Medical education*. 2005;39(11):1157;
169. Bates R. A critical analysis of evaluation practice: the Kirkpatrick model and the principle of beneficence. *Evaluation and Program Planning*. 2004;27(3):341-7;
170. Yardley S, Dornan T. Kirkpatrick's levels and education 'evidence'. *Medical education*. 2012;46(1):97-106; <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22150201>
171. Kirkpatrick DL, Kirkpatrick JD. Evaluating: Part of a Ten-Step Process. *Evaluating Training Programs*: Berrett-Koehler; 2009.
172. Wass V, Van der Vleuten C, Shatzer J, Jones R. Assessment of clinical competence. *The Lancet*. 2001;357(9260):945-9;
173. Moyers TB, Miller W, Hendrickson S. How does Motivational Interviewing work? Therapist interpersonal skill predicts client involvement within Motivational Interviewing sessions. *J Consult Clin Psychol*. 2005;73(4):590-8; http://www.researchgate.net/publication/7589752_How_Does_Motivational_Interviewing_Work_Therapist_Interpersonal_Skill_Predicts_Client_Involvement_Within_Motivational_Interviewing_Sessions
174. Miller W, Rose G. Toward a theory of motivational interviewing. *The American psychologist*. 2009;64(6):527-37; <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19739882>
175. Miller W, Moyers T, Ernst D, Amrhein P. Manual for the Motivational Interviewing Skill Code (MISC). Version 2.1. 2008.
176. Moyers T, Martin T, Manuel J, Miller W, Ernst D. Revised Global Scales: Motivational Interviewing Treatment Integrity 3.1.1 (MITI 3.1.1). 2010;1(January):1-29; http://casaa.unm.edu/download/MITI3_1.pdf
177. Lane C. The Behaviour Change Counselling Index (BECCI). Manual for Coding Behaviour Change Counselling. In: *Medicine UoWCo*, editor. 2002.
178. Prados JA, Cebria J, Bosch JM, Borrell F, Alonso S, Perez J. Diseño de un Cuestionario para la valoración de la comunicación asistencial: el Cuestionario GATHA Base. . *Tribuna Docente*. 2003;4(5):31-48; <http://es.slideshare.net/japrados/gatha-base-def>
179. Ruiz R, Prados JA, Alba M, Bellón J, Pérula LA. Validez y Fiabilidad de un instrumento para la valoración de la entrevista clínica en médicos residentes de medicina familiar: el Cuestionario GATHA-res. . *Atencion primaria / Sociedad Espanola de Medicina de Familia y Comunitaria*.27(7):469-77;
180. Prados J. Distorsión en las Técnicas Comunicacionales (Entrevista Clínica) en las consultas de demanda de Atención Primaria. : Facultad de Medicina. Universidad de Córdoba. ; 1996

181. Ruiz Moral R, Pérula de Torres L. Validez y fiabilidad de un instrumento para evaluar la comunicación clínica en las consultas: el cuestionario CICAA. . *Atencion primaria / Sociedad Espanola de Medicina de Familia y Comunitaria*. 2006;37(6):320-4;
182. Campiñez M. Estudio de validación de la escala EVEM para evaluar entrevista motivacional en consultas de Atención Primaria de Salud: UAB; 2015<http://www.tdx.cat/handle/10803/289636>
183. Reinders M, Blankenstein A, Van der Marwijk H, Knol D, Ram P, Van der Horst H, et al. Reliability of consultation skills assessments using standardised versus real patients. *Med Educ*. 2011;45:578-84;
184. Gordon MJ. Self-assessment Programs and Their Implications for Health Professions Training. *Acad Med*. 1992;67(10):672-9; <http://journals.lww.com/academicmedicine/pages/articleviewer.aspx?year=1992&issue=10000&article=00012&type=abstract>
185. Gordon MJ. A Review of the Validity and Accuracy of Self-assessments in Health Professions Training. *Acad Med*. 1991;66(12):762-9;
186. Kruger J, Dunning D. Unskilled and unaware of it: how difficulties in recognizing one's own incompetence lead to inflated self-assessments. *J Pers Soc Psychol*. 1999;77(6):1112-1134; <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10626367>
187. Petrovski G, Zivkovic M, Stratrova SS. Social Media and Diabetes: Can Facebook and Skype Improve Glucose Control in Patients With Type 1 Diabetes on Pump Therapy? One-Year Experience. *Diabetes Care*. 2015(38):e51-e2;
188. Armfield NR, Bradford M, Bradford NK. The clinical use of Skype—For which patients, with which problems and in which settings? A snapshot review of the literature. *International Journal of Medical Informatics*. 2015(84):737-42;
189. Liu X, Sawada Y, Takizawa T, et al. Doctor-Patient Communication: A Comparison between Telemedicine Consultation and Face-to-Face Consultation. *Internal Medicine*. 2007;227-32; http://www.ticsalut.cat/flashticsalut/pdf/39_2_doctorpatientcommunication.pdf
190. Agha Z, Schapira R, Laud P, McNutt G, Roter D. Patient satisfaction with physician-patient communication during telemedicine. *Telemed J E Health*. 2009;15(9):830-9;
191. Cabero J. Bases pedagógicas del e-learning. *Revista de Universidad y Sociedad del Conocimiento*. 2006;3(1);
192. Harish J. Online Education: A Revolution in the Making. *CADMUS*. 2013;2(1):26-38;
193. Meenakshi, Agarwal A, Singh I. Social Media in Education. *Digital Learning*. 2012(May);
194. Toro U, Joshi M. ICT in Higher Education: Review of Literature from the period 2004-2011. *International Journal of Innovation, Management and Technology*. 2012;3(1):20-4;
195. Shafer MS, Rhode R, Chong J. Using distance education to promote the transfer of motivational interviewing skills among behavioral health professionals. *Journal of substance abuse treatment*. 2004(26):141-8;
196. Barragan Brun N, Prados Castillejo JA, Arboniés J, Novo Rodríguez JM. Uso de las nuevas tecnologías en la investigación en Atención Primaria. XXXIV Congreso de la semFYC; Gran Canaria 2014.
197. Janitor J, Fecilak P, Jakab F. Enabling Long Distance Education with Realtime Video. ICETA 2012 - 10th IEEE International Conference on Emerging eLearning Technologies and Applications; Stará Lesná, The High Tatras, Slovakia 2012.

198. Langenau E, Kachur E, Horber D. Web-based objective structured clinical examination with remote standardized patients and Skype: Resident experience. *Patient education and counseling*. 2014;55(62);
199. Wong A, Vohra R, Ruha A-M, Koutsogiannis Z, Graeme K, Dargan PI, et al. The Global Educational Toxicology Uniting Project (GETUP): an Analysis of the First Year of a Novel Toxicology Education Project. *J Med Toxicol*. 2015(11):295-300;
200. Beard L, Wilson K, Morra D, Keelan J. A Survey of Health-Related Activities on Second Life. *J Med Internet Res*. 2009;11(2); <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2762804/>
201. Wang F, Burton JK. Second Life in education: A review of publications from its launch to 2011. *British Journal of Educational Technology*. 2013;44(3):357-71;
202. Melús-Palazón E, Bartolomé-Moreno C, Palacín-Arhués JC, Lafuente-Lafuente A, García IG, Guillen S, et al. Experience with using second life for medical education in a family and community medicine education unit. *BMC Med Educ*. 2012;12(30);
203. Irwin P, Coutts R. A Systematic Review of the Experience of Using Second Life in the Education of Undergraduate Nurses. *Journal of Nursing Education*. 2015;54(10):572-7;
204. Harrison G, Hayden S, Cook V, Cushing A. Improving health care professionals' feedback on communication skills: Development of an on-line resource. *Patient Educ Couns*. 2012(88):414-9;
205. Noordman J, Verhaak P, van Dulmen S. Web-enabled video-feedback: A method to reflect on the communication skills of experienced physicians. *Patient Educ Couns*. 2011;82:335-40;
206. Schmitt T, Sims-Giddens S, Booth R. Social Media Use in Nursing Education. *Online Journal of Issues in Nursing*. 2012;17(3); <http://www.nursingworld.org.ezproxy.uned.es/ojin/>
207. Enfermedades cardiovasculares. OMS [internet]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/es/> [Internet]. 2015.
208. (INE) INdE. Encuesta de morbilidad hospitalaria. . 2012; <http://www.ine.es/prensa/np816.pdf>
209. Levi F, Lucchini F, Negri E, C LV. Trends in mortality from cardiovascular and cerebrovascular diseases in Europe and other areas of the world. *Heart*. 2002;88:119-24; <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1767229/pdf/hrt08800119.pdf>
210. Tunstall-Pedoe H, Kuulasmaa K, Amouyel P, Arveiler D, Rajakangas A, Pajak A. Myocardial infarction and coronary deaths in the World Health Organization MONICA Project. *Circulation*. 1994;90(1):583-612; <http://circ.ahajournals.org/content/90/1/583.full.pdf>
211. (INE) INdE. Defunciones según la causa de muerte. 2013; <http://www.ine.es/prensa/np896.pdf>
212. Informe SEC 2009. Available from: <http://secardiologia.es> [Internet]. 2009.
213. Harrison T, al. E. *Principios de Medicina Interna*. Chapter 9, Enfermedades del aparato cardiovascular. 17 ed: Mc Graw Hill; 2008.
214. Elosua R. La complicidad entre la salud pública y la asistencia sanitaria en la reducción de la mortalidad cardiovascular. *Rev Esp Salud Pública*. 2008;82:367-70; <http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v82n4/editorial1.pdf>
215. Flores-Mateo G, Grau M, O'Flaherty M, Ramos R, Elosua R, Violan-Fors C, et al. Análisis de la disminución de la mortalidad por enfermedad coronaria en una población mediterránea:

- España 1988-2005. *Rev Esp Cardiol*. 2011;64(11):988-96;
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21962958>
216. Verschuren M, Germany CA, France PB, Denmark GB, Czech RC, Uk CD, et al. European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012) The Fifth Joint Task Force of the European Society of Cardiology Practice (constituted by representatives of nine societies. 2012(version);
<http://eurheartj.oxfordjournals.org/content/33/13/1635.full.pdf>
 217. Miller N, Dollard J. *Social Learning and Imitation*1941.
 218. Contreras J. Alimentación y cultura: reflexiones desde la Antropología. *Rev Chil Anthropol*. 1992;11:95-111;
<http://www.nuevosfoliosbioetica.uchile.cl/index.php/RCA/article/download/17643/18408>
 219. Kronld M, Coleman P. Social and Biocultural determinants of food selection. 1986. 179-203 p.
 220. Rothbart M, et al. Self-regulation and emotion in Infancy. 1992:7-23;
 221. Salazar C. CM, Feu S, Vizúete Carrisoza M, de la Cruz-Sánchez E. MC y actividad física de los estudiantes de la Universidad de Colima / BMI and physical activity of the colima university students. . *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte* 2013;13(51):569-84; <Http://cdeporte.rediris.es/revista/revista51/artIMC405.htm>
 222. Romero S, Carrasco L, Sañudo B, Chacón F. Actividad física y percepción del estado de salud en adultos sevillanos. . *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte*. 2010;10(39):380-92;
<Http://cdeporte.rediris.es/revista/revista39/artactividad165.htm>
 223. Piéron M, Ruiz-Juan F. Influencia del ámbito familiar e iguales en los hábitos físico-deportivos de los jóvenes / Influence of family environment and peers in physical activity habits of youth people. . *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte* 2013;13(51):525-49;
<Http://cdeporte.rediris.es/revista/revista51/artsocializacion385.htm>
 224. Rocha Silva D, Martín-Matillas M, Carbonell-Baez A, Aparicio VA, Delgado-Fernández M. Efectos de los programas de intervención enfocados al tratamiento del sobrepeso/obesidad infantil y adolescente. . *Rev Andal Med Deporte*. 2014;7(1):33-43;
 225. Henríquez Olgún C. Mortalidad atribuible a inactividad física en Santiago de Chile. . *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte* 2009;9(34):105-13;
<Http://cdeporte.rediris.es/revista/revista34/artmortalidad101.htm>
 226. Gil J, Moreno E, Vinaccia S, Contreras F, Fernández H, Londoño X, et al. Hábitos básicos de salud y creencias sobre salud y enfermedad en adolescentes de España, Colombia y México. . *Revista Latinoamericana de Psicología* 2004(36):483-504;
 227. Maiques A, Brotons C, Villar F, Lobos-Bejarano J, Torcal J, Orozco-Beltrán D, et al. Recomendaciones preventivas cardiovasculares. Guía PAPPS. semFYC ediciones. 2009;
 228. Guijarro C, Brotons C, Camaralles F, expertos G. 1º Conferencia de Prevención y Promoción de la Salud en la Práctica Clínica en España. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2007;
<http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/prevencionCardiovascular.pdf>
 229. Marrugat J, Solanas P, Agostino RD, Sullivan L, Ordovas J, Córdón F. Estimación del riesgo coronario en España mediante la ecuación de Framingham calibrada. 2003;56(3):253-61;

230. Lozano E, Castrodeza J, Mun L, Enfermedad RD. Dislipidemias y riesgo cardiovascular en la población adulta de Castilla y León. 2010;24(4):282-7; <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911110001421>
231. Elosua R, Marrugat J. Actividad física: se hace camino al andar. *Med Clin*. 2003;121(15):573-4;
232. Marqués F, Cabezas C, Camarelles F, Córdoba R, Gómez J, Muñoz E, et al. Recomendaciones sobre el estilo de vida. PAPPS Actualización 2009 Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC). 2009:79-100; http://www.papps.es/upload/file/08_PAPPS_ACTUALIZACION_2009.pdf
233. Córdoba R, Camarelles F, Muñoz E, Gómez J, Díaz D, Ramírez JI, Asensio, et al. Recomendaciones sobre el estilo de vida. PAPPS Actualización 2014. Atención primaria / Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. 2014;46(Supl 4):16-23;
234. Dusseldorp E, van Elderen T, Maes S, Meulman J, Kraaij V. A meta-analysis of psychoeducational programs for coronary heart disease patients. *Health Psychol*. 1999;18(5):506-19; <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10519467>
235. Brug J, Spikmans F, Aartsen C, Breedveld B, Bes R, Fereira I. Training Dietitians in Basic Motivational Interviewing Skills Results in Changes in Their Counseling Style and in Lower Saturated Fat Intakes in Their Patients. *J Nutr Educ Behav*. 2007(39):8-12;
236. Prochaska JO, Di Clemente C. Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *J Counseling and clinical Psych*. 1983(51):390-5;
237. Borrell F, Bosch J, Casals R, Cebrià J, Massons J. Curso de Entrevista Clínica: La Motivación para el Cambio. Manual del alumno. Grupo Comunicación y Salud. 1997.
238. Berg S, Bosch J, editors. Patient motivation in clinical encounter. Conferencia Internacional sobre Comunicación y Salud; 2000; Barcelona
239. Bóveda J. Eficacia de la Entrevista Motivacional en pacientes con dislipemia atendidos en consultas de Atención Primaria de Salud. Estudio Dislip-EM.: Universidad de Santiago de Compostela; 2015
240. Cobos-Carbó A, Augustovski F. Declaración CONSORT 2010: actualización de la lista de comprobación para informar ensayos clínicos aleatorizados de grupos paralelos. *Med Clin*. 2011;137(5):213-5; <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21239025> <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0025775310009899>
241. Blay C, Descarrega R, Iruela A, Kronfly E, Barragan N, Serrallach S. Evaluación de la competencia profesional de los médicos. *Cuadernos de Gestión*. 1997;3:68-75;
242. Lobos JM, Royo-Bordonada MA, Brotons C, Álvarez-Sala L, Armario P, Maiques A, et al. Guía Europea de Prevención Cardiovascular. Adaptación española del CEIPC. *Rev Esp Salud Pública*. 2008:581-616;
243. Mantilla T, Álvarez A, Blasco M, Lago F, Lapetra J. Dislipemias; manejo de las dislipemias en atención primaria. semFYC ediciones. 2007;
244. Bosch J, Cebrià J. Reactancia psicológica: Fumar es un placer. *FMC*. 1999;6(1):59-61;
245. Bosch J, Cebrià J. La entrevista clínica motivacional. Guía de actuación en atención primaria. 4ª ed 2011. p. 1857-61.
246. Cebrià J, Bosch J, Borrell F. Cómo ayudar a consolidar una nueva conducta más saludable: la fase de mantenimiento (I). *FMC*. 2008;15(8):518-22;

247. Cebrià J, Bosch JM, Borrell F. Cómo ayudar a consolidar una nueva conducta más saludable: la fase de mantenimiento (II). *FMC*. 2008;15(9):577-81;
248. Rollnick S, Butler C, Kinnersley P, Gregory J, Mash B. Motivational interviewing. *BMJ*. 2010;340:c1900; <http://www.bmj.com/cgi/doi/10.1136/bmj.c1900>
249. Perula L, Campiñez M, Bosch J, Barragán N, Boveda J, Arbonies J, et al. Is the Scale for Measuring Motivational Interviewing Skills a valid and reliable instrument for measuring the primary care profesionales motivational skills?: EVEM study protocol. *BMC family practice*. 2012(13):112;
250. Keeley R, Burke B, Brody D, Dimidjian S, Engel M, Emsermann C, et al. Training to use motivational interviewing techniques for depression: a cluster randomized trial. *Journal of the American Board of Family Medicine : JABFM*. 2014;27(5):621-36; <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25201932>
251. Carroll K, Ball S, Nich C, al. e. Motivational interviewing to improve treatment engagement and outcome in individuals seeking treatment for substance abuse: a multisite effectiveness study. *Drug and Alcohol Dependence*. 2006;81:301-12;
252. Lane C, Hood K, Rollnick S. Teaching motivational interviewing: using role play is as effective as using simulated patients. *Medical Education BMC*. 2008(42):637-44;
253. Rubak S, Sandbæk A, Lauritzen T, Borch-Johnsen K, Christensen B. An education and training course in motivational interviewing influence: GPs' professional behaviour — ADDITION Denmark. *Br J Gen Pract*. 2006(56):429-36;
254. Saitz R, Sullivan L, Samet J. Training community-based clinicians in screening and brief intervention for substance abuse problems: translating evidence into practice. *Substance Abuse*. 2000;21:21-31;
255. Miller WR, Yahne CE, Moyers TB, Martinez J, Pirritano M. A randomized trial of methods to help clinicians learn motivational interviewing. *Journal of consulting and clinical psychology*. 2004;72(6):1050-62; <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15612851>
<http://psycnet.apa.org/journals/ccp/72/6/1050/>
256. Bóveda J, Barragán N, Campiñez M, Pérula L, Bosch J, Martín R, et al. Effectiveness of motivational interviewing in patients with dyslipidemia: a randomized cluster trial. *BMC Family Practice*. 2015;16:151; <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/s12875-015-0370-2.pdf>
257. Pérula L, Bosch J, Bóveda J, Campiñez M, Barragán N, Arbonies J, 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-; <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3238296&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3238296/pdf/1471-2296-12-125.pdf>
258. Barragán Brun N, Prados Castillejo JA, Boveda Fontan J, Pérula de Torres LÁ, Martín Álvarez R, Campiñez Navarro M. Impacto de la formación en entrevista motivacional (EM): autocumplimentación de un cuestionario en la consulta XXXIV Congreso de la semFYC; Gran Canaria 2014.
259. Barragan Brun N, Blay C, Demestre X, Iriondo M, Soler M, Martínez Carretero JM. Neonatologists' professional competences evaluation: first pilot OSCEs in Catalonia. *The 10th Ottawa Conference on Medical Education 2002*.

ANEXO 1 Protocolo del Estudio Dislip-EM

PROCOLO DE ESTUDIO

Eficacia de la entrevista motivacional en pacientes con dislipemia atendidos en consultas de Atención Primaria (Estudio Dislip-EM)

Este documento es propiedad del promotor del estudio y debe ser tratado de forma confidencial. Deberá ser devuelto a petición de PROMOTOR Ninguna parte del mismo podrá ser reproducida, transmitida, revelada o utilizada de ningún modo sin autorización escrita del promotor

COMPONENTES DEL ESTUDIO

Protocolo: Eficacia de la entrevista motivacional en pacientes con dislipemia atendidos en consultas de Atención Primaria (Estudio Dislip-EM)

Coordinador general:

-Luís Ángel Pérula de Torres

Equipo de dirección del proyecto (EDP):

-Luís Ángel Pérula de Torres
-Josep M^a Bosch Fontcuberta
-Julia Bóveda Fontán
-Manuel Campiñez Navarro
-Nieves Barragán Brun
-Juan Carlos Arbonies Ortiz

Coordinadores de área:

-Josep M^a Bosch Fontcuberta (Barcelona)
-Julia Bóveda Fontán (Vigo)
-Luís Ángel Pérula de Torres (Córdoba)

Responsables clínicos:

-Julia Bóveda Fontán (Coordinadora)
-Enrique Martín Rioboó

Responsables del Plan de Formación:

- Nieves Barragán Brun (Coordinadora)
- José Antonio Prados Castillejo
- Josep M^a Bosch Fontcuberta
- Remedios Martín Alvarez
- Juan Carlos Arbonies Ortiz
- Josep Massons Cirera

Responsable de la validación del EVEM:

-Manuel Campíñez Navarro

Personal técnico (monitora):

-Margarita Criado Larumbe

Asesores del proyecto:

-Roger Ruiz Moral

-José Ángel Fernández García

-Francisco Buitrago Ramírez

-Ana Carvajal de la Torre

-Inmaculada Olaya Caro

-Modesto Pérez Díaz

-Joaquín Ruiz de Castroviejo

LISTA DE ABREVIATURAS

AA	Acontecimiento Adverso
APS	Atención Primaria de Salud
BPC	Buena Práctica Clínica
CEIC	Comité Ético de Investigación Clínica
CEIP	Comité Español Interdisciplinario para la Prevención Cardiovascular
CI	Consejo Informativo
CRD	Cuaderno de Recogida de Datos
EM	Entrevista Motivacional
EVEM	Escala de Valoración de la Entrevista Motivacional
EVC	Eventos Cardiovasculares
FRCV	Factores de Riesgo Cardiovascular
GC	Grupo Control
GE	Grupo Experimental
IMC	Índice de Masa Corporal
PA	Presión Arterial
RCV	Riesgo Cardio-Vascular
UBE	Unidades de Bebida Estándar

1. RESUMEN

0. Tipo de solicitud

Estudio de intervención con diseño de ensayo equivalente a fase IV, con una medida no farmacológica.

1. Identificación del promotor

Luís Ángel Pérula de Torres

Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Córdoba

Distrito Sanitario Córdoba

C/ Dr. Blanco Soler, s/n

14004-Córdoba

Tel: 957012543 - 697956874

Fax: 957012504

E-mail: langel.perula.sspa@juntadeandalucia.es

2. Título del estudio

Eficacia de la entrevista motivacional en pacientes con dislipemia atendidos en consultas de Atención Primaria (Estudio Dislip-EM)

3. Código del protocolo

No procede

4. Investigador principal

Luís Ángel Pérula de Torres

5. Centros en los que se prevé realizar el ensayo (ver anexo)

32 Centros de Salud del Sistema Nacional de Salud

6. Comités Éticos de Investigación Clínica que han aprobado el ensayo

Comité de Ética de Investigación Clínica del Hospital Regional Universitario Reina Sofía (Córdoba).

6.1 CEIC de Referencia

Comité de Ética de Investigación Clínica del Hospital Regional Universitario Reina Sofía (Córdoba).

6.2 Resto de Comités Éticos de Investigación Clínica que evaluarán el ensayo

Pendiente de aprobación

7. Responsables técnicos del estudio

Dirección del estudio:

Luís Ángel Pérula de Torres
Teléfono: 957012543
Fax: 957012504
e-mail: langel.perula.sspa@juntadeandalucia.es

Monitora clínica:

Julia Bóveda Fontán
Teléfono: 637521917
e-mail: jboveda1@gmail.com

Monitora técnica:

Margarita Criado Larumbe
Teléfono: 957012545
Fax: 957012504
e-mail: margarita.criado.exts@juntadeandalucia.es

8. Responsables de la estadística del estudio

8.1 Responsable de la gestión de datos

Margarita Criado Larumbe
Teléfono: 957012545
Fax: 957012504
e-mail: margarita.criado.exts@juntadeandalucia.es

8.2 Responsable del análisis estadístico

Luís Ángel Pérula de Torres
Teléfono: 957012543
Fax: 957012504
e-mail: langel.perula.sspa@juntadeandalucia.es

9. Fase del ensayo: equivalente a fase IV**10. Objetivos**Objetivo principal

Comprobar la eficacia de una intervención multifactorial preventiva basada en la EM, para lograr un mejor control de los niveles lipídicos, en comparación con el consejo médico habitual, en pacientes con Dislipemia diagnosticados en consultas de APS.

Objetivos Específicos

Comprobar si una intervención multifactorial preventiva basada en la EM, en comparación con el Consejo informativo habitual, tras 12 meses de seguimiento, logra en mayor medida:

- Mejorar el perfil lipídico: tasa de sujetos que presentan una reducción de Colesterol Total, cLDL, Triglicéridos, índice aterogénico (Colesterol Total / Colesterol HDL).
- Reducir el riesgo cardiovascular (RCV).
- Mejorar la dieta de los pacientes (adherencia a la dieta mediterránea y menor ingesta de grasas saturadas).
- Aumentar el grado de actividad física.
- Reducir el peso corporal en pacientes con sobrepeso u obesidad.
- Mejorar el grado de adherencia terapéutica a los fármacos hipolipemiantes prescritos.

Objetivos Complementarios

- Comprobar la eficacia del Plan de Formación en EM.
- Validar un instrumento de medida para evaluar la EM (escala EVEM).

11. Diseño

Estudio de intervención con una herramienta comunicacional (EM); su desarrollo no queda regulado por el Real Decreto de Ensayos Clínicos con Medicamentos 223/2004 de 6 de febrero.

La intervención en estudio consistirá en utilizar la EM como modo de entrevistarse/relacionarse con el paciente, en comparación con el abordaje habitual (Informativo), con el objeto de comprobar si dicho abordaje es más eficaz para favorecer conductas cardioprotectoras (dieta cardiosaludable, ejercicio físico, abandono de hábitos tóxicos como consumo de tabaco y alcohol) y mejorar el control lipídico disminuyendo con ello el RCV.

Por su diseño, es un ensayo clínico multicéntrico abierto, controlado y aleatorizado por cluster, con dos grupos de población a los que se les seguirá durante un periodo de 12 meses.

12. Enfermedad o trastorno en estudio

Pacientes con Dislipemia.

13. Variable principal de valoración

-Cambios en el perfil lipídico calculado a través del Colesterol Total, cLDL, Triglicéridos e índice aterogénico (Colesterol total/cHDL).

-Cambios en el riesgo cardiovascular calculado a partir de las tablas SCORE, REGICOR, DORICA y Framingham.

14. Población en estudio y número total de sujetos participantes**Población en estudio**

En este estudio se incluirán sujetos de ambos sexos, de 40 a 75 años de edad, diagnosticados de dislipemia.

Se excluirán aquellos que presenten hipercolesterolemia secundaria, enfermedad cardiovascular conocida, diabetes, EPOC severa, enfermedad hepática, enfermedad renal y otras patologías severas agudas o crónicas o alteraciones analíticas que a juicio del investigador hicieran que la inclusión del

paciente no fuese conveniente. Tampoco serán candidatos a participar aquellos sujetos con patología psiquiátrica o consumo de sustancias adictivas (bebedores de riesgo y con Síndrome de Dependencia al Alcohol, dependencia a otras sustancias psicoactivas, excepto el tabaco).

Para este estudio está previsto aleatorizar a unos 50-55 médicos voluntarios que reclutaran 436 pacientes.

15. Duración de la intervención

La duración de la intervención en estudio es de 12 meses.

16. Calendario y fecha prevista de finalización

Fecha prevista de inclusión del primer participante en el estudio: Junio 2010.

Duración del reclutamiento: 4 meses.

Duración del seguimiento: 12 meses.

Duración del ensayo: 16 meses

2. INDICE

1.- RESUMEN.....	5
2.- INDICE	10
3.- ANEXOS	12
4.- INFORMACION GENERAL.....	13
5.- ANTECEDENTES Y JUSTIFICACION	14
5.1.- Introducción.....	14
5.2.- Justificación del estudio	16
6.- OBJETIVOS DEL ESTUDIO	17
6.1.- Objetivo principal	17
6.2.- Objetivos específicos	17
6.3.- Objetivos complementarios	17
7.- TIPO DE ENSAYO Y DISEÑO DEL MISMO	18
7.1.- Fase de desarrollo.....	18
7.2.- Diseño global del estudio.....	18
7.3.- Técnicas de enmascaramiento	20
7.4.- Proceso de aleatorización	20
8.- SELECCION DE LOS SUJETOS	20
8.1.- Selección de sujetos participantes	20
- Criterios de inclusión	20
- Criterios de exclusión	21
8.2.- Número de sujetos previstos y justificación	22
8.3.- Criterios de retirada de los sujetos y procedimientos a seguir	22
8.4.- Criterios de reemplazamiento de sujetos	23
8.5.- Duración del ensayo	23
9.- DESCRIPCION DE LA INTERVENCION	24
9.1.- Intervención en investigación	24
9.2.- Asignación de la intervención	25
- Códigos identificativos del participante	25
- Números de aleatorización	25
9.3.- Tratamientos concomitantes	25

10.- DESARROLLO DEL ESTUDIO	26
10.1.- Plan de formación (Ver anexo 6)	26
10.2.- Trabajo de campo: Programa de visitas	27
10.2.1.- Programa de visitas común para ambos grupos	27
10.2.2.- Programa de visitas Grupo Experimental.....	29
10.2.3.- Programa de visitas Grupo Control	33
10.3.- Procedimientos y medidas del ensayo	36
11.- VARIABLES E INSTRUMENTOS DE MEDIDA	37
11.1.- Variables en estudio	37
- Variables de resultado principales	37
- Variables de resultado intermedias	37
- Variables independientes y/o pronósticas	37
11.2.- Instrumentos de medida	38
11.2.1.- Cálculo del riesgo cardiovascular	38
11.2.2.- Medidas antropométricas	39
11.2.3.- Determinaciones analíticas	40
11.2.4.- Medida de la presión arterial y de la frecuencia cardíaca.....	40
11.2.5.- ECG	41
11.2.6.- Evaluación de hábitos alimentarios.....	41
11.2.7.- Actividad física	42
11.2.8.- Medida de la adherencia terapéutica	42
12.- ANALISIS ESTADISTICO	42
12.1.- Población para análisis.....	42
12.2 Estrategia de análisis estadístico	42
13.- ACONTECIMIENTOS ADVERSOS (AA)	43
13.1.- Marco legal	43
13.2.- Procedimientos frente a acontecimientos o reacciones adversas	44
14.- ASPECTOS ETICOS	44
14.1.- Requisitos éticos y reguladores	44
14.1.1.- Responsabilidades del investigador	44
14.1.2.- Consentimiento informado	45
14.1.3.- Aprobación del Comité Etico de Investigación Clínica (CEIC).....	45
14.2.- Modificaciones del protocolo	46
14.3.- Póliza de seguros	46

14.4.- Acceso a los datos del participantes	46
15.- GESTION DE DATOS Y PROCEDIMIENTOS DE CONTROL DE CALIDAD	47
15.1.- Procedimientos de gestión de datos.....	47
15.2.- Monitorización del estudio	48
16.- CONSIDERACIONES PRACTICAS	50
16.1.- Responsabilidades de todos los participantes en el estudio	50
16.1.2 Investigador	50
16.1.2.- Monitora	50
16.2.- Presentación de resultados	50
16.3.- Publicación de resultados	50
17.- REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	52

3. ANEXOS

ANEXO I. CUADERNO DE RECOGIDA DE DATOS	55
ANEXO II. PROTOCOLO CLINICO DE ACTUACION	56
ANEXO III. CRONOGRAMA DEL ESTUDIO	75
ANEXO IV. HOJA DE INFORMACION AL SUJETO Y CONSENTIMIENTO INFORMADO	76
ANEXO V. CENTROS E INVESTIGADORES PARTICIPANTES	82
ANEXO VI. PLAN DE FORMACION	84
ANEXO VII.CUESTIONARIO ADHERENCIA A LA DIETA MEDITERRÁNEA.....	85
ANEXO VIII.CUESTIONARIO INTERNACIONAL DE ACTIVIDAD FISICA.....	86
ANEXO IX. CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO	89

4. INFORMACIÓN GENERAL

Identificación del ensayo

Número EudraCT: no procede

Título

Eficacia de la entrevista motivacional en pacientes con dislipemia atendidos en consultas de Atención Primaria (Estudio Dislip-EM)

Tipo de ensayo clínico

Ensayo clínico abierto, aleatorizado por cluster, controlado, multicéntrico.

Descripción de los productos en estudio

- **Experimental:** Entrevista Motivacional (EM)
- **Control:** Consejo informativo (CI)
- **Periodo de seguimiento:** 12 meses

Datos de los investigadores del ensayo

(ver Anexo V)

Centros en que se realizará el ensayo

(ver Anexo V)

Duración prevista del ensayo

- Fecha prevista de inclusión del primer sujeto en el estudio: junio de 2010
- Duración del reclutamiento: 4 meses (de junio a septiembre de 2010)
- Duración del tratamiento: 12 meses
- Duración del ensayo: 16 meses

5. ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN

5.1.Introducción

Tenemos suficiente evidencia científica sobre la relación de causalidad entre la elevación de los niveles de colesterol y la incidencia de eventos cardiovasculares (ECV), así como de que esta incidencia se reduce cuando disminuyen los niveles de colesterol plasmático (1). La arteriosclerosis es un proceso inflamatorio de origen multifactorial en el que están implicados múltiples factores de riesgo cardiovascular (FRCV). El riesgo atribuible a cualquier nivel sanguíneo de colesterol también depende en gran medida de la coexistencia de otros FRCV (2). Por todo ello la probabilidad de eventos cardiovasculares en un paciente con dislipemia, está relacionado directamente con el RCV total y no aisladamente con sus cifras de lípidos plasmáticos (3).

Desde el enfoque de la Atención Primaria -AP-, es de vital relevancia el papel del médico de familia en la prevención primaria de la dislipemia, tanto por lo que respecta a su detección como a su abordaje terapéutico. Y es en este sentido, sabemos que las recomendaciones sobre estilos de vida saludable tienen una evidencia científica más alta (grados de recomendación A y B) cuando el propio tratamiento farmacológico está indicado (grado de recomendación D) (4). Disponemos de intervenciones con efectividad demostrada, dirigidas a disminuir el consumo de tabaco y alcohol y a promover una alimentación saludable en personas de riesgo (5). No obstante, la magnitud es de pequeña a moderada y la mayoría de las medidas se recomiendan más en base a la eficacia en la reducción del riesgo sobre la morbimortalidad, que sobre la evidencia clara de que la intervención desde la AP ayude a cambiar la conducta (6).

Un aspecto fundamental, pues, es saber cuál es la estrategia más efectiva que podría utilizar el profesional de AP para ayudar al paciente a cambiar estilos de vida perjudiciales para su salud. Existe una amplia variedad de teorías que intentan explicar las conductas de salud humanas y el porqué de sus cambios y/o su permanencia. El reto consiste en hacer operativas las teorías en el cuarto escalón de la pirámide de Miller (7) con un buen equilibrio coste-beneficio. Hasta la fecha, muchas de estas teorías han quedado manifiestas en actividades preventivas que

incluyen el consejo breve (*advice*), y el asesoramiento (*counseling*) (8). En este marco, la Entrevista Motivacional (EM) ha tomado protagonismo en los últimos años, y en determinadas circunstancias y problemas de salud se ha mostrado efectiva para ayudar a cambiar conductas (9). La EM se desarrolló inicialmente como una manera de ayudar a las personas a trabajar su ambivalencia y alcanzar el cambio (10). Se trataba de un modelo transteórico, derivado de la Terapia Centrada en el Cliente, que combinaba un estilo empático y comprensivo de *counseling* (11) y a su vez un método directivo para resolver la ambivalencia en la dirección del cambio. La evolución y la profundización en el estudio de la EM han hecho que hoy día la definamos como un "estilo de habilidades clínicas para obtener de los pacientes sus propias motivaciones para hacer cambios de conducta en dirección al interés de su salud" (12). La EM ha demostrado, en sus diferentes variables aplicativas, una efectividad superior a otros modelos como el informativo o el cognitivo-conductual clásicos, incluso a algunas terapias farmacológicas (13).

Como consecuencia de lo anterior surge la necesidad de disponer de herramientas válidas y fiables que nos permitan conocer en qué grado el profesional utiliza la herramienta de la EM. En este sentido, las aportaciones publicadas no son muy abundantes, y cabría tan sólo destacar dos herramientas. La primera recoge el enfoque teórico más ortodoxo de la EM: el Código Técnico de Entrevista Motivacional (Motivational Interviewing Skills Code: MISC) (14), y su versión abreviada –más aplicable– la MITI (Motivational Interviewing Treatment Integrity) (15). La segunda está basada en el Consejo sobre el Cambio de Conducta (Behaviour Change Counseling): se trata del BECCI (Behaviour Change Counseling Index) (16). Ambas han demostrado su validez y fiabilidad evaluando la competencia en EM. No obstante, hasta la fecha apenas disponemos de estudios hechos con esas herramientas por parte de profesionales de nuestro ámbito (17). En este contexto el presente proyecto propone, como un elemento esencial y complementario, la validación de un instrumento de medida de la EM: la Escala de Valoración de la Entrevista Motivacional -EVEM-.

Finalmente, hay que poner de manifiesto que los datos de que disponemos sobre la formación de los profesionales evidencian dos aspectos de importante relevancia (18, 19): 1) A pesar de que los médicos dedican muchas horas a su formación, los resultados en salud de sus pacientes no parecen mejorar en función de ésta; 2) El tipo de formación que mejores resultados en salud genera es la interactiva (trabajo conjunto tutor-discente) y la mixta (magistral con interacción). Sabemos también que

en los programas formativos de los profesionales sanitarios (como los médicos de atención primaria), el entrenamiento en entrevista clínica no ofrece unos estándares mínimos, dado que la formación es aún "no reglada", es voluntaria y habitualmente realizada en el postgrado. Así pues, cada profesional ofrece a sus pacientes un estilo de entrevista clínica no evaluado ni contrastado, como si ese aspecto de la competencia profesional fuese de escasa importancia e impacto clínico. En el presente trabajo aplicaremos un plan de formación estandarizado en EM, siguiendo los modelos ya establecidos en la literatura (20), englobados actualmente en la red MINT (Motivational Interviewing Network of trainers), siguiendo las 8 etapas descritas por Moyers y Millar (21), y ofreciendo feedback formativo para obtener mejores resultados en habilidades clínicas (22).

5.2. Justificación del estudio

El presente proyecto representa un intento de avance sobre un aspecto de la atención sanitaria que es considerado clave en los sistemas sanitarios occidentales hoy día, por su elevada magnitud, como es el comprobar cuáles son los abordajes preventivos más efectivos en la lucha contra las Enfermedades Cardiovasculares en el nivel primario de atención. Existen escasas publicaciones que demuestren la eficacia de las intervenciones no farmacológicas en el tratamiento de las dislipemias. Demostrar cuál de las dos intervenciones aquí testadas resulta más eficaz, puede tener un impacto importante sobre la práctica clínica a la hora de diseñar y proponer protocolos clínicos de actuación dirigidos a la prevención de los FRCV. Las técnicas de entrevista clínica y de educación sanitaria constituyen la "tecnología" fundamental que ha de manejar el médico de familia con sus pacientes. Obtener evidencias científicas sobre la eficacia de la EM en el entorno de la APS, en rigurosas condiciones de control sobre la formación y la integridad de las medidas terapéuticas, nos permitirá disponer de una técnica barata, breve, efectiva y aplicable para ayudar a los pacientes a cambiar sus estilos de vida y para lograr mejores resultados de salud.

6. OBJETIVOS DEL ESTUDIO

6.1. Objetivo Principal

Comprobar la eficacia de una intervención multifactorial preventiva basada en la EM, para lograr un mejor control de los niveles lipídicos, en comparación con el Consejo médico habitual, en pacientes con Dislipemia diagnosticados en consultas de APS.

6.2. Objetivos Específicos

Comprobar si una intervención multifactorial preventiva basada en la EM, en comparación con el Consejo informativo habitual, tras 12 meses de seguimiento, logra en mayor medida:

- Mejorar el perfil lipídico: tasa de sujetos que presentan una reducción de Colesterol Total, cLDL, Triglicéridos, índice aterogénico (Colesterol Total / Colesterol HDL).
- Reducir el riesgo cardiovascular (RCV).
- Mejorar la dieta de los pacientes (adherencia a la dieta mediterránea con menor ingesta de grasas saturadas).
- Aumentar el grado de actividad física.
- Reducir el peso corporal en pacientes con sobrepeso u obesidad.
- Mejorar el grado de adherencia terapéutica a los fármacos hipolipemiantes prescritos en su caso.

6.3. Objetivos complementarios

- Comprobar la eficacia del Plan de Formación en EM.
- Validar un instrumento de medida para evaluar la EM (escala EVEM).

7. TIPO DE ENSAYO Y DISEÑO DEL MISMO

7.1. Fase de desarrollo

Ensayo clínico (estudio experimental), equivalente a un ensayo en fase IV.

7.2. Diseño global del estudio

Estudio de intervención con una herramienta comunicacional (la EM), cuyo desarrollo no queda regulado por el Real Decreto de Ensayo Clínicos con Medicamentos 223/2004 de 6 de febrero.

La intervención en estudio consiste en utilizar la EM en la consulta de atención primaria, como estilo de relación con el paciente, en comparación con el abordaje habitual (informativo), con el objeto de comprobar si dicho abordaje es más eficaz para favorecer conductas cardioprotectoras (dieta, ejercicio físico, abandono de hábitos tóxicos como consumo de tabaco y alcohol) y mejorar el control lipídico.

Por su diseño se trata de un ensayo clínico multicéntrico abierto, controlado y aleatorizado por cluster, con dos grupos de población que seguirán un periodo de 12 meses.

1. PRIMERA FASE:

Los profesionales (médicos de familia) participantes serán asignados aleatoriamente al grupo Experimental (GE) o Control (GC) del estudio:

⇒ **Para GE:** los profesionales, previamente adiestrados, utilizarán EM.

⇒ **Para GC:** los profesionales utilizarán CI.

2. PERIODO DE CAPTACIÓN DE PACIENTES:

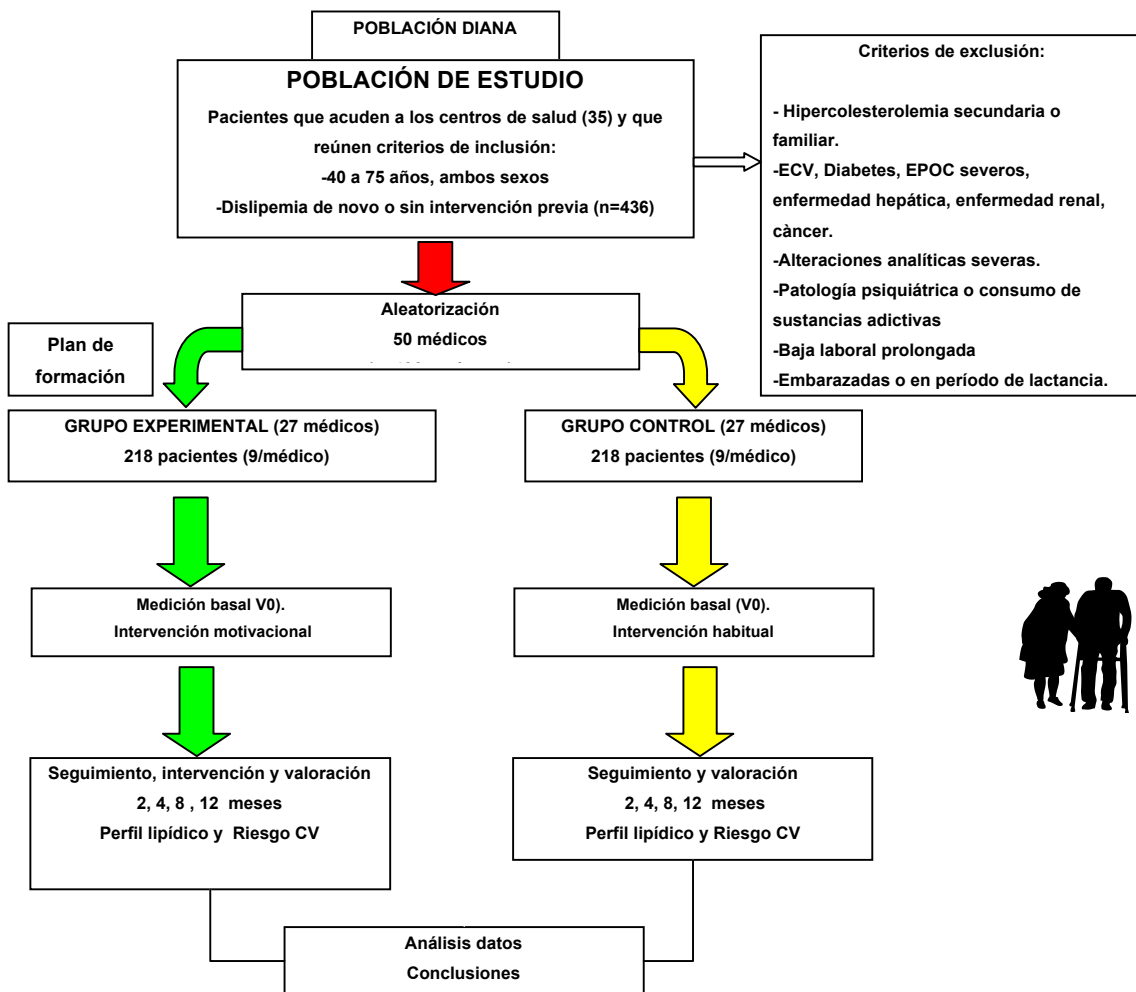
Durante 16 semanas los profesionales reclutarán pacientes que reúnan los criterios de selección, iniciando la intervención y el seguimiento.

3. SEGUNDA FASE:

Los participantes realizarán el seguimiento del estudio durante 12 meses según el grupo de asignación:

- ⇒ **Para GE:** los pacientes recibirán atención médica por su dislipemia siguiendo un abordaje basado en la EM.
- ⇒ **Para GC:** los pacientes recibirán atención médica por su dislipemia siguiendo el abordaje habitual, basado en el CI.

Figura 1. Esquema del diseño del estudio



7.3. Técnicas de enmascaramiento

Se trata un ensayo abierto. Dadas las características de la intervención, no es viable realizarla de forma ciega salvo en el análisis estadístico.

7.4. Proceso de aleatorización

La distribución de los médicos participantes se realizará mediante asignación aleatorizada en proporción 1:1 para GE y GC, antes del inicio del trabajo de campo.

8. SELECCIÓN DE LOS SUJETOS

8.1. Selección de sujetos participantes:

Criterios de inclusión

A. Del profesional:

- 1) Trabajar en un centro de salud y tener estabilidad laboral en el periodo 2010-2011.
- 2) Firmar la hoja de compromiso y confidencialidad.

B. Del paciente:

- 1) Ambos sexos, entre 40 y 75 años de edad.
- 2) Diagnóstico de dislipemia en base a la siguiente clasificación:
 - **Hipercolesterolemia definida:** colesterol total >250 mg/dl (6.45 mmol/l) y triglicéridos <200 mg/dl (2.26 mmol/l).
 - **Hipertrigliceridemia:** colesterol total <200 mg/dl (5.17 mmol/l) y triglicéridos >200 mg/dl (2.26 mmol/l).
 - **Hiperlipidemia mixta:** colesterol total >200 mg/dl (5.17 mmol/l) y triglicéridos >200 mg/dl (2.26 mmol/l).

(Mantilla Morató T et al. Dislipemias; manejo de las dislipemias en atención primaria. Barcelona: semFYC Ediciones; 2007).

- 3) Sin tratamiento farmacológico hipolipemiente en el momento de su inclusión

Versión

Septiembre 2010

4) Firmar el consentimiento informado.

Criterios de exclusión

Serán excluidos aquellos sujetos que cumplan cualquiera de los siguientes criterios:

1. Aquellas patologías susceptibles de ser capaces de producir una dislipemia secundaria y que precisen de tratamientos farmacológicos para su control.
2. Sujetos que tengan antecedentes de eventos cardiovasculares*.
3. Otros problemas de salud crónicos como Diabetes o EPOC grave.
4. Sujetos con diagnóstico actual de cáncer.
5. Sujetos que presenten alteraciones graves de la función hepática.
6. Insuficiencia renal crónica, definida por un filtrado glomerular < 30 ml/min.
7. Sujetos bebedores de riesgo y/o con SDA: pacientes que refieran un consumo habitual de alcohol igual o superior a 28 unidades de bebida estándar (UBE) por semana en el hombre o 17 UBE a la semana en la mujer (1 UBE= 10 gr alcohol puro = 1 copa de vino = 1 quinto cerveza o caña = ½ copa de licor o whisky o coñac) y con datos de sospecha de Síndrome de Dependencia al Alcohol.
8. Sujetos con consumo de otras sustancias adictivas.
9. Sujetos que por circunstancias sociales o por sus características personales (nivel cognitivo, estados psicológicos alterados, etc.), se prevea una dificultad razonable para llevar el seguimiento o cumplir con los procedimientos del estudio.
10. Pacientes con una baja laboral prolongada (más de 6 meses).
11. Mujeres embarazadas o en periodo de lactancia.

**La aparición de un evento cardiovascular durante el seguimiento no obliga a la retirada del estudio, siempre y cuando la gravedad del proceso u otros condicionantes (punto 9) no obliguen a ello. En este caso, deberá quedar registrado en el CRD el evento CV sufrido.*

8.2. Número de sujetos previsto y justificación

Basándonos en los resultados de estudios previos (Cliona, 1998; Márquez, 2004), estimando una varianza en los niveles de colesterol de 40 mg/dl, una diferencia esperada en los resultados del colesterol total de 15 mg/dl entre el GE y el GC; para un error alfa=0,05; error beta=15%, el número mínimo de sujetos a reclutar sería de 128/grupo.

Al tratarse de un sistema de aleatorización por conglomerados, tendremos en cuenta el “efecto de diseño”. Las estimaciones del coeficiente de correlación intraconglomerado (CCI) en ECC por conglomerados en AP muestran que son generalmente menores de 0,05 (Campbell et al. Sample Size Calculations for Cluster Randomised Trials. J Health Serv Res Policy 2000; 5: 12-16.). Este CCI se traduce, para un tamaño de conglomerado de 15, en un efecto del diseño que corresponde a un factor de 1,7. Asumiendo este valor, el tamaño del estudio sería de **436** sujetos a reclutar (218 en cada grupo), correspondientes a las 50-55 UBAs (8-9 pacientes/médico participante).

8.3. Criterios de retirada de los sujetos y procedimientos a seguir

Los pacientes participantes pueden interrumpir el seguimiento en cualquier momento, sin tener que dar ninguna explicación.

Los participantes pueden ser retirados del estudio por los siguientes motivos:

1. No desean continuar (retirada del consentimiento) por cualquier motivo.
2. Violación o desviación significativa de los procedimientos específicos del protocolo.
3. Pérdida de seguimiento.
4. Aparición de una enfermedad intercurrente clínicamente significativa que afecte a la participación en el estudio.
5. El investigador considera que es beneficioso para el sujeto participante retirarlo del estudio.

La retirada de un participante en el estudio no representará ningún tipo de perjuicio para el mismo en las atenciones médicas actuales, en tratamientos posteriores o en el trato a recibir por el médico.

Si un participante es retirado del estudio en cualquier momento, el motivo deberá registrarse en la hoja correspondiente del cuaderno de recogida de datos (CRD).

Los participantes que sean retirados del estudio a causa de resultados anormales de los valores de laboratorio, deberán ser seguidos hasta la total resolución o durante un período de tiempo considerado clínicamente razonable por el investigador.

Se considerarán evaluables aquellos que cumplan todos los criterios de inclusión y ninguno de exclusión y hayan realizado las visitas de inicio y del periodo de estudio y se disponga de los datos de eficacia de al menos un segundo control en dicho periodo. Si se pierde el seguimiento de un participante, se realizarán todos los esfuerzos posibles para contactar con él y obtener la información de la visita.

8.4. Criterios de reemplazamiento de los sujetos

Los participantes que abandonen el estudio no serán sustituidos.

8.5. Duración del ensayo (ver en anexo cronograma)

La duración prevista del ensayo es la siguiente:

1. Fecha prevista de inclusión del primer sujeto en el estudio: junio de 2010
2. Duración del reclutamiento: 4 meses (de junio a septiembre de 2010)
3. Duración de la intervención: 12 meses
4. Duración del estudio: 16 meses

9. DESCRIPCIÓN DE LA INTERVENCIÓN

9.1. Intervención en investigación

Los pacientes participantes del GE recibirán atención por parte de su médico con un abordaje basado en la EM, mientras que los del GC recibirán la intervención habitual (CI). Ambos grupos trabajarán con la evidencia científica de las guías de práctica clínica actuales (ver Anexo 2, protocolo clínico).

-GE: “Entrevista Motivacional” (el documento-guía para realizar este abordaje se suministrará a los participantes en el taller)

Los profesionales del GE realizarán una intervención basada en la EM como estilo de relación con el paciente, teniendo en cuenta asimismo las recomendaciones del protocolo de actuación clínica (Anexo II)

En el presente trabajo vamos a aplicar una formación estandarizada en EM, siguiendo los modelos ya establecidos en la literatura y los trabajos reconocidos de autores internacionales, englobados actualmente en una sociedad, la MINT (Motivational Interviewing Network of Trainers) que cumple con las exigencias internacionales de investigación y divulgación.

En la actualidad se acepta que son 8 las tareas a entrenar en la formación en EM:

TAREAS EN EL APRENDIZAJE DE LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL	
1	Espíritu general (pensamiento colaborativo, respeto por la autonomía del paciente...)
2	Habilidades de orientación centradas en las personas (empatía, ...)
3	Reconocer el discurso del paciente dirigido al cambio y el discurso de estancamiento
4	Evocar y fortalecer el discurso dirigido al cambio
5	Avanzar (saber rodar) con el discurso de estancamiento y la resistencia
6	Desarrollar un plan de cambio aceptable y adecuado a la persona
7	Consolidar el compromiso ayudando a desarrollar intenciones específicas de cambio
8	Saber combinar la EM con otros métodos de intervención

-GC: “Consejo informativo habitual”. Basado en realizar el consejo médico que habitualmente llevan a cabo, indicando al paciente la necesidad de cambiar sus estilos de vida hacia hábitos más cardiosaludables, siguiendo las recomendaciones que se postulan en el protocolo clínico en cuanto a dieta, ejercicio físico, consumo de tabaco y alcohol (Anexo 2, protocolo clínico).

9.2. Asignación de la intervención

Códigos identificativos del participante

En la visita -1 (Preinclusión), y después de obtener el consentimiento informado del candidato, se le asignará un número de selección de cuatro cifras; **las dos primeras cifras indicarán el médico encargado de su atención y las dos últimas seguirán una numeración secuencial que identificará al sujeto durante el estudio**. Por ejemplo, el participante 0101 será el primer sujeto seleccionado del Médico 1.

Números de aleatorización

La unidad de aleatorización será el médico y la unidad de intervención será el paciente con dislipemia. A cada médico participante se le asignará un número de aleatorización de acuerdo a la intervención, según la lista de aleatorización estratificada por zonas (Barcelona, Córdoba y Vigo). Por lo tanto cada médico estará identificado por el número de aleatorización asignado.

Si un médico abandona el estudio por cualquier motivo, después de que se le haya asignado el número de selección, el número no volverá a asignarse a ningún otro participante.

9.3. Tratamientos concomitantes

Todos los estados de salud alterados o enfermedades que puedan coexistir serán tratados de acuerdo con la práctica clínica habitual.

El investigador deberá instruir al participante para que informe a su médico del estudio de todas aquellas medicaciones relevantes y terapias no farmacológicas significativas (infusiones, vitaminas, productos energéticos, etc.) administradas que esté tomando al

inicio y/o después de iniciar el estudio (o deje de tomar). Estas medicaciones (y/o productos no farmacológicos) se registrarán en la página correspondiente del CRD.

- Si se recibe medicación incompatible con la participación en el estudio, será una violación de protocolo.
- Si el médico responsable del sujeto participante, prevé qué tendrá que tomar medicación incompatible con la participación, deberá retirarlo antes del estudio.

10. DESARROLLO DEL ESTUDIO

10.1 Plan de Formación (Ver anexo VI)

Los investigadores recibirán un Programa de Formación previo y serán adiestrados en la recogida de los datos y en los procedimientos de actuación en cada caso, al objeto de que las intervenciones sean lo más estandarizadas posibles.

Los componentes de ambos grupos recibirán una sesión formativa sobre actuación integral del paciente con Dislipemia (Protocolo clínico de actuación).

Los médicos del GE acudirán además a un Taller de 16 horas sobre EM. A los investigadores del GC se les ofertará la realización de este mismo taller tras la conclusión del trabajo de campo.

Los investigadores de ambos grupos se videograbarán (2 entrevistas clínicas con pacientes simulados y dos escenarios diferentes) con el objeto de comprobar las condiciones basales. Además los investigadores del GE se volverán a videografiar en otras dos consultas con pacientes entrenados tras el taller de EM y recibirán un feedback docente (PBI). Las entrevistas serán valoradas mediante la Escala EVEM.

Como mecanismo de control de calidad y para el seguimiento de la intervención a testar **se videograbarán consultas con pacientes reales** y los investigadores del GE recibirán el feedback oportuno (2 sesiones de PBI), con el objeto de mejorar o reforzar sus habilidades en EM. El paciente a videografiar en consulta es el que haga el N° 3, es decir, el que se capta en 3ª posición. Y las consultas que se videograbarán serán la V1, V2, V3 y V4 (4 en total por investigador participante, tanto del GE como del GC), no la V-1 (preinclusión) ni la V0 (basal). En caso de que se produjera la pérdida o retirada

Versión

Septiembre 2010

del paciente N° 3 o éste no quisiera ser videograbado, se pasaría a videograbar al N° 4, y si también se produjera pérdida de éste se pasaría al N° 5, y así sucesivamente. Si por alguna circunstancia, el investigador no llegase a captar 3 pacientes, deberá de videograbar a alguno de los 2 reclutados, en las visitas que le sea posible (es decir, si ya ha pasado la V1 cuando toma esa decisión, videograbar las V2, V3 y V4). Es preciso dejar anotado en el CRD cualquier incidencia relacionada con problemas a la hora de hacer las videograbaciones.

10.2 Trabajo de campo: Programa de visitas

10.2.1 Programa común para ambos grupos

La captación de los pacientes se hará mediante **búsqueda activa y/o oportunista (case finding)**; el procedimiento de muestreo no será aleatorio sino **consecutivo**, es decir, buscando activamente a sujetos que reúnan los criterios de elección e invitándoles a participar en el estudio de una manera consecutiva, hasta llegar al tamaño muestral previsto.

Otra estrategia de captación válida es la de rastrear en la base de **historias clínicas** del **cupo** del médico participante para localizar pacientes que cumplan los criterios de elegibilidad, pudiéndose incluir pacientes en los que ya consta el **diagnóstico antiguo** de dislipemia siempre y cuando **no conste** que se haya realizado ninguna **intervención** por parte del clínico. En estos casos la estrategia de inclusión a seguir será la siguiente:

- 1.- Si **no** han transcurrido **más de 6 meses** desde el **diagnóstico** de dislipemia: **se incluye** en el estudio **sin necesidad de realizar analítica de confirmación** (Ej: paciente reclutado como probable candidato el 31 de agosto, entraría en el estudio siempre y cuando su dislipemia no hubiera sido diagnosticada antes del 1 de marzo).
- 2.- Si han transcurrido **más de 6 meses** desde el **diagnóstico** de dislipemia: se realizará una única **analítica** (perfil lipídico completo) y si ésta confirma la dislipemia (Ver apartado 8.1.B), se incluye en el estudio.

El hecho de que el paciente tenga un diagnóstico previo de dislipemia, deberá de ser anotado en el CRD (Ver Visita -1: Preinclusión).

En los casos **no diagnosticados previamente**, todo paciente con una primera

determinación de colesterol y/o triglicéridos elevados, y que cumplan los criterios de elegibilidad, será considerado un “posible candidato” a incluir en el estudio. Se considerarán válidas todas las primeras **determinaciones** realizadas **como máximo en las últimas 8 semanas** (ver “protocolo clínico” pág. 57). En estos pacientes se realizará una **segunda determinación** de lípidos (imprescindible para la confirmación diagnóstica) completando ya en la misma solicitud los demás parámetros analíticos necesarios (si no los tenía ya realizados): colesterol total, triglicéridos, cHDL, cLDL, glucemia, creatinina, transaminasas, GGT, ácido úrico y hemograma. Solicitaremos asimismo ECG.

Citamos para visita de preinclusión (V -1)

VISITA V-1: Preinclusión

- Tras verificar que el paciente cumple los criterios de inclusión y ninguno de exclusión se le invita a participar en el estudio.
- Se le dará la información acerca del estudio, verbal y escrita (anexo IV).
- Si acepta participar, se le solicitará la firma del Consentimiento Informado. En el CRD hay dos copias del consentimiento informado que el paciente debe firmar; la primera se conserva en el CRD y la segunda se le entrega al paciente.
- Se cumplimentarán los datos en la hoja de registro del CRD correspondiente a la V-1
 - Datos socio-demográficos.
 - Parámetros antropométricos: peso, talla, IMC, perímetro abdominal.
 - TA y frecuencia cardíaca.
 - Registro de hábitos tóxicos: tabaco y consumo de alcohol.
 - Comorbilidad: HTA, Obesidad, Ansiedad/depresión u otras patologías que el investigador considere de interés y que deberá especificar en su caso.
 - Consumo de fármacos.
 - Entrevista estructurada para valorar hábitos dietéticos (ver cuestionario de adherencia a la dieta Mediterránea en anexo VII).
 - Datos analíticos. En los casos de pacientes ya diagnosticados previamente de dislipemia, se registrará solo la última analítica realizada y se hará constar como: **PACIENTE CON DIAGNOSTICO PREVIO DE DISLIPEMIA.**

- ECG

- Se hará entrega al paciente del cuestionario de Actividad física IPAQ (anexo VIII) para que lo cumplimente en su domicilio y lo traiga en la próxima visita.
- Cálculo del RCV mediante las tablas SCORE, REGICOR, DORICA y Framingham: el investigador introducirá los datos relacionados en la aplicación CIRCE (ver protocolo clínico en el anexo) para obtener el cómputo automático.

- Citar para próxima visita (V0) en un plazo no mayor de 2 semanas.

LA ACTUACIÓN HASTA ESTE PUNTO, INCLUYENDO VISITA V-1, ES COMÚN A LOS DOS GRUPOS DE INVESTIGADORES (GE, GC). A PARTIR DE LA VISITA V0 LA ACTUACIÓN SERÁ DIFERENTE SEGÚN EL GRUPO ASIGNADO

10.2.2 Programa de visitas para el Grupo Experimental

VISITA 0, basal: Inclusión

*SE RECOMIENDA CUMPLIMENTAR LOS DATOS DEL CRD UNA VEZ FINALIZADA
LA ENTREVISTA*

Se realizarán los siguientes procedimientos:

- Recogida del cuestionario de actividad física (IPAQ), autocumplimentado por el paciente.
- Realizar el abordaje motivacional del paciente de acuerdo a sus características y su RCV, teniendo en cuenta el protocolo clínico
- Registro en el CRD de los acuerdos terapéuticos alcanzados.
- Se citará al sujeto al cabo de 8 semanas (+/-1 semana) para visita V1.

VISITA 1 (visita de seguimiento a las 8 semanas de V0)

*SE RECOMIENDA CUMPLIMENTAR LOS DATOS DEL CRD UNA VEZ FINALIZADA
LA ENTREVISTA*

Intervenciones a realizar:

- Realizar el abordaje motivacional del paciente teniendo en cuenta el protocolo clínico.
- Registrar si el paciente refiere dificultades para el seguimiento de las recomendaciones higiénico-dietéticas. En caso afirmativo, se deberá especificar en el apartado “observaciones” que figura en el CRD. También en este apartado, el investigador recogerá otros datos que considere relevantes en cuanto al seguimiento del paciente (cambios que ha hecho el paciente, variaciones en su situación personal/laboral, enfermedades intercurrentes importantes a criterio del investigador, otros tratamientos iniciados...).
- Registro de peso y perímetro abdominal (en caso de sobrepeso/obesidad).
- Registro de consumo de tabaco (en caso de fumadores) y consumo de alcohol (en caso de ser bebedor habitual).
- Solicitud de analítica (perfil lipídico) que deberá realizar en los días previos a la próxima visita.
- Citar para la próxima visita (V2) al cabo de 2 meses (+/-1 semana).

VISITA 2 (visita de seguimiento a los 4 meses de V0)

*SE RECOMIENDA CUMPLIMENTAR LOS DATOS DEL CRD UNA VEZ FINALIZADA
LA ENTREVISTA*

Se realizarán las siguientes intervenciones:

- Abordaje motivacional teniendo en cuenta el protocolo clínico.
- Registrar si el paciente refiere dificultades para el seguimiento de las recomendaciones higiénico-dietéticas. En caso afirmativo, se deberá especificar en el apartado “observaciones”. También en este apartado, el investigador recogerá otros datos que considere relevantes en cuanto al seguimiento del paciente (cambios que ha hecho el paciente, variaciones en su situación personal/laboral, enfermedades intercurrentes...)
- Registro de peso y perímetro abdominal (en caso de sobrepeso/obesidad) y TA (en caso de HTA).
- Registro de consumo de tabaco (en caso de fumadores).
- Registro de consumo de alcohol en caso de ser bebedor.
- Registro de parámetros analíticos.
- Cálculo del RCV (aplicación CIRCE) en función de los nuevos resultados.

Versión

Septiembre 2010

- Registro de tratamiento farmacológico en el caso de que se instaure en esta visita (ver protocolo clínico).
- A criterio del investigador, éste solicitará nueva analítica para próxima visita si se instaure tratamiento farmacológico hipolipemiante.
- Se citará al sujeto al cabo de 16 semanas (+/-1 semana).

VISITA 3 (visita de seguimiento tras 8 meses de V0)

SE RECOMIENDA CUMPLIMENTAR LOS DATOS DEL CRD UNA VEZ FINALIZADA LA ENTREVISTA

Se realizarán los siguientes procedimientos:

- Abordaje motivacional del paciente teniendo en cuenta el protocolo clínico.
- Registrar si el paciente refiere dificultades para el seguimiento de las recomendaciones higiénico-dietéticas. En caso afirmativo, se deberá especificar en el apartado "observaciones". También en este apartado, el investigador recogerá otros datos que considere relevantes en cuanto al seguimiento del paciente (cambios que ha hecho el paciente, variaciones en su situación personal/laboral, enfermedades intercurrentes...)
- Anotar cualquier modificación o ajuste de dosis del tratamiento farmacológico hipolipemiante, en el caso de que lo tuviera prescrito en anteriores visitas.
- Registro de parámetros analíticos en el caso de que se hubiese solicitado en la visita anterior
- En el caso de que se le hubiese prescrito anteriormente tratamiento hipolipemiante se medirá el cumplimiento y adherencia al mismo mediante los test de Haynes-Sacket y Morisky-Green.(anexo IX)
- Registro de peso y perímetro abdominal (en caso de sobrepeso/obesidad) y TA (en caso de HTA).
- Registro de consumo de tabaco (en caso de fumadores).
- Registro de consumo de alcohol en caso de bebedor.
- Se entregará solicitud de analítica sanguínea: Colesterol total, triglicéridos, cHDL, cLDL, glucemia, Creatinina, ácido úrico, transaminasas, GGT y hemograma, para realizar en los días previos a la próxima visita.
- Entregar cuestionario de actividad física (IPAQ) para autocumplimentar y recoger en próxima visita
- Se citará al sujeto al cabo de 16 semanas (+/-1 semana).
-

VISITA 4: FINAL (visita tras 12 meses de V0)*SE RECOMIENDA CUMPLIMENTAR LOS DATOS DEL CRD UNA VEZ FINALIZADA
LA ENTREVISTA*

Esta visita consiste en la valoración final, y en ella se registrarán los siguientes datos:

- Abordaje motivacional teniendo en cuenta el protocolo clínico.
- Registrar si el paciente refiere dificultades para el seguimiento de las recomendaciones higiénico-dietéticas. En caso afirmativo, se deberá especificar en el apartado “observaciones”. También en este apartado, el investigador recogerá otros datos que considere relevantes en cuanto al seguimiento del paciente (cambios que ha hecho el paciente, variaciones en su situación personal/laboral...)
- Anotar cualquier modificación o ajuste de dosis del tratamiento farmacológico hipolipemiente, en el caso de que lo tuviera prescrito en anteriores visitas.
- En el caso de que se le hubiese prescrito anteriormente tratamiento hipolipemiente se medirá el cumplimiento y adherencia al mismo mediante los test de Haynes-Sacket y Morisky-Green.
- Registro de hábito tabáquico, enólico y entrevista estructurada para valorar hábitos dietéticos.
- Recoger y valorar cuestionario de actividad física (IPAQ).
- Parámetros antropométricos: peso corporal e IMC; perímetro abdominal
- TA y frecuencia del pulso.
- ECG.
- Registro de resultados analíticos.
- Calculo del RCV mediante las tablas SCORE, REGICOR, DORICA y Framingham utilizando la aplicación CIRCE.
- Se dará por concluido el estudio.

Como mecanismo de autocontrol y refuerzo el profesional cumplimentará, al finalizar cada una de las entrevistas, un Autocheck-list con el cuestionario EVEM (incluido en el CRD, ver anexo IV)

10.2.3 Programa de visitas Grupo Control:

VISITA 0, basal: Inclusión

Se realizarán los siguientes procedimientos:

- Recogida del cuestionario de actividad física (IPAQ), autocumplimentado por el paciente.
- Se aconsejará al paciente sobre las medidas que debe adoptar de acuerdo a su RCV (ver protocolo clínico): dieta pobre en grasas saturadas, bajar peso si corresponde, aumentar ejercicio, no fumar (si fumador) y moderar el consumo de alcohol.
- Registro en el CRD de las recomendaciones que hemos realizado.
- Se citará al sujeto al cabo de 8 semanas (+/-1 semana) para visita V1.

VISITA 1 (visita de seguimiento a las 8 semanas de V0)

Intervenciones a realizar:

- Registro de peso y perímetro abdominal (en caso de sobrepeso/obesidad)
- Registro de consumo de tabaco (en caso de fumadores) y consumo de alcohol (en caso de bebedor).
- Recordaremos al paciente las recomendaciones que hemos hecho en la visita anterior sobre la necesidad de cambio de hábitos.
- Solicitud de analítica (perfil lipídico) que deberá realizar en los días previos a la próxima visita.
- Citar para la próxima visita (V2) al cabo de 2 meses (+/-1 semana).

VISITA 2 (visita de seguimiento a los 4 meses de V0)

Se realizarán las siguientes intervenciones:

- Registro de peso y perímetro abdominal (en caso de sobrepeso/obesidad) y TA (en caso de HTA).
- Registro de consumo de tabaco (en caso de fumadores).
- Registro de consumo de alcohol en caso de bebedor.

Versión

Septiembre 2010

- Registro de parámetros analíticos.
- Cálculo del RCV (aplicación CIRCE) en función de los nuevos resultados.
- Realizaremos las recomendaciones higiénico-dietéticas pertinentes.
- Registro de tratamiento farmacológico hipolipemiante en el caso de que se instaure en esta visita (ver protocolo clínico).
- A criterio del investigador, éste solicitará nueva analítica para próxima visita si se instaure tratamiento farmacológico.
- Se citará al sujeto al cabo de 16 semanas (+/-1 semana).

VISITA 3 (visita de seguimiento tras 8 meses de V0)

Se realizarán los siguientes procedimientos:

- Registro de peso y perímetro abdominal (en caso de sobrepeso/obesidad) y TA (en caso de HTA)
- Registro de consumo de tabaco (en caso de fumadores).
- Registro de consumo de alcohol en caso de bebedor.
- Anotar cualquier modificación o ajuste de dosis del tratamiento farmacológico hipolipemiante, en el caso de que lo tuviera prescrito en anteriores visitas.
- En el caso de que se haya prescrito tratamiento hipolipemiante en la visita anterior se medirá el cumplimiento y adherencia al mismo mediante los test de Haynes-Sackett y Morisky-Green.
- Registro de parámetros analíticos en el caso de que se hubiese solicitado en la visita anterior
- Realizaremos las recomendaciones higiénico-dietéticas pertinentes.
- Se entregará solicitud de analítica sanguínea: Colesterol total, triglicéridos, cHDL, cLDL, glucemia, Creatinina, ácido úrico, transaminasas, GGT y hemograma, para realizar en los días previos a la próxima visita.
- Entregar cuestionario de actividad física (IPAQ) para autocumplimentar y recoger en próxima visita
- Se citará al sujeto al cabo de 16 semanas (+/-1 semana).

VISITA 4: FINAL (visita tras 12 meses de V0)

Esta visita consiste en la valoración final, y en ella se registrarán los siguientes datos:

- Anotar cualquier modificación o ajuste de dosis del tratamiento farmacológico hipolipemiante, en el caso de que lo tuviera prescrito en anteriores visitas.
- Si está con tratamiento hipolipemiante se medirá el cumplimiento y adherencia al

Versión

Septiembre 2010

mismo mediante los test de Haynes-Sacket y Morisky-Green.

- Registro de hábito tabáquico, consumo de alcohol y entrevista estructurada para valorar hábitos dietéticos y ejercicio físico. Este último puede ser autocumplimentado (ver cuestionarios en el anexo).
- Parámetros antropométricos: peso corporal e IMC; perímetro abdominal.
- TA y frecuencia del pulso.
- Registro de resultados analíticos.
- Recoger y valorar cuestionario de actividad física (IPAQ)
- Cálculo del RCV mediante las tablas SCORE, REGICOR, DORICA y Framingham utilizando la aplicación CIRCE.
- Se harán las recomendaciones pertinentes en función del RCV calculado.
- Se dará por concluido el estudio.

o Visitas “extras” o no programadas (GE y GC):

Se puede realizar una visita no programada en cualquier momento durante el estudio ya sea petición del paciente o si el médico lo considera necesario. Los motivos para la visita no programada pueden ser: aclarar dudas sobre cualquier aspecto relacionado con su proceso, refuerzo de alguna de las intervenciones (por ejemplo, deshabitación tabáquica), cambio de la medicación concomitante, dudas sobre algún aspecto del tratamiento y/o seguimiento, aparición de algún efecto secundario a consecuencia de la medicación hipolipemiente, etc,...

Se deberá registrar en el CRD la fecha y el motivo de la visita no programada.

Protocolo estudio DISLIP-EM

Procedimientos y medidas del estudio	V-1 Pre	V0: BASAL	V1: 2 meses	V2: 4 meses	V3: 8 meses	V4: 12 meses
Verificación de los criterios de selección	X					
Consentimiento informado del sujeto	X					
Videograbación entrevistas en la consulta	-	-	X*	X*	X*	X*
Datos socio-demográficos:						
- Edad, sexo, nivel instrucción	X					
- Situación familiar	X					X
Datos antropométricos:						
- Talla	X					
- Peso	X		X	X	X	X
- IMC	X		X	X	X	X
- Perimetro abdominal	X		X	X	X	X
Habitos relacionados con el RCV						
- Tabaquismo	X		X	X	X	X
- Alcohol	X		X	X	X	X
- Adherencia Dieta Mediterránea	X					X
- Actividad física	X(entregar)	X(recoger)			X(entregar)	X (recoger)
Datos clínicos:						
- PAS-PAD	X					X
- Frecuencia pulso	X					X
- Cálculo del RCV	X			X	X	X
- Antecedentes familiares de ECV	X					X
- Comorbilidad	X					X
- Fármacos prescritos	X					X
- Tratamiento hipolipemiente				X&	X&	X&X\$
- Cumplimiento terapéutico					X\$	X&
Analítica (+solicitar; Xvalorar; +?Criterio I)						
- Perfil lipídico: cTotal, cLDL, cHDL, Trigl	X		+	X. +?	+ X	X
-Hemograma, Transaminasas, GGT, ácido úrico, creatinina, microalbuminuria	X				+	X
-ECG	X					X
-Intervenciones		⇒	⇒	⇒	⇒	⇒

NOTAS ACLARATORIAS: X*: sólo hay que videografiar a uno de los pacientes, el que al azar sea elegido y comunicado previamente por la monitora del estudio; X\$: se realizará sólo en pacientes con tratamiento hipolipemiante / ⇒ en caso de interrupción anticipada, se deben registrar los datos de finalización del estudio

11. VARIABLES E INSTRUMENTOS DE MEDIDA

11.1. Variables en estudio

Variables de resultado principales

El objetivo principal del estudio es controlar el nivel de colesterol y reducir el riesgo cardiovascular, en función de la consecución o no de los objetivos terapéuticos recomendados.

El cálculo del RCV se cuantificará mediante la tabla SCORE, calibrada para la población española. Se trata de un objetivo compuesto por diferentes variables del estudio: sexo, edad, tabaquismo, presión arterial, colesterol total, glicemia y tolerancia a la glucosa. También se estimará el RCV mediante las tablas REGICOR, DORICA y Framingham.

También son variables principales aquellas que permitirán evaluar cambios en el perfil lipídico del sujeto (colesterol total, colesterol-HDL, colesterol-LDL).

Variables de resultado intermedias

Constituyen variables secundarias del estudio las medidas antropométricas que permitirán evaluar los cambios de peso y de composición corporal del sujeto en estudio (peso, talla, perímetro abdominal), el grado de adherencia a la dieta mediterránea y la realización de ejercicio físico (frecuencia y tiempo dedicado).

También es una variable secundaria el grado de adherencia al tratamiento hipolipemiante, en su caso.

Variables independientes y/o pronósticas

Edad, sexo, nivel de instrucción, clase social, situación familiar, prescripción farmacológica (fármacos que consume, y si tiene indicado hipolipemiantes, tipo y pauta terapéutica), y por último, consideramos variables independientes a otros FRCV asociados o comorbilidad (tabaco, alcohol, HTA, trastornos de ansiedad-depresión).

11.2. Instrumentos de medida***11.2.1 Cálculo del riesgo cardiovascular***

Dado que los cambios en el perfil lipídico y en la composición corporal modifican el riesgo cardiovascular, en este estudio se evaluará la traducción de dichos cambios en el cálculo del riesgo cardiovascular.

La tabla SCORE se desarrolló como un instrumento para estimar el riesgo coronario y cardiovascular, a partir de las tablas de Framingham en población europea.

Se trata de un instrumento de fácil manejo, sensible y específico que goza del reconocimiento de la comunidad médica europea y su uso fue recomendado en 2003 y ratificado en 2007 por el grupo de trabajo de expertos en la redacción de la Guía de prevención de la enfermedad cardiovascular de la Sociedad Europea de Cardiología.

En el 2007 se publicó la tabla SCORE calibrada para su aplicación sobre la población española. La tabla SCORE estima la probabilidad “añadida” de morir por causa cardiovascular o por causa coronaria en los próximos 10 años. Dicha estimación se obtiene cuantificando la concurrencia de una serie de factores de riesgo (hipertensión, niveles de colesterol, tabaquismo) en el individuo.

Se habla de probabilidad “añadida” porque cualquier sujeto tiene un riesgo medio de muerte por causa cardiovascular (se trata del riesgo atribuible a la población general según edad y sexo). La tabla estima la diferencia entre el riesgo medio y el riesgo superior que presenta el individuo por el hecho de acumular factores de riesgo

En nuestro estudio, valoraremos asimismo el riesgo coronario utilizando la tabla de FRAMINGHAM, así como las tablas DORICA Y REGICOR las cuales estiman el riesgo coronario global a 10 años a partir de la ecuación de Framingham adaptada a la población española.

11.2.2 Medidas antropométricas

Se cuantificarán con los siguientes instrumentos:

1. **Índice de masa corporal (IMC):** es un indicador específico y sensible para establecer el grado cuantitativo de obesidad.

El cálculo del IMC corresponde a: **IMC = Peso (kg) / (Talla)² (m).**

Según la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se considera que un individuo adulto es obeso a partir de un IMC igual o superior a 30.

CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DEL ADULTO CON BAJO PESO, SOBREPESO Y OBESIDAD DE ACUERDO AL IMC

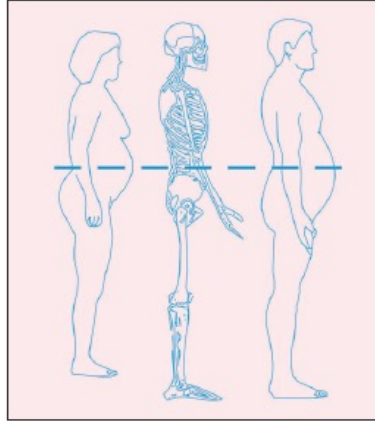
Clasificación	Principales rangos
Bajo peso	<18,50
Normal	18,50 – 24,99
Sobrepeso	25,00 – 29,99
Obesidad grado I	30,00 – 34,99
Obesidad grado II	35,00 – 39,99
Obesidad grado III	≥40,00

Basado en la Clasificación Internacional del IMC (índice de masa corporal) de la OMS 2004[1]

2. Determinación del perímetro de la cintura:

Se determina con una cinta métrica flexible, milimetrada, con el sujeto en bipedestación, sin ropa y relajado. Se debe localizar el borde superior de las crestas ilíacas y por encima de ese punto rodear la cintura con la cinta métrica (punto medio entre las crestas ilíacas y reborde costal), de manera paralela al suelo, asegurando que la cinta esté ajustada pero sin comprimir la piel. La lectura se realiza al final de una espiración normal.

Se define como “**Cintura de riesgo**”: ≥ 102 cm en el varón o ≥ 88 cm en la mujer (criterios ATPIII)



Referencias anatómicas para determinar la circunferencia de la cintura.

11.2.3. Determinaciones analíticas

Las determinaciones analíticas del estudio se realizarán en cada laboratorio de referencia donde habitualmente los médicos participantes las solicitan.

-Perfil lipídico: Los niveles plasmáticos de colesterol (global, HDL y LDL) así como de triglicéridos constituyen FRCV modificables. El colesterol global es un parámetro que participa directamente en el cálculo del RCV de la Tabla SCORE. Los niveles de Colesterol-HDL y Triglicéridos son dos factores considerados dentro del cómputo para establecer el diagnóstico del síndrome metabólico. El nivel de colesterol-LDL es determinante en la estimación del riesgo coronario.

-Otras determinaciones: hemograma, transaminasas, GGT, ácido úrico, creatinina y microalbuminuria, serán solicitadas al inicio y al final del estudio.

11.2.4. Medida de la presión arterial y de la frecuencia cardíaca

La situación en la que se encuentra el sujeto en el momento de la medida de la PA puede modificar de forma importante su resultado. Es por ello que la Sociedad Española de Hipertensión (SEH-LELHA), recomienda el uso de procedimientos

estandarizados el momento de tomar la medida, de acuerdo a las indicaciones de las guías internacionales que se resumen:

- el sujeto debe estar sentado, en reposo físico y mental, en un recinto tranquilo y temperado, 5 minutos antes de tomar la medida y no debe haber tomado alguna sustancia con efecto estimulante por lo menos 15 minutos antes (café, tabaco o medicamentos)
- el manguito debe ser adecuado al tamaño del brazo (debe cubrir por lo menos el 80% del perímetro) y el brazo debe estar a la altura del corazón.
- en el caso de usar un esfigomanómetro manual: se recomienda por lo menos tomar dos medidas que deben ser promediadas y una tercera medida si la diferencia entre las dos anteriores es superior a 5 mmHg.

11.2.5 ECG

Se solicitará en la visita basal y en la final, como medida de control para descartar cualquier patología cardíaca de base.

11.2.6. Evaluación de hábitos alimentarios

Se pasará el Cuestionario de Adherencia a la Dieta Mediterránea, que constituye un instrumento útil, rápido, sencillo de administrar y fiable, que permite una discriminación razonable en función del consumo de alimentos. No existe un punto de corte que nos indique si el paciente sigue una dieta Mediterránea o no. Puntuaciones más altas indican un grado de adherencia mayor y viceversa.

11.2.7. Grado de actividad física

Se utilizará el Cuestionario Internacional de actividad física IPAQ. El cuestionario será autocumplimentado por el paciente.

11.2.8. Medida de la adherencia terapéutica

Se valorará a través de dos métodos indirectos:

- 1) Comunicación del autocumplimiento: según la metodología de Haynes-Sackett.
- 2) Test de Morisky-Green, que valora actitudes acerca del tratamiento.

12. ANALISIS ESTADISTICO

12.1. Población para análisis

-*Población en análisis “por protocolo”*: sujetos evaluables que hayan completado el estudio y dispongan de los datos de la variable principal para todos los controles.

-*Población en análisis “por intención de tratar” (ITT)*: sujetos evaluables que dispongan de los datos de la variable principal para los controles de inicio del estudio y al menos de un segundo control del período de seguimiento.

12.2. Estrategia de análisis estadístico

-Análisis descriptivo, etiquetado y depuración de los datos. Distribución de cada una de las variables. Pruebas de normalidad, gráficas de dispersión. Las descriptivas a utilizar comprenden medidas cuantitativas (de tendencia central, dispersión y posición), y cualitativas (frecuencias relativas).

-Análisis comparativo basal: Características sociodemográficas y clínicas de los pacientes del GE y GC (T-test de Student, Ji-cuadrado). En caso de no cumplirse las asunciones de las pruebas de normalidad se aplicarían pruebas no paramétricas.

-Análisis de la eficacia: Dentro de las medidas de estadística analítica, para las variables principales del estudio (niveles lipídicos, RCV) y demás variables dependientes secundarias (% cumplimiento terapéutico,..), se hará uso del T test de Student, ANOVA para medidas repetidas, ANCOVA, Ji-Cuadrado o Test exacto de Fisher; en caso de que las variables no sigan una distribución normal, se utilizará la U de Mann-Withney ($p < 0,05$). Se calcularán medidas de efecto (RR) y de impacto (RA, RRA, NNT). Se usará estadística multivariante (análisis multivariante Multinivel, Regresión Lineal Múltiple o Regresión Logística no condicional).

La mecanización de los datos se hará con el programa Excel (Microsoft Office), mientras que el análisis estadístico se efectuará con el Programa SPSS para Windows. El estadístico encargado de realizar los análisis permanecerá ciego al tipo de intervención realizada en cada caso.

13. ACONTECIMIENTOS ADVERSOS (AA)

13.1. Marco legal

De acuerdo a lo dispuesto en el artículo 2 del Real Decreto 223/2004, por el que se regulan los ensayos clínicos con medicamentos, cito:

*o. **Acontecimiento adverso:** cualquier incidencia perjudicial para la salud en un paciente o sujeto de ensayo clínico tratado con un medicamento, aunque no tenga necesariamente relación causal con dicho tratamiento.*

*p. **Reacción adversa:** toda reacción nociva y no intencionada a un medicamento en investigación, independientemente de la dosis administrada.*

*q. **Acontecimiento adverso grave o reacción adversa grave:** cualquier acontecimiento adverso o reacción adversa que, a cualquier dosis, produzca la muerte, amenace la vida del sujeto, haga necesaria la hospitalización o la prolongación de ésta, produzca invalidez o incapacidad permanente o importante, o dé lugar a una anomalía o malformación congénita. A efectos de su notificación, se tratarán también como graves aquellas sospechas de acontecimiento adverso o reacción adversa que se consideren importantes desde el punto de vista médico, aunque no cumplan los criterios anteriores.*

Versión

Septiembre 2010

r. **Reacción adversa inesperada:** reacción adversa cuya naturaleza o gravedad no se corresponde con la información referente al producto (por ejemplo, el manual del investigador en el caso de un medicamento en investigación no autorizado para su comercialización, o la ficha técnica del producto en el caso de un medicamento autorizado).

13.2. Procedimientos frente a acontecimientos o reacciones adversas

El tipo de intervención a testar en el estudio no es un medicamento, ni un producto sanitario. No obstante, esto no exime a los investigadores participantes de comunicar, mediante los canales legalmente establecidos, cualquier acontecimiento o reacción adversa que relacionaran con algún medicamento que esté tomando el participante, como pueden ser los fármacos hipolipemientes que a criterio del médico, y conforme a las indicaciones marcadas en el protocolo clínico de actuación vaya a prescribir. Dichos AA serán registrados en el CRD.

14. ASPECTOS ÉTICOS

14.1. Requisitos éticos y reguladores

El estudio se llevará a cabo de acuerdo con el protocolo, que se basa en los principios éticos descritos en:

-La Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos (revisada en la 59ª Asamblea General, Seúl, Corea, octubre 2008).

-Directriz ICH sobre Buena Práctica Clínica (ICH E6: Good Clinical Practice: Consolidated guideline, CPMP/ICH/135/95) en lo que aplica a Ensayos clínicos sin medicamento.

14.1.1. Responsabilidades del Investigador

Antes de iniciar el estudio, el investigador clínico deberá firmar un modelo de compromiso y de confidencialidad en el que confirme que accede a realizar el estudio

de acuerdo con estos documentos y con todas las instrucciones y procedimientos descritos en el protocolo y que, cuando sea requerido, permitirá que los monitores del estudio, los auditores, y las Autoridades Sanitarias tengan acceso a todos los datos y registros relevantes.

El investigador es el responsable de proporcionar a los sujetos y/o a sus representantes legales la información oral y escrita adecuada sobre el estudio. Todas las cuestiones sobre el estudio se le deberán responder al participante y/o a sus representantes legales.

14.1.2. Consentimiento Informado

Los candidatos a participar sólo pueden incluirse en el estudio después de aceptar por escrito el consentimiento informado aprobado por el CEIC. El consentimiento informado deberá ser firmado y fechado por el sujeto y el investigador, el cuál habrá proporcionado a cada sujeto antes de su inclusión en el estudio, información completa y adecuada, verbal y escrita, de los objetivos y procedimientos del estudio.

El consentimiento informado deberá obtenerse antes de iniciar cualquier procedimiento específico del estudio (es decir, todos los procedimientos descritos en el protocolo). El proceso de obtención del consentimiento informado deberá registrarse en los documentos fuente del sujeto como paciente del investigador.

En el Anexo nº IV se proporciona un formulario de consentimiento informado y la Hoja de Información al Sujeto propuesta que cumple con los requisitos reguladores y se considera apropiado para este estudio. El consentimiento informado/hoja de información para los sujetos participantes incluye los elementos básicos listados en la Directriz ICH sobre Buenas Prácticas Clínicas.

14.1.3. Aprobación del Comité Ético de Investigación Clínica (CEIC)

El proyecto ha sido aprobado por los Comités de Ética de Investigación Clínica correspondientes a las áreas en donde se desarrolla (Córdoba, Galicia y Cataluña)

14.2. Modificaciones del protocolo

Todas las enmiendas del protocolo del estudio serán realizadas por escrito y archivadas en el archivo correspondiente del estudio, como una modificación del protocolo. Estas modificaciones deben ser documentadas, fechadas y firmadas por el investigador y el promotor.

14.3. Póliza de seguros

De acuerdo con el Real Decreto 223 / 4, artículo 8. Del seguro u otra garantía financiera de los sujetos del ensayo, cito:

1. Sólo podrá realizarse un ensayo clínico con medicamentos en investigación si, previamente, se ha concertado un seguro u otra garantía financiera que cubra los daños y perjuicios que como consecuencia del ensayo puedan resultar para la persona en que hubiera de realizarse, salvo que el ensayo se refiera únicamente a medicamentos autorizados en España, su utilización en el ensayo se ajuste a las condiciones de uso autorizadas y el Comité Ético de Investigación Clínica considere que las intervenciones a las que serán sometidos los sujetos por su participación en el ensayo suponen un riesgo equivalente o inferior al que correspondería a su atención en la práctica clínica habitual.

Este estudio no se realiza con medicamentos en investigación y, por consiguiente, no es de aplicación este decreto.

14.4. Acceso a los datos del participante

La información médica de los participantes obtenida por la realización de este estudio se considera confidencial y está prohibida su revelación a terceras partes. La confidencialidad del participante está asegurada ya que se les identificará tan sólo por un código numérico del estudio asignado.

El investigador informará a los participantes de que su identidad se mantendrá estrictamente confidencial.

Serán tenidas en cuenta las normas de especial protección que la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD)

establece para los datos de salud, Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento de desarrollo de la Ley Orgánica 15/1999.

El investigador, cuando procese y trate los datos de los participantes, tomará las medidas oportunas para protegerlos y evitar el acceso a los mismos de terceros no autorizados.

El sujeto podrá revocar el consentimiento informado para el tratamiento de sus datos personales, dirigiéndose al investigador.

Los datos generados como resultado del ensayo clínico deben estar disponibles para ser inspeccionados a petición del promotor, de los CEICs de los centros que participen en el ensayo o de las Autoridades que compita.

La firma del consentimiento informado por escrito significa que los sujetos aceptan explícitamente que los datos del estudio podrán ser consultados por el investigador y su equipo, los representantes del promotor y, si se requiere por el CEIC y Autoridades competentes.

15. GESTIÓN DE DATOS Y PROCEDIMIENTOS DE CONTROL DE CALIDAD

15.1. Procedimientos de Gestión de Datos

La recogida de datos se realizará mediante un Cuaderno de Recogida de Datos (CRD).

Los documentos fuente serán todos aquellos documentos originales, datos, y registros de donde son obtenidos los datos recogidos en el CRD. Estos incluyen, pero no están limitados, a los cuestionarios a cumplimentar, los registros del hospital, la historia clínica del paciente y los registros de laboratorio.

Tanto el médico investigador, como el personal asignado para llevar a cabo el estudio son responsables del buen mantenimiento de toda la documentación esencial del estudio.

Los elementos que deben incluirse son:

- Los ficheros de los sujetos que contengan los cuestionarios completos (donde los participantes solo deberán estar identificados con el mismo número que aparece en el CRD).
- Los ficheros del estudio deberán contener el protocolo con sus enmiendas, copias de la documentación previa al estudio (Acuerdo del Investigador y el contrato del estudio firmado), hoja de información y consentimiento informado definitivos y todas sus enmiendas.
- Las videograbaciones de las consultas médicas.
- Ningún documento del estudio será destruido sin el consentimiento previo por escrito por parte del promotor.

15.2. Monitorización del estudio

Antes de iniciar el estudio, la monitora del estudio (Margarita Criado), realizará una entrevista telefónica con cada uno de los investigadores participantes para recabar los datos pertinentes y ofrecer una información completa y detallada del protocolo del estudio y de sus procedimientos.

La monitora supervisará el estudio periódicamente, con un mínimo de una llamada telefónica al mes y una visita de monitorización presencial por centro a lo largo del periodo de seguimiento, para asegurar que los derechos y bienestar de los sujetos participantes son salvaguardados, de que se cumple el protocolo, de que se está siguiendo tanto la legislación vigente como los requerimientos éticos, de que toda la documentación necesaria está disponible y de que los datos obtenidos están reflejados debidamente en el CRD. Los detalles relativos a las actividades programadas a desarrollar por parte de monitor serán recogidos en un Plan de Monitorización específico para el estudio.

El investigador debe facilitar a la monitora el acceso a las historias clínicas de los sujetos participantes, a los registros del estudio, a los CRDs, a los originales de los consentimientos informados y a todos aquellos documentos que contengan los datos originales contemplados en el estudio.

Todas las deficiencias observadas durante la monitorización deberán de ser discutidas con el investigador, llegando a un acuerdo respecto a las medidas correctivas a emplear.

16. CONSIDERACIONES PRÁCTICAS

16.1. Responsabilidades de todos los participantes en el estudio

16.1.1. Investigador

El investigador clínico deberá cumplir todos los requisitos del protocolo y se responsabilizará de que la información sea exacta y veraz y se haya obtenido de la forma indicada en el protocolo. Especialmente, el investigador deberá velar en todo momento por el mejor cuidado posible de los participantes como pacientes suyos, anteponiendo siempre el bienestar y seguridad de estos.

16.1.2. Monitora

La monitora deberá confirmar que la información recopilada en el CRD sea veraz, para lo cual deberá contar con la colaboración del equipo de investigación para desarrollar su labor.

16.2. Presentación de resultados

Toda la información relativa a este ensayo clínico se considera estrictamente confidencial y es propiedad del equipo de dirección del proyecto (EDP). Cualquier información relacionada con el estudio no se comunicará a terceras partes sin la autorización previa por escrito del coordinador.

La publicación o presentación, ya sea completa o parcial, de alguna parte de los datos o resultados del ensayo estarán sujetas a la revisión y acuerdo entre el investigador y el EDP.

16.3. Publicación de los resultados

La autoría de cualquiera de las publicaciones resultantes de este estudio vendrá determinada en base a los Requerimientos Uniformes para el envío de Manuscritos a

revistas Médicas (Comité Internacional de Editores de revistas, 2004), que especifica que:

- La credencial de la autoría deberá de estar basada en: 1) la contribución sustancial en la concepción y diseño, obtención de datos o análisis e interpretación de los datos; 2) la realización del borrador de base o de la revisión crítica de contenidos intelectualmente importantes; 3) la aprobación final de la versión que va a ser publicada. Los autores deberán cumplir con las tres condiciones.
- Cuando un grupo de gran tamaño y multicéntrico ha conducido el estudio, el grupo debe identificar a aquellos individuos que acepten la responsabilidad directa del manuscrito. Estos individuos deberán cumplir con los tres criterios descritos en el apartado anterior.
- La adquisición de la financiación, la recogida de datos, o la supervisión general del grupo de investigación no justifica la autoría.
- Todas las personas designadas como autores deberán estar cualificados para serlo, y todos aquellos que estén cualificados deberán estar listados.
- Cada autor deberá de haber participado lo suficiente en el trabajo como para tomar responsabilidad pública por las partes de contenidos apropiadas.

Todas las publicaciones (manuscritos, abstracts, presentaciones orales, ponencias y/o, capítulos de libros) basados en este estudio deberán de ser enviadas al EDP para su revisión.

Los resultados se irán difundiendo en eventos científicos, tanto nacionales como internacionales, conforme estos se vayan produciendo. Igualmente, los resultados del proyecto serán difundidos mediante su publicación en Revistas Científicas de ámbito Nacional e Internacional. Se prevé un impacto bibliométrico de los resultados de este trabajo, que debería verse reflejado en al menos una publicación de ámbito clínico general, tanto de medicina de familia (Aten Primaria, Br J Gen Pract, Fam Pract, Arch Fam Med), como en otros ámbitos potenciales: comunicación clínica, medicina interna, cardiología y medicina preventiva.

17. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Baigent C, Keech A, Kearney PM, Blackwell L, Buck G, Pollicino C, et al; Cholesterol Treatment Trialists' (CTT) Collaborators. Efficacy and safety of cholesterol-lowering treatment: prospective meta-analysis of data from 90,056 participants in 14 randomised trials of statins. *Lancet*. 2005;366:1267-78.
2. Guías de práctica clínica sobre prevención de la enfermedad cardiovascular: versión resumida Versión corregida el 22/07/2009. Cuarto Grupo de Trabajo Conjunto de la Sociedad Europea de Cardiología y otras Sociedades sobre Prevención de la Enfermedad Cardiovascular en la Práctica Clínica. *Rev Esp Cardiol* 2008;61(1):e1-e49.
3. San Vicente Blanco R, Pérez Irazusta I, Ibarra Amarica J, Berraondo Zabalegui I, Uribe Oyarbide F et al. Guía de Práctica Clínica sobre el manejo de los lípidos como factor de riesgo cardiovascular. *Osakidetza*. Vitoria-Gasteiz, 2008.
4. Guies de pràctica clínica de l' ICS: Colesterol i risc coronari. Consultado en <http://www.gencat.cat/ics/professionals/guies/colesterol/colesterol.htm>.
5. Judith K. Ockene, Lewis H. Kuller, Kenneth H. Svendsen, Elaine Meilahn. The Relationship of Smoking Cessation to Coronary Heart Disease and Lung Cancer in the Multiple Risk Factor Intervention Trial (MRFIT). *AJPH* 1990, Vol. 80, No. 8.
6. Ebrahim S, Davey Smith G. Intervenciones sobre múltiples factores de riesgo para la prevención primaria de la cardiopatía coronaria. En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2005 Número 3. Oxford: Update Software Ltd.
7. Elford RW, et al with the Canadian task Force on Preventive Health Care. Counseling for Risky Health Habits: A Conceptual Framework for Primary Care Practitioners. CTFPHC Technical Report # 01-7. November, 2001. London, ON: Canadian Task Force.
8. Burke BL. The efficacy of Motivational Interviewing and Its Adaptations: What We Know So Far. En: *Motivational Interviewing: Preparing People for Change*, Vol. 2. Miller WR, Rollnick S. 2002. New York: Guilford: 217-50.
9. Miller WR. Motivational interviewing with problem drinkers. *Behav Psychother* 1983;11:147-72.

10. Rogers CR. A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships as developed in the client-centered framework. In *Psychology: The Study of a Science*. Ed. P Koch, 3:184–256. 1959. New York: McGraw-Hill.
11. Rollnick S, Miller WR, Butler CC. *Motivational Interviewing: Principles and Evidence in Motivational Interviewing in Health Care: Helping Patients Change Behavior*. The Guilford Press 2008.
12. Rubak S, Sandbæk A, Lauritzen T, Christensen B. Motivational interviewing: a systematic review and metaanalysis. *B J of Gen Prac* 2005;55:305-12.
13. William R. et al. *Manual for the Motivational Interviewing Skill Code (MISC)*. V 2.1. Enero de 2008. Consultado en: <http://casaa.unm.edu/download/misc.pdf>.
14. Moyers TB, Martin T, Manuel JK, Hendrickson SM, Miller WR. Assessing competence in the use of motivational interviewing. *J Subst Abuse Treat* 2005;28:119-26.
15. 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;56:166-73.
16. Patricia Juárez, William R. Miller, Carolina E. Yahne, Ani Bisonó, and Matthew Pirritano. Effectiveness of Spanish-Language Training for Clinicians in Motivational Interviewing. Consultado en: <http://casaa.unm.edu/posters/Effectiveness%20of%20Spanish-language%20Training%20for%20Clinicians%20in%20Motivational%20Interviewing.pdf>.
18. Mazmanian PE, Davis DA. Continuing Medical Education and the Physician as a Learner: Guide to the Evidence. *JAMA* 288(9): 1057-1060. 2002 . Consultado en: <http://jama.ama-assn.org/cgi/content/full/288/9/1057> el 3/11/2009.
17. Davis D, O'Brien MA, Freemantle N, Wolf FM, Mazmanian P, Taylor-Vaisey A. Impact of formal continuing medical education. Do conferences, workshops, rounds, and other traditional continuing education activities, change physicians, behavior or health care outcomes? *JAMA* 1999;282:867-74. Consultado en <http://jama.ama-assn.org/cgi/content/full/282/9/867> el 3/11/2009.
18. Madson MB, Loignon AC, Lane C. Training in motivational interviewing: A systematic review. *Journal of Substance Abuse Treatment* 2009;36:101–9.

19. Miller WR, Moyers TB. Eight Stages in Learning Motivational Interviewing. Journal of Teaching in the Addictions 2007;5:3-17.

20. Yahne CE, Miller WR, Moyers TB, Pirritano M. Teaching Motivational Interviewing to Clinicians: A Randomized Trial of Training Methods. Consultado en: <http://casaa.unm.edu/posters/Teaching%20Motivational%20Interviewing%20to%20Clinicians.pdf>

ANEXO I. CUADERNOS DE RECOGIDA DE DATOS (CRD):

se entregan aparte

ANEXO II. PROTOCOLO CLÍNICO DE ACTUACIÓN**(ABORDAJE DEL PACIENTE CON DISLIPEMIA)****Estudio Dislip-EM****GUÍA CLÍNICA DE ACTUACIÓN EN DISLIPEMIAS****CRITERIOS DIAGNÓSTICOS**

Los criterios diagnósticos que utilizaremos, tratándose de situaciones de prevención primaria, son los siguientes:

- ✓ **Hipercolesterolemia definida:** colesterol total >250 mg/dl (6.45 mmol/l) y triglicéridos <200 mg/dl (2.26 mmol/l).
- ✓ **Hipertrigliceridemia:** colesterol total <200 mg/dl (5.17 mmol/l) y triglicéridos >200 mg/dl (2.26 mmol/l).
- ✓ **Hiperlipidemia mixta:** colesterol total >200 mg/dl (5.17 mmol/l) y triglicéridos >200 mg/dl (2.26 mmol/l).

Condiciones para las determinaciones analíticas de lípidos sanguíneos

- Cualquier alteración en los niveles de colesterol o triglicéridos debe confirmarse, al menos una vez, con otra determinación en un periodo de 2 a 8 semanas; en caso de que la diferencia sea superior al 25% para el colesterol o 65% para los triglicéridos (50% en guía de Euskadi) se harán sucesivas determinaciones hasta obtener dos consecutivas con diferencia inferior a la citada, utilizando entonces la media para decidir.

-
- Retrasar cualquier extracción por lo menos 3 semanas tras una enfermedad leve intercurrente o modificación dietética (vacaciones, navidad...) ó 3 meses tras cirugía, un traumatismo o enfermedad grave, embarazo o lactancia.
 - Realizar la extracción tras 12-14 h de ayuno si, además de colesterol total, van a determinarse triglicéridos y cHDL.
 - Evitar el ejercicio físico intenso durante las 24 horas previas a la extracción.
 - El individuo debe estar sentado por lo menos 5 minutos antes de la extracción de sangre.
 - La extracción de sangre se realizará, de manera cuidadosa, siempre en la misma postura (sentado) y evitando la estasis venosa prolongada (1 minuto como máximo).

Estudios complementarios a realizar

1. Hemograma
2. Perfil lipídico (colesterol total, cHDL, cLDL y triglicéridos).
3. Glucemia, Creatinina, Acido úrico, transaminasas y GGT.
4. TSH: cuando haya sospecha clínica de hipotiroidismo o disbetalipoproteinemia, en pacientes con colesterol superiores a 300 mg/dl, aparición de hipercolesterolemia "de novo" por encima de los 50 años, desarrollo de miopatía con estatinas, diabetes y en los casos con mala respuesta al tratamiento.
(*Hipercolesterolemia secundaria: criterio de exclusión del estudio*)

CÁLCULO DEL RIESGO CARDIOVASCULAR (RCV)

Para tomar decisiones terapéuticas en todo paciente con dislipemia, una vez confirmada ésta, se deberá calcular el RCV.

Siguiendo las recomendaciones del CEIPC (Comité Español Interdisciplinario para la Prevención Cardiovascular) 2008 , aconsejamos emplear la tabla del Proyecto Score, versión para países con RCV bajo. (*Figura 1*). Se utilizará además la aplicación CIRCE (*Figura 2*) que permite calcular de una manera automática los riesgos CV para las ecuaciones SCORE, REGICOR, DORICA y FRAMINGHAM (acceder mediante este enlace:

<http://www.fundacioninfosalud.org/cardio/Scalas/circe.exe>

Versión

Septiembre 2010

- El dintel en la tabla **Score** para considerar a un paciente como de **RCV alto** es **≥ 5%**
- La existencia de un factor de riesgo (hipertensión arterial, dislipemia o tabaquismo) y un riesgo <5% definen los criterios de RCV **moderado**.
- **Modificadores de RCV:** son aquellas circunstancias que indican un riesgo mayor al obtenido por la tabla y que, por tanto, corrigen la puntuación obtenida en función de su presencia.

Para nuestro estudio necesitaremos tener en cuenta los siguientes:

- ✚ Formas graves de HTA (PA >180/110 mmHg) o de Hipercolesterolemia (colesterol total >320 mg/dl o cLDL >240 mg/dl) son considerados de RCV alto
- ✚ Pacientes que se aproximan a la siguiente categoría por edad en tabla Score
- ✚ Glucemia Basal Alterada
- ✚ Obesidad abdominal (perímetro de cintura > 102 cm en hombres y > 88 cm en mujeres)
- ✚ Fumadores de más de 20 cigarrillos/día
- ✚ Nivel socioeconómico bajo
- ✚ cHDL bajo (<40 mg/dl en varones y <45 mg/dl en mujeres). En estos casos se recomienda utilizar la tabla SCORE que utiliza el cociente colesterol total/cHDL). *Figura 2*
- ✚ Triglicéridos elevados
- ✚ Personas asintomáticas con pruebas de arteriosclerosis preclínica. Por ejemplo, índice tobillo-brazo reducido, o evidencias obtenidas mediante imagen: ultrasonografía carotídea, TC o resonancia (CEIPC)
- ✚ Hipertrofia ventricular izquierda electrocardiográfica o ecográfica
- ✚ Historia de enfermedad cardiovascular precoz en parientes de primer grado (menos de 55 años en el varón y menos de 65 en la mujer). En este caso el riesgo calculado se multiplicará por 1,5 como factor de corrección
- ✚ Síndrome metabólico (criterios según la clasificación de la ATP III): obesidad abdominal, hipertrigliceridemia (TG >150mg/dl), cHDL bajo, hipertensión arterial (> 130/85 mmHg) o uso de fármacos

antihipertensivos, y glucemia basal alterada o uso de fármacos antidiabéticos.

- El PAPPS aconseja utilizar el riesgo no proyectado a la edad de 60 años para la toma de decisiones sobre el tratamiento, aunque éste debe considerarse para una mayor insistencia en las medidas de modificación del estilo de vida.
- La edad más elevada que alcanza la tabla es de 65 años, por lo que en los pacientes mayores calcularemos el RCV aplicando esta edad, asumiendo que su RCV será superior al calculado.

OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

Los objetivos terapéuticos se marcan en función del riesgo cardiovascular de cada paciente calculado por la tabla Score. Siguiendo las recomendaciones de la Guía Europea de Prevención Cardiovascular, Adaptación española del CEIP 2008, proponemos los siguientes objetivos (*Figura 3*):

- Pacientes con riesgo Score < 5%: colesterol total < 200 mg/dl y colesterol LDL < 130 mg/dl
- Pacientes con riesgo Score \geq 5%: Colesterol total < 200mg/dl y colesterol LDL < 130 mg/dl
- Hiperlipemia severa con colesterol total \geq 320 mg/dl o cLDL \geq 240 mg/dl (se consideran riesgo alto) :colesterol total < 175 mg/dl (155 mg/dl si es factible) y LDL < 100 mg/dl (< 80 mg/dl si es factible).
- *Este último objetivo será el mismo que se aplica en ECV establecida, Diabetes tipo 2 o Diabetes tipo 1 con microalbuminuria (Recordemos que éstos son pacientes excluidos de nuestro estudio)*

ACTITUD TERAPEUTICA.

(*Figuras 4 y 5*)

1.- Cambios de estilo de vida

El primer paso en cualquier plan terapéutico de un paciente con hiperlipidemia es la **modificación del estilo de vida**, que incluye un cambio de los hábitos dietéticos y la práctica de ejercicio físico tratando de alcanzar el peso normal, así como el abandono de hábitos tóxicos como el consumo de tabaco y alcohol. **Esto debe**

intentarse, de manera aislada, entre 3 y 6 meses en todos los pacientes en prevención primaria.

Dieta (*Anexo1 del Protocolo clínico*)

La dieta recomendada para la prevención y tratamiento de la arteriosclerosis, y sus manifestaciones, es la dieta mediterránea. La dieta mediterránea debería ser considerada más como un estilo de vida, en la que se incluyen otros hábitos de vida saludables como la actividad física, que como un simple patrón dietético.

Ejercicio físico:

El objetivo definido por la OMS es el de realizar un mínimo de 30 minutos de actividad física de intensidad moderada, casi todos o preferiblemente todos los días de la semana. Esos 30 minutos pueden realizarse de forma fraccionada a lo largo del día, en períodos de actividad física de preferiblemente no menos de 10 minutos, y puede perfectamente ser a partir de actividades cotidianas (caminar a buen ritmo, subir escaleras, trabajar en el jardín o en las tareas de la casa).

Debemos recomendar la realización de ejercicio aeróbico como correr, andar deprisa, montar en bicicleta, nadar, saltar a la comba, patinar más de 30 minutos y 3 o más días por semana, con una intensidad capaz de mantener las pulsaciones entre el 60 y el 85% de la frecuencia cardiaca máxima teórica (220 menos la edad).

Pérdida de peso:

En individuos con sobrepeso u obesidad se recomienda disminuir la ingesta calórica y aumentar la actividad física con el fin de alcanzar un normopeso.

Consumo de alcohol: (*Figura 6*)

El consumo de cantidades moderadas de alcohol, de 10 a 30 g de etanol al día, reduce la mortalidad cardiovascular debida fundamentalmente a cardiopatía isquémica aterosclerótica y a accidentes cerebrales isquémicos, respecto a los no bebedores. Este efecto beneficioso sobrepasa los riesgos del consumo de alcohol en los grupos de población con mayor riesgo aterosclerótico: personas de edad, individuos con factores de riesgo cardiovascular y pacientes con episodios coronarios previos. Sin embargo, no está demostrado el beneficio del consumo de

alcohol, ni siquiera en cantidades moderadas, sobre la población general, hombres con menos de 40 años de edad y mujeres por debajo de los 50, ya que aumenta la mortalidad por otras causas. Tampoco está demostrado que determinadas bebidas alcohólicas tengan un beneficio particular sobre otras.

Por todo ello, es importante no caer en el error actual de concepto de un beneficio global relacionado con la salud sobre el consumo de alcohol (PAPPS 2009).

Consumo de riesgo: hablamos de bebedor de riesgo cuando el consumo de alcohol se sitúa por encima de **28 U** por semana para los hombres y de **17 U** por semana para las mujeres. **Consumo de bajo riesgo o consumo objetivo:** se consideran límites «poblacionalmente de bajo riesgo» los inferiores a **17 U/semana** para hombres y **11 U/semana** para mujeres.

El nivel de consumo de alcohol recomendable desde el punto de vista cardiovascular no debe superar las 2 unidades/día de alcohol en los varones y 1 unidad/día en las mujeres.

2.- Tratamiento farmacológico

- Hipercolesterolemia: son de elección las Estatinas. La elección de la estatina se hará en función del porcentaje de cLDL a reducir (*Tabla 1*). (La guía NICE, y el PAI de Riesgo Vascular de Andalucía recomienda tanto en prevención primaria como en prevención secundaria utilizar simvastatina 20-40mg/d).
- Si no se alcanza el objetivo terapéutico (y se ha utilizado la dosis máxima de estatinas protocolizadas en los ensayos clínicos, *Tabla 2*) se puede añadir Ezetimiba, Fibratos o Acido Nicotínico con laropiprant en caso de asociación con aumento de triglicéridos y disminución de HDL colesterol. En caso de asociar fibratos deberá excluirse el gemfibrozilo, recordando que esta combinación aumenta el riesgo de miopatía y rabiomiolisis.
- Hipertrigliceridemias: la mayoría son secundarias a obesidad, sedentarismo, diabetes, fármacos o alcohol, por lo que el tratamiento etiológico, junto con la modificación dietética, hace pocas veces necesario usar fármacos, siendo de elección los Fibratos.
- Dislipemias mixtas: se tratan en función de la elevación del colesterol y LDL colesterol.
- El tratamiento farmacológico, siguiendo las recomendaciones del PAPPS 2009, debe iniciarse en las siguientes circunstancias, con los objetivos

terapéuticos expuestos anteriormente y **siempre tras un periodo mínimo de 3 meses de cambios de estilo de vida:**

	LDL Tratamiento	LDL Objetivo
Enfermedad cardiovascular	≥ 100	< 100
Diabetes	≥ 130	< 130
Riesgo SCORE ≥ 5%		
Elevación intensa de los factores de riesgo		
Riesgo moderado	≥ 240	< 130

SEGUIMIENTO

- **En todos los pacientes en prevención primaria siempre iniciaremos el tratamiento con medidas higiénico-dietéticas durante los primeros 3-6 meses.**
- Posteriormente, la toma de decisiones terapéuticas estará en función de si se alcanzan los objetivos terapéuticos y del RCV del paciente.

Figura 1

Tabla SCORE: riesgo a 10 años de enfermedad cardiovascular (ECV) fatal en poblaciones con bajo riesgo de ECV, según los siguientes factores de riesgo: edad, sexo, tabaquismo, presión arterial sistólica y colesterol total: © The European Society of Cardiology

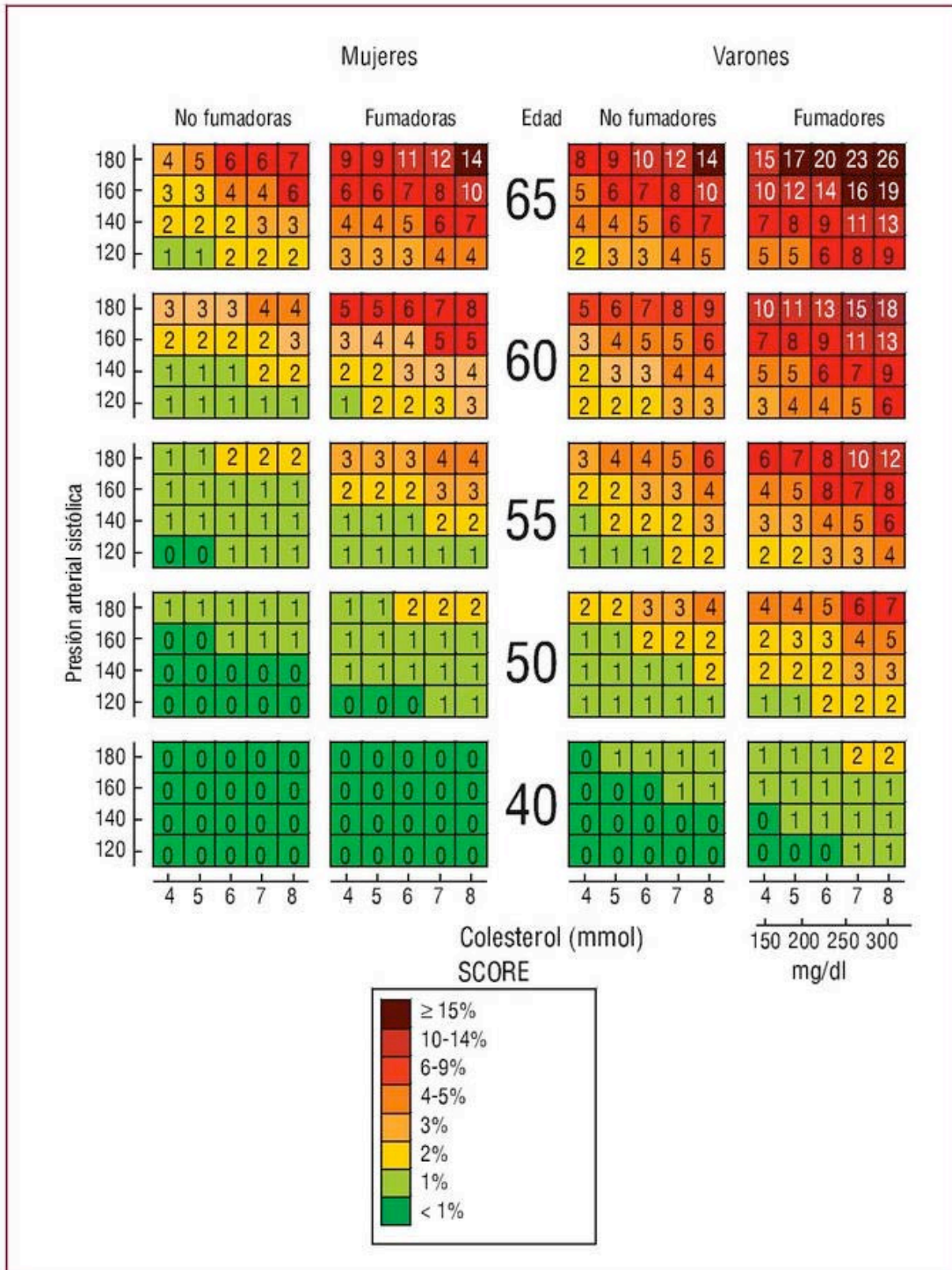


Figura 2

Cálculo del riesgo cardiovascular: utilizaremos la herramienta CIRCE, que además del cálculo del riesgo de sufrir un evento cardiovascular mortal con la tabla SCORE, estima el riesgo coronario mediante las ecuaciones de REGICOR, DORICA y Framingham.

En: <http://www.fundacioninfosalud.org/cardio/Scalas/circe.exe>

CIRCE Caracterización e Implementación de las Recomendaciones de Riesgo Cardiovascular en España Ferrer grupo

Datos del paciente

Edad ____

Sexo H M

Diabetes Si No

Tabaquismo Si No o exfumador

Colesterol total ____ (mg/dl)

Colesterol HDL ____ (mg/dl)

Presión arterial sistólica ____ mmHg

Presión arterial diastólica ____ mmHg

Hipertrofia ventricular izquierda en ECG Si No

SCORE Estimación del riesgo a los 10 años de enfermedad cardiovascular mortal:

- >14%
- 10%-14%
- 5%-9%
- 3%-4%
- 2%
- 1%
- <1%

REGICOR Estimación del riesgo coronario mediante la ecuación de Framingham calibrada:

- ≥40%
- 20%-39%
- 10%-19%
- 5%-9%
- <5%

DORICA Estimación del riesgo coronario mediante la ecuación de Framingham calibrada:

- ≥40%
- 20%-39%
- 10%-19%
- 5%-9%
- <5%

Ecuación de Framingham Total:

Probabilidad de evento coronario a los 10 años:

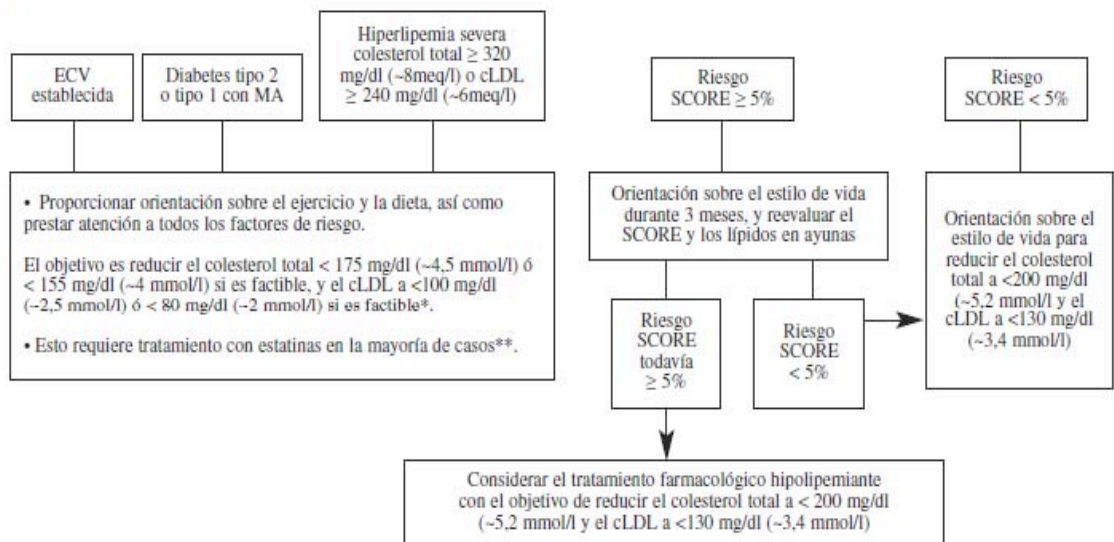
Riesgo medio de la población general para esta edad y sexo:

Figura 3

Manejo de lípidos en el riesgo cardiovascular según la Guía Europea de Prevención cardiovascular en la práctica clínica. Adaptación española del CEIP 2008. (Rev Esp Salud Pública 2008, Vol. 82:581-616)

Manejo de los lípidos en función del riesgo cardiovascular

Se deben buscar y abordar todos los factores de riesgo. Los pacientes con ECV establecida, diabetes tipo 2 (o de tipo 1 con microalbuminuria) o con hiperlipemia severa, presentan ya un riesgo elevado. Para las demás personas, se deben usar las tablas SCORE para calcular el riesgo total.



Los objetivos del tratamiento no están definidos para el cHDL y los triglicéridos, pero un cHDL < 40 mg/dl (1 mmol/l) para los varones y < 45 mg/dl (1.2 mmol/l) para las mujeres, y unos triglicéridos en ayunas de > 150 mg/dl (1.7 mmol/l) son marcadores de riesgo cardiovascular aumentado.

* Particularmente en pacientes de muy alto riesgo.

** Algunos grupos de expertos recomiendan estatinas para todos los pacientes con ECV establecida y la mayoría de los pacientes diabéticos independientemente de los valores basales de colesterol.

Figura 4

Diagnóstico de hipercolesterolemia y propuesta de seguimiento
 (Guía Clínica de Dislipemias. En: <http://www.fisterra.com/fisterrae>)

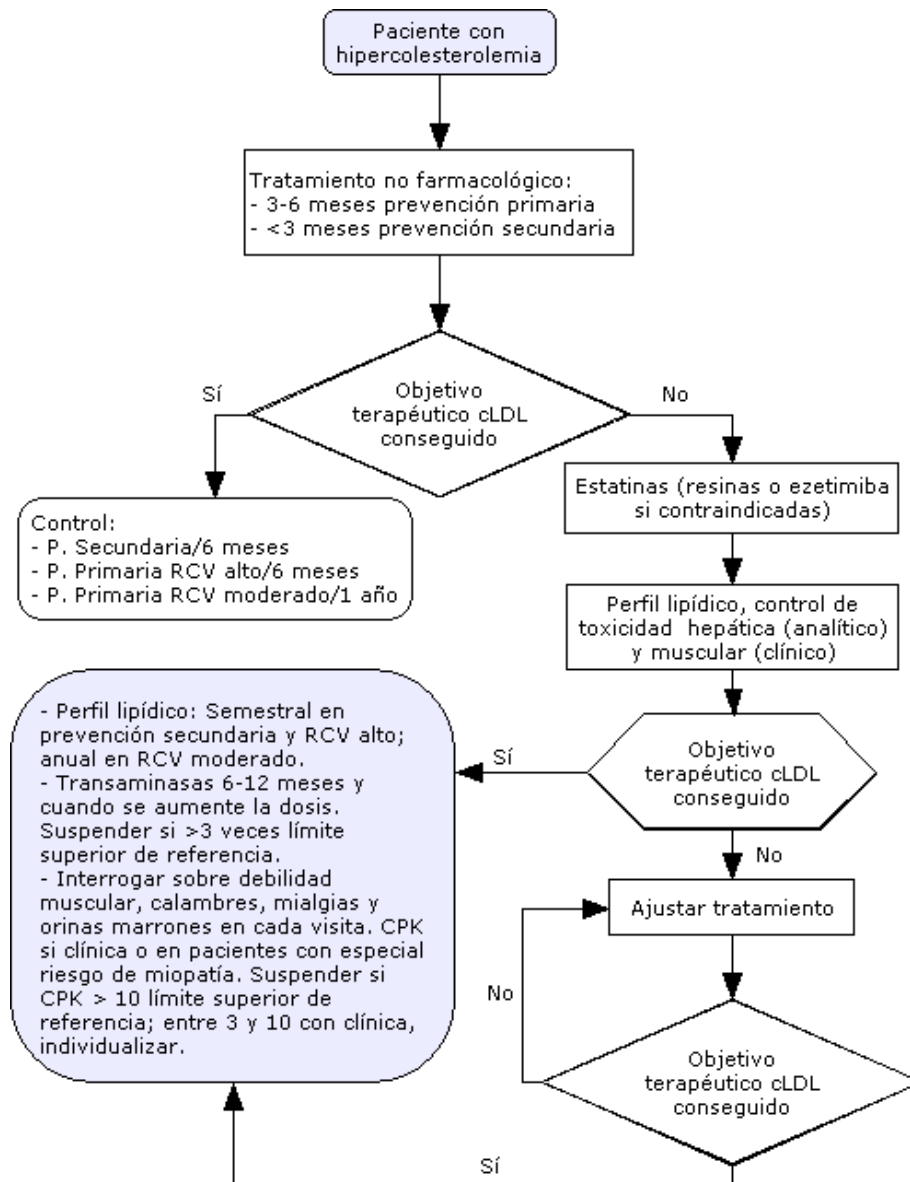


Figura 5

Diagnóstico de hipertrigliceridemia y propuesta de seguimiento

(Guía Clínica de Dislipemias. En: <http://www.fisterra.com/fisterrae>)

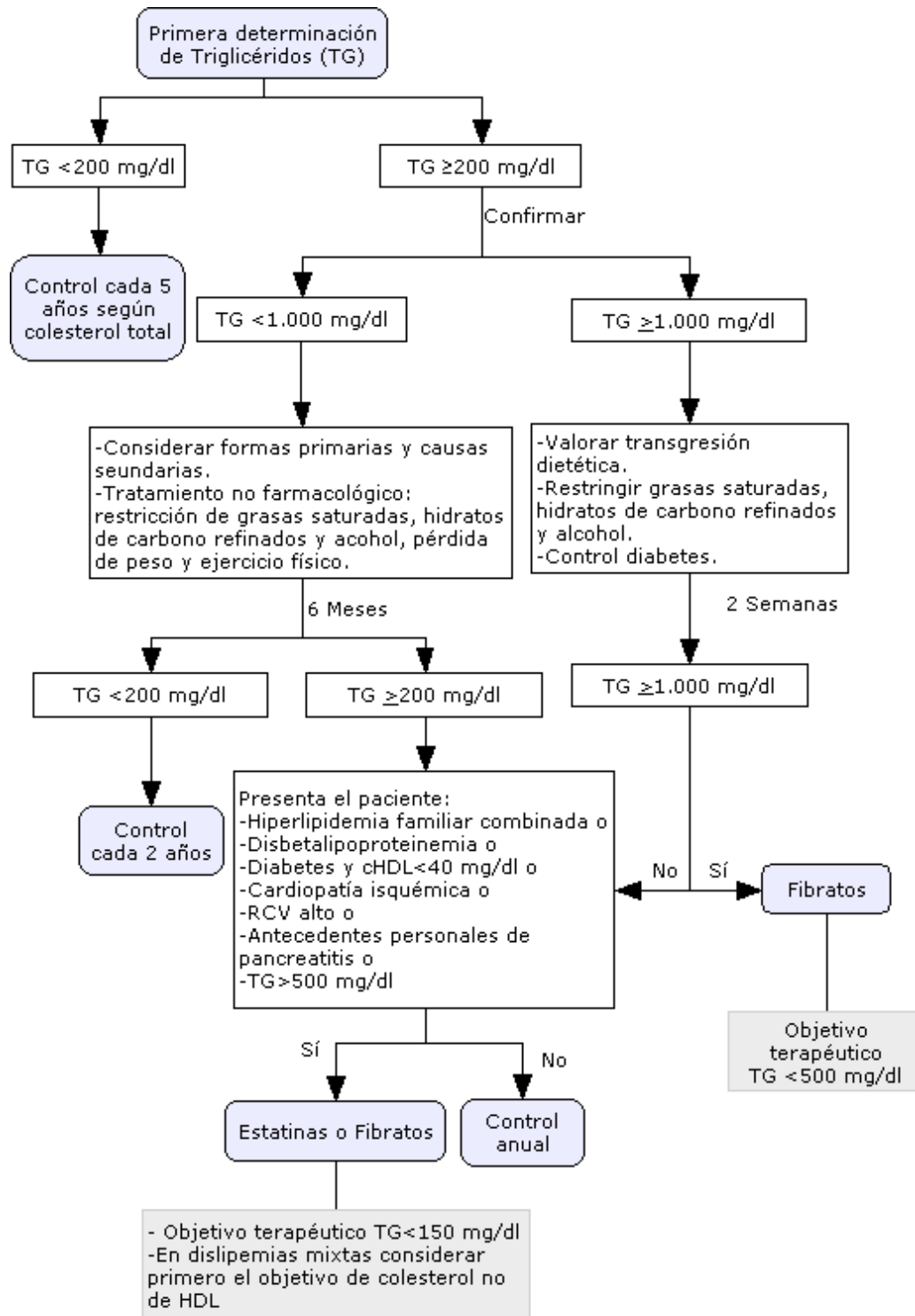


Figura 6.

Equivalencia de las Unidades de alcohol y volumen de las bebidas

1 UBE: 200 ml de cerveza (caña o quinto), o 100 ml de vino (vaso pequeño), o 50 ml de vino generoso (jerez), o 50 ml de cava (1 copa), o 25 ml de licor (1 carajillo)		
2 UBE: 1 copa de coñac (50 ml), o 1 combinado (50 ml), o 1 vermut (100 ml), o 1 whisky (50 ml)		
Tipo de bebida	Volumen	Número de unidades
Vino	1 vaso (100 cc)	1
	1 l	10
Cerveza	1 caña (200 cc)	1
	1 l	5
Copas	1 copa (50 ml)	2
	1 carajillo (25 ml)	1
	1 combinado (50 ml)	2
	1 l	40
Jerez, cava, vermut	1 copa (50 ml)	1
	1 vermut (100 ml)	2
	1 l	20

UBE: unidad de bebida estándar, equivalente a 10 g de alcohol puro

Adaptado de: Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria; Grupo de Trabajo de Alcohol de la se
Recomendaciones semFYC: Alcohol. Barcelona: 2000.

Tabla 1: Descenso de LDL colesterol conseguido con diferentes dosis de estatinas. SIGN 2007

Porcentaje de reducción de LDL colesterol	Dosis				
	5 mg	10mg	20mg	40mg	80mg
Estatina (dosis diaria)					
LOVASTATINA		21	29	37	45
SIMVASTATINA	23	27	32	37	42
PRAVASTATINA	15	20	24	29	33
FLUVASTATINA	10	15	21	27	33
ATORVASTATINA	31	37	43	49	55
ROSUVASTATINA	36	43-45	48	53	58-63

Tabla 2: Dosis máximas de estatinas en ensayos clínicos

Simvastatina 20-40 mg
Pravastatina 20-40 mg
Lovastatina 20-40
Atorvastatina 10 mg (80 mg en prevención secundaria)
Rosuvastatina 10-20 mg
Fluvastatina No hay estudios en prevención primaria. En prev secundaria: 80 mg

Anexo 1

Dieta para pacientes con dislipemia o hipercolesterolemia

(Recomendaciones dietéticas para la prevención de la aterosclerosis en la población general)

Mantenga una dieta variada, con abundancia de cereales, verduras y frutas.

Reduzca el sobrepeso con una dieta baja en calorías.

Disminuya el consumo de carnes rojas, huevos (máximo 2 ó 3 por semana), leche entera y derivados (helados, nata, mantequilla, yogures enteros, quesos grasos,...).

Consuma preferentemente aceite de oliva y evite los aceites de coco y palma, presentes frecuentemente en productos de bollería, fritos y precocinados.

Introduzca en su dieta frecuentemente los pescados blancos y en especial los azules (sardina, trucha, atún, caballa, salmón,...).

Evite el consumo de alcohol.

No fume.

Haga ejercicio físico de forma regular.

Cocinado: cocine con poco aceite (oliva, girasol o maíz). Evite en lo posible los fritos y guisos. Preferible a la plancha o a la brasa. Retire la grasa visible de la carne antes de cocinarla.

Frecuencia recomendada de carnes y aves: carnes rojas, dos días por semana; pollo, pavo sin piel o conejo, dos o tres días por semana. Cantidad recomendada: una sola vez al día, no más de 200 gramos.

Condimentos: utilice todo tipo de condimentos. Sal con moderación.

Alcohol: es aceptable en los adultos hasta 2-3 vasitos de vino al día. Es desaconsejable en pacientes con sobrepeso, mujeres embarazadas y pacientes con hipertrigliceridemia.

Importante: Esta dieta es adecuada para todos los miembros de la familia excepto niños.

Las siguientes recomendaciones dietéticas más específicas le pueden ayudar:

Alimentos frescos y congelados	Consumo diario	Consumo moderado	Consumo esporádico
	PERMITIDOS todos los días	A LIMITAR máximo 2-3 veces x semana	DESACONSEJADOS sólo excepcionalmente
Cereales	Harinas, *pan, cereales, *arroz (mejor integrales), maíz, *pastas, galletas integrales	Cereales con azúcar, *Pasta italiana con huevo y *bollería y galletas preparadas con aceite de oliva o de semilla	Bollería, croissants, ensaimadas, magdalenas, donuts, galletas y bollería industrial preparada con grasas no recomendables
Frutas, verduras y legumbres	Todas. Legumbres especialmente recomendadas	*Aceitunas, *aguacates, *patatas fritas en aceite de oliva o de semilla	Patatas chips o patatas o verduras fritas en aceites inadecuados. Coco
*Frutos secos	Nueces, ciruelas pasas, albaricoques, dátiles, pipas de girasol sin sal	Almendras, castañas, avellanas, cacahuetes	Cacahuetes salados, coco y pipas de girasol saladas
Huevos, leche y derivados	Leche desnatada, yogurt y productos elaborados con leche desnatada, clara de huevo, flanes sin huevo	Huevo entero (3 x semana) Queso fresco o con bajo contenido graso, requesón. Leche y yogurt semidesnatado	Leche entera, nata, crema, flanes de huevo, quesos duros y cremosos
Pescados y Mariscos	Pescado blanco y *azul, *atún en lata, salmón ahumado, marisco bivalvo (mejillones, almejas, chirlas, ostras,...)	Bacalao salado, *sardinas y caballa en lata (en aceite de oliva), calamares, gambas, langostinos, cangrejos (marisco)	Huevas de pescado, pescado frito en aceite o grasas no recomendadas, mojama
Carnes rojas(1)		Ternera, buey, vaca, cerdo, caballo, cordero (partes magras), jamón serrano (partes magras), salchichas de pollo o ternera	Embutidos, beicon, hamburguesas, salchichas frankfurts, patés, vísceras, despojos
Aves y caza		Conejo, pollo y pavo sin piel. Venado, Caza menor	Ganso, Pato
Grasas y aceites	Aceites de oliva	Aceites de semillas (girasol, maíz...) y margarina vegetal (sin ácidos grasos <i>trans</i>)	Mantequilla, margarinas sólidas, manteca de cerdo, unto, tocino, sebo, aceites de palma y de coco
Postres	*Mermeladas, *miel, *azúcar, repostería casera: sorbetes (helados), tartas y pasteles (preparados con leche descremada y margarina)	Caramelos, flan sin huevo, frutas en almíbar, turrón, mazapán, bizcochos caseros y dulces hechos con aceite de oliva o semilla	Chocolates y pasteles. Postres con leche entera, huevo y nata o mantequilla. Tartas comerciales
Bebidas	Agua mineral, *zumos naturales, infusiones, Café y té: 3 al día Vinos: 2 al día	Bebidas y refrescos ligeras sin azúcar	Bebidas ligeras azucaradas, sopas de sobre o lata
Espicias y salsas	Pimienta, mostaza, hierbas, sofritos, vinagre, alioli	Mahonesa y besamel	Salsas hechas con mantequilla, margarina, leche entera y grasas animales (huevo y/o grasa de cerdo)

Nota: la dieta debe modificarse en caso de diabetes, obesidad, hiperuricemia o hipertensión.
* Los alimentos señalados con un asterisco, debido a su riqueza calórica, deben limitarse en pacientes con sobrepeso o hipertrigliceridemia.

Anexo 2

GRUPO CONTROL:

“Consejo informativo habitual”

Cambios de estilo de vida

Para disminuir las grasas de la sangre (el colesterol y los triglicéridos) tendría usted que modificar la dieta, hacer ejercicio físico intentando alcanzar el peso normal así como dejar el tabaco, si fuma, y moderar el consumo de alcohol.

En cuanto a la Dieta

Conviene que haga la dieta mediterránea.(Se entregará información por escrito: Anexo). Sobretodo conviene que coma a diario frutas y verduras y que el aceite sea de oliva preferentemente, reduciendo el consumo de leche entera y derivados

En cuanto al Ejercicio físico:

Conviene que realice ejercicio (como correr, andar deprisa, montar en bicicleta, nadar, saltar a la comba, patinar) más de 30 minutos y 3 o más días por semana (mejor 5 días)

Pérdida de peso:

Si usted tiene sobre peso u obesidad se recomienda disminuir la cantidad de calorías de la dieta y aumentar la actividad física con el fin de alcanzar un peso normal.

Consumo de alcohol:

Si usted es varón conviene que no beba más de 2 vasos de vino, o 2 cañas o 1 copa

Si es usted mujer no beba más de 1 vaso de vino o de 1 caña al día

Consumo de tabaco:

Si usted fuma conviene que deje de fumar

- ◇ En su caso actualmente no es necesario tomar medicamentos por ahora
- ◇ En su caso además convendría comenzar con el medicamento que a continuación le indico.

ANEXO III. CRONOGRAMA DEL ESTUDIO

ETAPA/FECHAS	TAREAS
-Presentación del proyecto (enero-mayo 2009)	*Elaboración del proyecto de investigación
-Organización e Implementación (Stbre 2009-Diciembre 2011)	*Coordinación del proyecto general, supervisar el proyecto en los CS *Monitorización del proyecto: coordinar prueba piloto, supervisión de la inclusión de pacientes por centro y de las visitas -recepción y examen de CRDs-
Preliminares (Enero a mayo/2010)	*EDP integrado por algunos de los investigadores y por otros profesionales externos al estudio. Se reunirán cada mes (reuniones virtuales en Second Life); cada seis meses, sin conocer a que grupo se asignaron los pacientes, evaluarán los 'endpoints' y comprobarán que las intervenciones se ajustan a las estandarizadas. *Plan de formación y adiestramiento de los investigadores encargados del trabajo de campo *Adiestramiento del evaluador de la monitorización de las intervenciones *Elaboración del CRD on-line y del Manual de procedimientos, Preparación de la documentación (Hoja de consentimiento, guías,..)
Estudio Piloto (mayo/2010)	*Pilotaje con 1 paciente/investigador, Evaluación de su actuación, feed-back y reevaluación
Trabajo de campo/Recogida de datos (Captación y reclutamiento entre junio y septiembre/2010 y visita final septiembre/2011)	*Captación/Consentimiento informado de los sujetos participantes en el proyecto, Intervenciones individuales y seguimiento, Cumplimentación CRD/Envío on-line de los datos del CRD *Monitorización del trabajo de campo. Control de calidad de los datos (verificación de los CRD) *Control de las videograbaciones y evaluación de las entrevistas videograbadas
Procesamiento y análisis de datos (entre abril/2009 y septiembre /2010)	*Creación de una base de datos on-line para mecanización en programa informático, Depuración base de datos, Análisis estadístico de los datos
Informe/memoria final del estudio (diciembre/2011)	* Discusión e Interpretación de los datos, Presentación de resultados y conclusiones, Difusión del estudio. Elaboración de la memoria final

ANEXO IV. HOJA DE INFORMACIÓN AL SUJETO Y CONSENTIMIENTO INFORMADO**HOJA DE INFORMACION AL PACIENTE****INTRODUCCION**

Nos dirigimos a usted para informarle sobre el estudio de investigación "Eficacia de la entrevista motivacional en pacientes con dislipemia atendidos en consultas de Atención Primaria (Estudio Dislip-EM)", al que se le invita a participar.

El estudio ha sido aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica correspondiente.

Pretendemos que usted reciba la información correcta y suficiente para que pueda evaluar y decidir si quiere o no participar en este estudio. Para ello lea esta hoja informativa con atención y nosotros le aclararemos las dudas que le puedan surgir después de la explicación.

PARTICIPACION VOLUNTARIA

Debe saber que su participación en este estudio es voluntaria y que puede decidir no participar o cambiar su decisión y retirar el consentimiento en cualquier momento, sin que por ello se altere la relación con su médico ni se produzca perjuicio alguno en su tratamiento.

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO

Hay una serie de circunstancias que hacen aumentar el riesgo de que las personas sufran enfermedades del corazón. Es lo que se conoce como factores de riesgo cardiovascular. Algunos de estos factores, como la edad, no pueden cambiarse, pero otros como fumar, tener exceso de peso, o reducir sus niveles altos de colesterol, por ejemplo, sí que pueden modificarse y el beneficio que obtiene es que se reduce su probabilidad de padecer un infarto cerebral o del corazón: se reduce el riesgo cardiovascular.

Los hábitos de vida saludables como una dieta adecuada y hacer ejercicio regularmente puede ser una forma de prevenir enfermedades del corazón, sobre todo en personas que como usted tiene el colesterol elevado.

El estudio Dislip-EM pretende observar qué efectos produce una intervención basada en un tipo de entrevista clínica, llamada Entrevista Motivacional, sobre sus hábitos de

Versión

Septiembre 2010

vida y si se consigue así reducir sus niveles de colesterol en la sangre en mayor medida que el consejo que habitualmente le damos en las consultas médicas.

¿EN QUÉ CONSISTIRÁ SU PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO?

Si usted decide participar en el presente estudio, deberá acudir a la consulta de su Médico de familia en las citas que él le indique. Algunas de estas entrevistas serán videograbadas, siempre contando con su autorización, con el fin de poder comprobar si las intervenciones del profesional son las adecuadas. Su médico le hará un seguimiento durante 12 meses, con un total de 5 visitas (la primera, la segunda a las cuatro semana, y a los 4, 8 y 12 meses). Durante el transcurso del estudio deberá acudir a las citas que le haga su médico que recogerá datos clínicos y de salud y valorará su riesgo cardiovascular a partir de esta información. En cada visita su médico le pedirá unos análisis de sangre para conocer sus niveles de colesterol.

¿QUÉ BENEFICIOS PUEDE OBTENER DE SU PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO?

Esperamos que la intervención que probamos en este estudio contribuirá a una mejoría de las entrevistas clínicas y secundariamente al estado de salud de la población general. Es posible que Vd. obtenga el beneficio directo para su salud al disminuir sus cifras de colesterol y su riesgo cardiovascular.

¿QUÉ RIESGOS PUEDE CORRER POR SU PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO?

Su participación no supone ningún riesgo directo para usted. Las intervenciones que están previstas se basan fundamentalmente en la modificación de los estilos de vida (realizar una dieta adecuada, hacer ejercicio físico, perder peso en caso de sobrepeso). Si su médico así lo considera, podrá prescribirle alguno de los medicamentos que habitualmente se emplean para reducir los niveles de colesterol. La única prueba médica será un análisis de sangre. Como seguramente usted ya sabe, los riesgos relacionados con la punción venosa son leves: sangrado, desvanecimiento o sensación de mareo, hematoma o “morado” y muy rara vez infección.

CONFIDENCIALIDAD

Versión

Septiembre 2010

La información que usted nos aporte será confidencial y será utilizada únicamente para los objetivos de este estudio, siendo conocida únicamente por los investigadores que participan en él. Su nombre no saldrá identificado en los documentos de recogida de datos.

El tratamiento, la comunicación y la cesión de los datos de carácter personal de todas las personas participantes se ajustará a lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de protección de datos de carácter personal. De acuerdo a lo que establece la legislación mencionada, usted puede ejercer los derechos de acceso, modificación, oposición y cancelación de datos, para lo cual deberá dirigirse a su médico del estudio.

Los datos recogidos para el estudio estarán identificados mediante un código y sólo su médico del estudio/colaboradores podrán relacionar dichos datos con usted y con su historia clínica. Por lo tanto, su identidad no será revelada a persona alguna, salvo excepciones, en caso de urgencia médica o requerimiento legal.

Sólo se transmitirán a terceros los datos recogidos para el estudio que en ningún caso contendrán información que le pueda identificar directamente, como nombre y apellidos, iniciales, dirección, nº de la seguridad social, etc. En el caso de que se produzca esta cesión, será para los mismos fines del estudio descrito y garantizando la confidencialidad como mínimo con el nivel de protección de la legislación vigente en nuestro país.

El acceso a su información personal quedará restringido al médico del estudio/colaboradores, autoridades sanitarias (Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios), al Comité Ético de Investigación Clínica y personal autorizado por el promotor, cuando lo precisen para comprobar los datos y procedimientos del estudio, pero siempre manteniendo la confidencialidad de los mismos de acuerdo a la legislación vigente.

OTRA INFORMACIÓN RELEVANTE

Su participación en el estudio no le supondrá ningún gasto, ni ningún beneficio económico.

Si usted decide retirar el consentimiento para participar en este estudio, ningún dato nuevo será añadido a la base de datos y, puede exigir la destrucción de los datos que le identifiquen.

También debe saber que puede ser excluido del estudio si los investigadores del estudio lo consideran oportuno. En este caso, usted recibirá una explicación adecuada del motivo que ha ocasionado su retirada del estudio

Al firmar la hoja de consentimiento adjunta, se compromete a cumplir con los procedimientos del estudio que se le han expuesto.

El investigador responsable del ensayo (Dr. Luis Pérula de Torres, Tno. 697956874), estará encantado de contestar a cualquier duda o pregunta que le surja a lo largo del estudio.

AGRADECIMIENTO

Muchas gracias por haber leído esta información del estudio. Tómese el tiempo suficiente antes de decidir si desea participar. Si decide tomar parte en el estudio, por favor firme el formulario de consentimiento informado. Se le entregará una copia de este documento y del formulario de consentimiento para que Usted lo guarde.

NÚMERO DE PROTOCOLO

		-		
--	--	---	--	--

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DE LOS SUJETOS

Título del estudio: “Eficacia de la entrevista motivacional en pacientes con dislipemia atendidos en consultas de Atención Primaria (Estudio Dislip-EM)

Yo,.....(nombre y apellidos).

- He leído la hoja de información que se me ha entregado.
- He podido hacer preguntas sobre el estudio.
- He recibido suficiente información sobre el estudio.

He hablado con..... (nombre del investigador)

Comprendo que mi participación es voluntaria.

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

- 1º Cuando quiera.
- 2ª Sin tener que dar explicaciones.
- 3º Sin que esto repercuta en mis cuidados médicos.

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.

.....
(fecha)

.....
(firma del participante)

.....
(fecha)

.....
(firma del investigador)

ANEXO IV: CUESTIONARIO EVEM (SÓLO GE)

Evem 1.3

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 y evalúa su nivel de ambivalencia				
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 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:

Versión

Septiembre 2010

0. Confrontativa 1. Neutra 2. Colaborativa

ANEXO V. CENTROS E INVESTIGADORES PARTICIPANTES

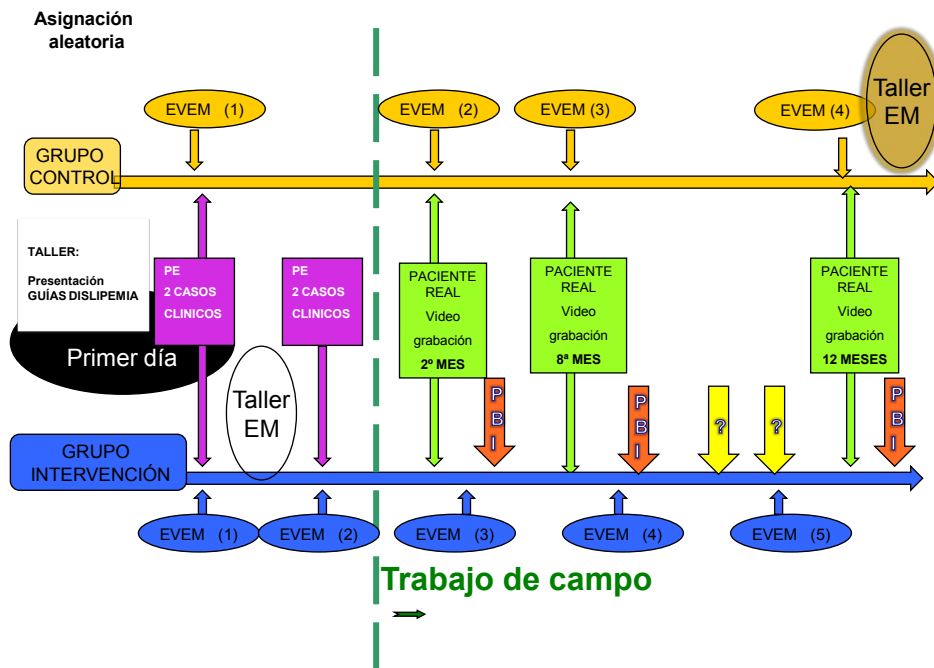
CENTROS QUE SE PREVÉ SU PARTICIPACIÓN EN EL ENSAYO:

- | | |
|--|--|
| 01. CS Fuensanta (Córdoba) | 16. CAP La Mina (S. Adriá de Besos) |
| 02. CS Huerta de la Reina (Córdoba) | 17. CS Virgen de Linarejos (Linares) |
| 03. CS Levante Sur (Córdoba) | 18. CS Molino de la Vega (Huelva) |
| 04. CS Colón (Córdoba) | 19. CS La Paz (Badajoz) |
| 05. CS Matamá (Vigo) | 20. CS San Roque (Badajoz) |
| 06. ABS Centre (L'Hospitalet de Llobregat) | 21. ABS El Prat de Llobregat |
| 07. CS Fernán Núñez (Córdoba) | 22. CS Comuneros (Burgos) |
| 08. Consultorio Adamuz (Córdoba) | 23. CS Coruxo (Vigo) |
| 09. Consultorio Villafranca de Córdoba (Córdoba) | 24. CS Rúa Cuba (Vigo) |
| 10. CAP Ramona Vía (El Prat de Llobregat) | 25. CS Pintor Colmeiro (Vigo) |
| 11. CS Posadas (Córdoba) | 26. CS Beiramar (Vigo) |
| 12. CS La Carlota (Córdoba) | 27. CS Tui (Pontevedra) |
| 13. CS Peñarroya (Córdoba) | 28. CS Porriño (Pontevedra) |
| 14. CS Villaviciosa de Córdoba (Córdoba) | 29. CS Val Miñor (Pontevedra) |
| 15. CS El Castell (Castelldefels) | 30. CS Virgen Concha (Zamora) |
| | 31. CAP Vallcarca Sant Gervasi (Barcelona) |
| | 32. CS Santa Rosa (Córdoba) |

LISTADO DE INVESTIGADORES PARTICIPANTES

- | | |
|---|--|
| 01. Emilio García Criado | 30. Silvia Membrilla Pastor |
| 02. Enrique Martín Rioboó | 31. Francisco Mora Moreno |
| 03. Francisco Buitrago Ramírez | 32. José Luís Montero
Monterroso |
| 04. María Pineda Alonso | 33. M ^a Dolores Vargas Rubio |
| 05. Ana Roldán Villalobos | 34. Elías Puga Sarmiento |
| 06. Antonio Pérez Fuentes | 35. Antonio López Hernández |
| 07. M ^a José Acosta García | 36. Santiago Avilés Cigüela |
| 08. Fco Javier Ruiz Moruno | 37. Susana Aldecoa Landesa |
| 09. Victoriano Rodríguez
Navarro | 38. Félix Suárez González |
| 10. Isabel de Andrés Cara | 39. Cristina Aguado Taberné |
| 11. Antonio León Dugo | 41. Manuel Rico Rivas |
| 12. Alfredo Ortiz Arjona | 42. Francisco Caro Tejero |
| 13. Pilar Serrano Varo | 43. Silvia Díez Moreno |
| 14. Francisco Sierra Duque | 44. Gina Ballester Adell |
| 15. Antonio Valero Martín | 46. Alexis Tena Domingo |
| 16. Juan Manuel Parras Rejano | 48. Juantxo Mendive Arbeloa |
| 17. Rosana Izquierdo
Fernández | 49. M ^a Dolores Pazo Ferreiro |
| 18. José Antonio Pérez Vences | 50. Azucena Carranzo Tomás |
| 19. Luís Fransi Galiana | 51. Laura Belmonte Calderón |
| 20. Francisco García Soidán | 52. Miriam Ruiz Sánchez |
| 21. Antonio Fernández Crespo | 54. Cristina Ortodó Parra |
| 22. Susana Hernaiz Valero | 55. Sonia Cibrián Sánchez |
| 23. Benito Rodríguez
Fernández | |
| 24. M ^a Jesús Cobas Martínez | |
| 25. Neus Fernández Danés | |
| 26. Vanessa Monforte
Rodriguez | |
| 27. Francisca Pérez Fuentes | |
| 28. Clara Soria López | |
| 29. Juan Carlos Verdes-
Montenegro Atalaya | |

ANEXO VI. PLAN DE FORMACION



ANEXO VII.

CUESTIONARIO DE ADHERENCIA A LA DIETA MEDITERRÁNEA

Pregunta	Modo de Valoración y puntos
1. ¿Usa el aceite de oliva como principal grasa para cocinar?	<input type="checkbox"/> Sí 1 punto
2. ¿Cuanto aceite de oliva consume en total al día (incluyendo el usado para freír, comidas fuera de casa, ensaladas, etc...)?	<input type="checkbox"/> Sí 2 ó mas cucharadas = 1 punto
3. ¿Cuántas raciones de verduras u hortalizas consume al día (1 ración = 200 g. Las guarniciones o acompañamientos = ½ ración)?	<input type="checkbox"/> Sí 2 ó más (al menos 1 de ellas en ensalada o crudas) = 1 punto
4. ¿Cuántas piezas de fruta (incluyendo zumo natural) consume al día?	<input type="checkbox"/> Sí 3 ó más = 1 punto
5. ¿Cuántas raciones de carnes rojas, hamburguesas, salchichas o embutidos consume al día (1 ración = 100-150 g)?	<input type="checkbox"/> Sí Menos de 1 = 1 punto
6. ¿Cuántas raciones de mantequilla, margarina o nata consume al día (porción individual = 12 g)?	<input type="checkbox"/> Sí Menos de 1 = 1 Punto
7. ¿Cuántas bebidas carbonatadas y/o azucaradas (refrescos, colas, tónicas, bitter) consume al día?	<input type="checkbox"/> Sí Menos de 1 = 1 Punto
8. ¿Bebe vino? ¿Cuanto consume a la semana?	<input type="checkbox"/> Sí 3 ó más vasos = 1 Punto
9. ¿Cuántas raciones de legumbres consume a la semana (1 plato o ración = 150 g)?	<input type="checkbox"/> Sí 3 ó más = 1 punto
10. ¿Cuántas raciones de pescado/mariscos consume a la semana (1 plato, pieza o ración = 100-150 g de pescado ó 4-5 piezas ó 200 g de marisco)?	<input type="checkbox"/> Sí 3 ó más = 1 punto
11. ¿Cuántas veces consume repostería comercial (no casera, como: galletas, flanes, dulces, bollería, pasteles) a la semana?	<input type="checkbox"/> Sí Menos de 3 = 1 punto
12. ¿Cuántas veces consume frutos secos a la semana (1 ración = 30 g)?	<input type="checkbox"/> Sí 1 ó más = 1 punto
13. ¿Consume preferentemente carne de pollo, pavo o conejo en vez de ternera, cerdo, hamburguesas o salchichas (carne de pollo, pavo o conejo: 1 pieza o ración de 100-150 g)?	<input type="checkbox"/> Sí Sí = 1 punto
14. ¿Cuántas veces a la semana consume los vegetales cocinados, la pasta, arroz u otros platos aderezados con salsa de tomate, ajo, cebolla o puerro elaborada a fuego lento con aceite de oliva (sofrito)?	<input type="checkbox"/> Sí 2 ó más = 1 punto
Puntuación total: _____ puntos	

MAYOR PUNTUACION = MENOR RIESGO CARDIOVASCULAR

ANEXO VIII.

CUESTIONARIO INTERNACIONAL DE ACTIVIDAD FISICA (IPAQ Corto)

Autocumplimentado

Estamos interesados en averiguar acerca de los tipos de actividad física que hace la gente en su vida cotidiana. Las preguntas se referirán al tiempo que usted destinó a estar físicamente activo en los **últimos 7 días**. Por favor responda a cada pregunta aún si no se considera una persona activa. Por favor, piense acerca de las actividades que realiza en su trabajo, como parte de sus tareas en el hogar o en el jardín, moviéndose de un lugar a otro, o en su tiempo libre para la recreación, el ejercicio o el deporte.

Piense en todas las actividades **intensas** que usted realizó en los **últimos 7 días**. Las actividades físicas **intensas** se refieren a aquellas que implican un esfuerzo físico intenso y que lo hacen respirar mucho más intensamente que lo normal. Piense *solo* en aquellas actividades físicas que realizó durante por lo menos **10 minutos** seguidos.

1. Durante los **últimos 7 días**, ¿en cuantos realizó actividades físicas **intensas** tales como levantar pesos pesados, cavar, hacer ejercicios aeróbicos o andar rápido en bicicleta?

_____ **días por semana**

Ninguna actividad física intensa ⇒ **Vaya a la pregunta 3**

2. Habitualmente, ¿cuánto tiempo en total dedicó a una actividad física **intensa** en uno de esos días?

Versión

Septiembre 2010

_____ **horas por día**

_____ **minutos por día**

No sabe/No está seguro

Piense en todas las actividades **moderadas** que usted realizó en los **últimos 7 días**. Las actividades **moderadas** son aquellas que requieren un esfuerzo físico moderado que lo hace respirar algo más intensamente que lo normal. Piense *solo* en aquellas actividades físicas que realizó durante por lo menos **10 minutos** seguidos.

3. Durante los **últimos 7 días**, ¿en cuántos días hizo actividades físicas **moderadas** como transportar pesos livianos, andar en bicicleta a velocidad regular o jugar dobles de tenis? **No** incluya caminar.

_____ **días por semana**

Ninguna actividad física moderada ⇒ **Vaya a la pregunta 5**

4. Habitualmente, ¿cuánto tiempo en total dedicó a una actividad física **moderada** en uno de esos días?

_____ **horas por día**

_____ **minutos por día**

No sabe/No está seguro

Piense en el tiempo que usted dedicó a **caminar** en los **últimos 7 días**. Esto incluye caminar en el trabajo o en la casa, para trasladarse de un lugar a otro, o cualquier otra caminata que usted podría hacer solamente para la recreación, el deporte, el ejercicio o el ocio.

5. Durante los **últimos 7 días**, ¿En cuántos **caminó** por lo menos **10 minutos** seguidos?

_____ **días por semana**

Ninguna caminata ⇒ **Vaya a la pregunta 7**

6. Habitualmente, ¿cuánto tiempo en total dedicó a caminar en uno de esos días?

_____ horas por día

_____ minutos por día

No sabe/No está seguro

La última pregunta es acerca del tiempo que pasó usted **sentado** durante los días hábiles de los **últimos 7 días**. Esto incluye el tiempo dedicado al trabajo, en la casa, en una clase, y durante el tiempo libre. Puede incluir el tiempo que pasó sentado ante un escritorio, visitando amigos, leyendo, viajando en ómnibus, o sentado o recostado mirando la televisión.

7. Durante los **últimos 7 días** ¿cuánto tiempo pasó **sentado** durante un **día hábil**?

_____ horas por día

_____ minutos por día

No sabe/No está seguro

Valoración actividad física según cuestionario IPAQ

(especificar frecuencia y días/semana: _____)

1 Activo*

2 Sedentario

* Más de 30 minutos, 3 o más días por semana

ANEXO IX.**CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO**

(Sólo pacientes en tratamiento con fármacos hipolipemiantes)

Método de Haynes -Sacket

Preguntar al paciente: *"la mayoría de la gente tiene dificultades en tomar las pastillas, ¿tiene usted dificultad para tomar las suyas para el colesterol?"*

1. SÍ € 2. NO €

Test de Morinski - Green

Necesitamos que haga el esfuerzo de decirnos si usted se toma los medicamentos para el colesterol tal y como se le prescribió (marcar con una cruz lo que corresponda).

- | | |
|---|--------------|
| 1.- ¿Olvida alguna vez tomar sus medicinas? | SÍ € NO € |
| 2.- ¿Toma los medicamentos a la hora indicada? | SÍ € NO € |
| 3.- Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar su medicación? | SÍ € NO € |
| 4.- Si alguna vez le sienta mal, ¿deja usted de tomarla? | SÍ € NO € |

-Valoración cumplimiento: SÍ € NO €

ANEXO 2 **Guión entrevistas Pacientes Estandarizados**

ANEXO 2.1 Caso 1 PE: La dieta

Situación clínica para paciente estandarizado

CASO 1.- LA DIETA

AUTORES Nieves Barragán
Juan Carlos Arbonés
Josep Massons
Josep M Bosch
Manuel Campinez
Jose Antonio Prados

CONTACTO:

Nieves Barragán
629 42 31 31
nieves.barragan@gmail.com

BORRADOR NÚMERO: 6 Fecha: 11 abril 2010

INDEX

1. INDÍCE

2. ESQUEMA DEL CASO. ASPECTOS ESENCIALES.

I. SUMARIO DEL CASO:

I.1. Motivo de consulta

Recoger Analítica y deseo de perder peso motivado para evitar mas lumbagos como el que acaba de tener

I.2. Episodios actuales abiertos

Sobrepeso IMC 28.5

I.3. Antecedents patológicos

Exfumadora (lo dejó a los 23 porque su madre “no la dejaba vivir” y en el fondo sabía que tenía razón)

I.4. Alergias

Nolotil

I.5. Medicación

Paracetamol a demanda; aprox 1-2 comp de 650 mg/día
Lorazepam para dormir, a temporadas.
Pomadas antiinflamatorias. Es adicta pa las rodillas que a veces le duelen y para el lumbago cd le da.

I.6 Vacunas

Tétanos OK
Gripe – la pide cada otoño

I.7 Hábitos dietéticos

Dieta variada. Come de todo. Le gusta cocinar guisos. Suele comer bollería algunos días para desayunar (un par de madalenas grandes). Entre horas pica trocitos de queso, o alguna patata chip, o se corta un trocito de jamón. A media tarde, un gran café con leche (semidesnatada) con 1 cucharada de azúcar. Suele cocinar de forma generosa para que, si alguien quiere, pueda repetir. Si sobra un poco, lo reparte para que no quede. A su marido le gusta comer bien (su marido tambien esta un poc gordo!) y eso la obliga a cocinar de esta forma (dice).

I.8 Hábitos tóxicos

Exfumadora desde hace unos 15 años.
Bebe muy poco alcohol en los aperitivos de los días festivos y si salen a cenar (cerveza o vino). En casa suele tomar Coca-Cola light o normal (la de los niños).

I.9 Entorno socio-familiar

Casada hace 19 años. Tiene una niña de 18 y un niño de 14 años.
Buena relación en casa.

Una mujer contratada 4 horas a la semana para tareas domesticas.
Madre y Padre OK.
Una hermana separada hace poco, con 3 niños.
Familia política poca relación, pero sin tensiones.
Es ama de casa

I.10. Características de la información dada por el paciente.

La dieta... no sé... procuro controlarme, pero estando en casa, a veces es difícil.
Mi marido... quiere que guise, y ahí si que no puedo hacer nada.

II. DESCRIPCIÓN DEL PACIENTE ESTANDARIZADO

II.1. Apariencia general

Mujer joven-mediana edad (rango: 45-48 años)
Aspecto limpio. Atuendo normal (no anticuado, pero sin extravagancias de la moda) Alguna joya de poco valor.
Sobrepeso

II.2. Hallazgos en la exploración física

Sobrepeso.
Exploración por aparatos normal.

II.3. Retos comunicativos

II.3 A - Patrón comunicativo

Afable al hablar con el médico; existe un historial de conocimiento mútuo y confianza.
Contesta a todo lo que se le pregunta, tendiendo a dar detalles y explicaciones de la vida cotidiana (sin regalar información).

II.3 B - Tono emocional

Voz suave, que transmite cansancio. A veces ríe entremedio si el profesional utiliza el humor.

Se siente prisionera en su situación personal, con poca posibilidad de cambio para poder mejorar sus hábitos culinarios y de dieta. Justifica su situación.
Busca recetas mágicas... algo, que la ayude a adelgazar.

II.3 C - Pensamientos y deseos en contexto.

Le gustaría estar más delgada. Se mira en el espejo y no se siente guapa. Se fija en la gente de las revistas y de la tele, y ve que no se lleva la barriguita que ella tiene, ni la celulitis de la cadera. Le preocupa engordar más con el tiempo, y gustarse menos aún.

A su marido no le importa el sobrepeso ya que dice que le gustan "rellenitas".

Nota que cada vez se mueve menos y le cuesta más salir. Tiene algunas amigas y a veces quedan para tomar algún café.

Sabe que tendría que hacer algo de ejercicio pero nunca le ha gustado el deporte. Considera que pasear sola es muy aburrido. Hasta ahora no ha tenido mucho tiempo porque se ha dedicado a cuidar a sus niños (recogerlos del colegio...). Ahora que son más mayores, tiene algo más de tiempo pero no le gusta estar fuera de casa sola, por lo que ve mucha televisión y escucha la radio.

Sabe que... para perder peso estaría bien hacer ejercicio pero es perezosa.

En 2 ocasiones empezó a ir al gimnasio y otras veces se ha hecho un plan para ir a andar, pero se le hace duro ya que al día siguiente le duele todo.

Tengo una amiga que ha perdido 10 Kg yendo al endocrino. Le mandaron unas pastillas que le han ido fenomenal (no sabe si hizo dieta además). Está mucho más guapa. Si Paula puede hacerlo... por eso se ha animado ella también a ir a la consulta de su médico, para que la envíe al endocrino. Hace tiempo que piensa que debe hacer algo.

En realidad ella no se ha planteado hacer dieta por lo difícil que es. En casa, todos son de buen comer, empezando por Juan, su marido, que le encanta las comidas que ella prepara. Juan come incluso más que ella, y no engorda tanto, pero es que lo necesita ya que tiene un trabajo duro en la construcción.

Prefiere lo de las pastillas que es más fácil. Pero en cualquier caso, necesita hacer algo porque si no, esto va a ir a más. Lo del Colesterol además le preocupa algo porque, aunque lo que ha oído es que es peor para los hombres y les puede dar infartos, es una cosa más que a la larga no va a ser bueno para ella. Además al final todo tiene que ver con la dieta.

Ella nunca se ha puesto a dieta. No he hecho dieta PORQUE no lo veía necesario. Yo me veía más o menos bien, pero ahora... cree que se ha dejado demasiado, y le gustaría perder los "kilitos" que le sobran.

Puestos a prescindir de algo, prefiere dejar el picar a media mañana y bajar algo la bollería.

II.3 C - Preguntas reto del paciente.

Cuando el médico aborde el tema de la dieta le dejará hablar si le da consejos. Si el médico le pregunta algo similar "¿tú cómo lo ves?", responderá: "¿Por qué no me manda al endocrino?".

Si el profesional "reacciona" ante esta petición insistirá: "no se lo tome a mal, doctor, una amiga mía ha ido a un especialista y ha perdido 10 Kg".

II.3 D- Acciones reto del paciente.

Si el profesional le da consejos sobre lo que debería hacer o proponerse, le retirará la mirada y mirará hacia el suelo.

III. EL ESPIRITU DE LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL

Es necesario que el actor reconozca 3 situaciones diferentes en el estilo de entrevista que el médico le plantea. La respuesta del actor cambiara según el médico trabaje en una u otra dirección.

1. **MEDICO ACONSEJADOR:** que habla mucho, da consejos, le dice al paciente lo que tiene que hacer, le recomienda cambios en sus costumbres, le propone hacer otras cosas diferentes de las que el paciente hace... con el objetivo de que el paciente cambie y mejore su salud,..... PERO!!! no le pregunta al paciente como lo ve, que le parece, que tipo de cosas cree que debería hacer para mejorar su situación, etc.... Es un estilo de consulta donde el médico está activo, y el paciente pasivo en relación al futuro. El paciente-actor tenderá a dar respuestas con el patrón "**si,.... pero**", es decir, con resistencia. Las propuestas del médico tienen algún tipo de problema para ser llevadas a la práctica por el paciente. **Saldrá igual o menos motivada para adelgazar.**

2. **MEDICO PREGUNTADOR DE DATOS:** Si el profesional hace solo preguntas, el paciente dara información concreta (de lo que tiene el paciente). El profesional obtendra mucha informacion sobre el problema del paciente, pero aparecera un cierto looping (el profesional obtiene mucha informacion pero el paciente no avanza en la motivacion). Aparece el fenomeno conocido como trampa de la “pregunta-respuesta”. **La paciente no se mueve en su nivel de motivación por hacer algo.**
3. **MEDICO “MOTIVADOR”:** El medico hace preguntas abiertas que ayudan al paciente a reflexionar sobre su situacion y sobre sus motivos para cambiar. El profesional hace preguntas abiertas (muchas de ellas ya dirigidas hacia la direccion del cambio). Además, el profesional hace escucha reflexiva, ayudando al paciente a incrementar su reflexión, su ambivalencia, y reforzando así su esfuerzo para resolverla, y por lo tanto, ayudando a resolver su “conducta problema”. El paciente-actor avanzara claramente en la direccion del cambio. Puede que el paciente no llegue a decir que va a cambiar, pero trabajara su ambivalencia. En algun caso, es posible, que el paciente-actor llegue a un compromiso de cambio, si el medico realiza una muy buena entrevista motivacional. **La paciente saldrá con ganas de intentar hacer la dieta pero siempre teniendo claro de que esto no va a ser nada fácil.**

Las entrevistas deben ser relajadas, actuando de manera “libre” teniendo en cuenta esta vision general. No se trata de “tensionar al medico”. Todo ha de transcurrir de forma agradable y fluida, **sin regalar informacion**, pero sin poner trabas a la comunicacion.

IV. EJEMPLOS DE DIÁLOGO CON EL PACIENTE ESTANDARIZADO (si el médico dice... el PE responde...)

UBIS obligatorias:

IV – 1 Frase inicial:

“Doctor/a vengo a ver mis análisis y a que me de un volante pa un endocrino para que me mande pastillas para adelgazar...”

IV -- La primera vez que aparezca el tema de la dieta, la paciente dirá:

“Eso de la dieta va a ser bastante difícil, Doctor”

IV – 2 Historia clínica y situación psicosocial

- ✓ Si el médico pregunta por Antecedentes / enfermedades que ha tenido, responderá: no he tenido ninguna enfermedad

NO HABRA EXPLORACION. SI EL PROFESIONAL DECIDE HACERLA EL PACIENTE LE DIRÁ QUE TODA LA EXPLORACION ES NORMAL

IV – 3 Aspectos comunicativos y de relación

.1 Comentarios del médico sobre mapa de creencias

M: ¿Qué sabe usted sobre el colesterol?

P: Que afecta más a los hombres... infartos al corazón

M: ¿Qué importancia tiene para usted la pareja?

P: Mi marido... y mis hijos son los más importante en la vida. Por ellos haría cualquier cosa.

M: ¿Qué opina usted sobre hacer dieta?

P: Que es muy difícil, pero... habrá que intentarlo

.2 Comentarios sobre las expectativas del paciente

M: Se imagina usted más delgada (preguntas sobre autoimagen)

P: No lo había pensado nunca, pero creo que sí. Cuando era joven no estaba así, aunque nunca he sido delgada.

M: Veo que le ha costado mucho decidirse a venir

P: Ya sabe que hace tiempo que lo pienso... y la enfermera me lo ha dicho muchas veces, pero cuesta venir.

.3 Comentarios negativos

M: Eso de la comida del marido, son excusas, ya lo sabe.

P: No, eso no son excusas. A él le gusta comer bien, y si no, cuando venga se lo pregunta!

.4 Preguntas sobre motivos para cambiar

M: Cuales serian los motivos para cambiar?

P: Hombre... pues encontrarme mejor, estar más guapa... por mis hijos, y por mi marido también claro (sonríe) aunque él dice que le gusta rellenitas, pero no me lo creo. Si encima me ahorro algún dolor...

.5 Preguntas sobre motivos para no cambiar

P: Que me cuesta... y se que después voy a caer, así que tanto esfuerzo para nada, en 2 días recuperas todo.

.6 Preguntas sobre lo que quiere hacer el paciente sobre el tema

M: Si el médico le pregunta ¿usted qué quiere hacer?

P: Yo quiero adelgazar, doctor, ahora es lo que más me gustaría conseguir, para demostrarme que lo puedo hacer. A ver si me dan una de esas dietas que funcionan...

HOJA DE BALANCE	En contra del cambio Razones para seguir igual	A favor del cambio, Razones para cambiar
Aspectos físicos	Me gusta comer Mi marido me ve bien	Me estoy engordando, Me miro al espejo y no me gusto Si sigo así dentro de unos años pareceré una "foca"
Estado de ánimo	Hacer una dieta me pone de mal humor Cuando estoy desanimada el comer me relaja,	Cuando me miro al espejo me veo mal Seguro que si estuviera mas delgada estaría mas contenta
Vida familiar	A mi marido no le importa mi peso Hacer diferentes comidas es muy pesado	El otro día viendo fotos con mi marido comento que "antes estaba mejor" (a mi me sentó fatal)
Relaciones sociales	La mayor parte de mis amigas están como yo	Encontré a una amiga que estaba mas delgada Me podría apuntar a un gimnasio y ir con ella
Salud	Me encuentro bien,	Cada vez me canso más Esto del colesterol me preocupa mucho.
Salud y colesterol	No sé muy bien lo que es y todo el mundo tiene Ya compro desnatado	He escuchado que puede ser peligroso Sobretudo para el corazón
Aspectos económicos	Estamos bien	No puedo aprovechar la ropa de antes
Tiempo libre		
Aspectos lúdicos	Me gusta comer, paso muchas horas sola en casa y tomarme unos taquitos de queso con una caña es el único momento que tengo para mi	Cuando me apunté a un gimnasio me lo pasé muy bien hice amigas y me adelgacé. Cuando salgo no e veo bien, toda la ropa me queda mal
Efectos sobre la confianza	Y si me esfuerzo y no sirve para nada	Si Paula pudo, porque no yo

HOJA PARA EL MEDICO

SITUACION DE PARTIDA

Maria Luisa es una paciente de 48 años que acude a su consulta para recoger unos análisis y alguna demanda mas.

Dispone de 10 minutos para realizar la entrevista. Cuando falten dos minutos oirá dos golpes en la puerta.

La entrevista no requiere exploración, y si la requiriera según su juicio, será totalmente normal.

Analítica:

Hemograma normal. Bioquímica básica normal (gluc, creat, iones, perfil hepático y tirotropina). Sedimento normal

Perfil lipídico: Col 270, LDL 161, HDL 32, Trig 220

Medidas antropométricas en consulta previa del mismo día por la enfermera:

TA 131/74

Frecuencia pulso: 84

Peso: 73

Talla: 160

(IMC: 28.5)

ANEXO 2.2 Caso 2 PE: Algo de colesterol

Situación clínica para paciente estandarizado.

AUTORES PRINCIPAL/ES: José Antonio Prados Castillejo
Juan Carlos Arbonés
Nieves Barragán

AUTOR/ES COLABORADOR/ES: Josep M Bosch, Manuel Campinez

CONTACTO:

Nieves Barragán
nieves.barragan@gmail.com

BORRADOR NÚMERO: 2

Fecha: 29 Marzo 2010

1. INDÍCE

3. ESQUEMA DEL CASO. ASPECTOS ESENCIALES.

I. SUMARIO DEL CASO: Juan P.H. varón de 46 años que acude a recoger una analítica que le pidió su mujer. Presenta colesterol total 292 con LDL 171 HDL 32 con TG normales
II. 10 mn.- 8 mn aviso

I.1. Motivo de consulta

Conocer el resultado del análisis.

I.2. Episodios actuales abiertos

Reflujo leve

I.3. Antecedents patológicos

1990 – Ulcera duodenal

1996 – Ex fumador hasta hace 3 años (dejó de fumar porque se asustó algo con el IAM de su hermano)

Alguna vez le había salido algo de colesterol, pero poca cosa. No me acuerdo del resultado exacto. Hace unos 4 años de eso
Bebe lo normal (ver después)

1.4. Antecedentes familiares.

Padre sano con algo de colesterol (tiene poco y se trata con una pastilla que desconoce)

Hermano que sufrió un IAM con 48 años, hace 3 años .

I.4. Alergias

No

I.5. Medicación

Omeprazol diario para los ardores (1 pastilla antes de cenar)

I.6 Vacunas

Las recomendadas para su edad.

I.7 Hábitos dietéticos

Dieta variada. Come fuera de casa por su trabajo de comercial y tiene que adaptarse a lo que hay pero come variado.

Toma leche semidesnatada porque le dijeron que era bueno. Pero por lo demás toma cerdo, embutidos y bollería cuando le apetece. Come en muchos sitios distintos porque viaja por toda la región.

Come “bien” pero no cree que coma en exceso.

I.8 Hábitos tóxicos

Ex fumador hasta hace 3 años.

Fumaba 20 cig/día desde los 16 años.

Bebe de alcohol, “lo normal”: un par de cervezas en la comida y si está fuera de casa por la noche bebe un “cubata” (la mitad de los días).

No hace ejercicio.

I.9 Entorno socio-familiar

Casado hace 16 años. Tiene dos niños de 9 y 7 años. Buena relación en casa. No problemas de interés

Su mujer trabaja en casa aunque ella es auxiliar de clínica.

Resto de familia (padres, hermanos, ...) los propios del paciente estandarizado sin problemas de salud o de otro tipo de interés (salvo el colesterol de su padre).

Tiene un hermano varón de 48 años, que a los 45 sufrió un IAM. También le dijeron que tenía el colesterol alto, y sobre todo que dejara de fumar. Juan, también se asustó y dejó de fumar (hace 3 años).

Trabaja habitualmente fuera de casa, viaja por toda la región al menos 4 días en semana. Echa muchas horas de coche. Bien considerado en su trabajo. Representante de licores.

I.10. Características de la información dada por el paciente.

La dieta, la que hay en cada sitio. Con tanto cambio tan poco se puede hacer más.

II. DESCRIPCIÓN DEL PACIENTE ESTANDARIZADO

II.1. Apariencia general

Hombre normal de clase media (rango: 43-49 años)
Aspecto limpio. Atuendo normal
Sobrepeso leve.
Dinámico, acostumbrado a tratar con la gente

II.2. Hallazgos en la exploración física

Exploración normal

II.3. Retos comunicativos

II.3 A - Patrón comunicativo.

Se encuentra relajado, se conduce de forma abierta y educada con control de sus relaciones sociales. No enfrentamiento en ningún momento, sólo da su opinión.

II.3 B - Tono emocional en la consulta.

Está cómodo y relajado. En realidad no le preocupa el colesterol.

Se hizo el análisis porque su mujer insistió porque no se lo había hecho desde hacía mucho tiempo. Él no se lo hubiera hecho porque le viene fatal con el trabajo.

Del colesterol ha oído que "es peligroso", pero en su familia siempre ha habido colesterol, es algo habitual. Su padre también tiene colesterol y con 73 a. está como un roble. A su hermano le dió el infarto porque fumaba mucho, unas 2 cajetillas....No cree que fuera por lo del colesterol. Su padre que no fuma y tiene colesterol, está muy sano.

No tiene especial interés en hacer la dieta porque tendría muchas dificultades. Él come fuera de casa. Prefiere que le mande una pastilla y ya está
Explicación al actor: está contemplativo, en una fase muy inicial: no se plantea hacer nada por cambiar su colesterol, aunque sabe que es malo).

Explicación al actor: Si el médico insiste en hablar del tema respetándolo en sus creencias y actitudes: Cambiará sus intenciones y se planteará intentar

comer de otra manera. En los bares a los que va, se come con mucha grasa:
(huevos, lomo...). Bueno puede tomar verdura, pero con eso no se alimenta.

El alcohol no le preocupa tanto. Si hay que dejar el cubata de la noche, se deja,
pero la verdad es que sienta bien antes de acostarse, que cuando se está por ahí,
se vive muy solo, y es el único capricho.

No puede hacer ejercicio por el tipo de vida que lleva. Bueno, si no hay mas
remedio puede andar algo los fines de semana con su mujer, pero apetecer no
apetece, porque acaba la semana “reventao”.

Él se ha hecho el análisis por la mujer, ya que a ella le preocupa que coma siempre fuera de casa y le dice que come mal... y además con lo que le pasó a su cuñado, siempre está preocupada. Siempre le dice que tiene 2 niños pequeños todavía. Le mete miedo. A Juan, su salud no le importa demasiado, se siente joven y piensa que para el trote que lleva trabajando no se va a privar de comer..Ya se privó del tabaco antes con lo que le costó...Ahora lo que si le preocupa es lo que le dice la mujer que se tiene que cuidar por los hijos...Por eso accedió a la analítica y está dispuesto atomarse algun a pastilla si teine alto el colesterol.

II.3 C - Preguntas reto del paciente.

Sin negociación o preguntas reto.

II.3 D- Acciones reto del paciente.

Si el profesional es directivo generará frases de resistencia (“Yo no puedo hacer
la dieta con mi trabajo”, “Tampoco bebo tanto” “No tengo tiempo para hacer
ejercicio”, “Mejor me manda unas pastillas”...)

Si el profesional le da pie o le deja que el vaya reflexionando sin decirle claramente lo que tiene que hacer o le pregunta sobre su opinión, entonces empezará a plantear dudas progresivas sobre si puede ser bueno cuidar el colesterol, o hacer la dieta o ejercicio de andar el fin de semana.

III. EL ESPIRITU DE LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL

Es necesario que el actor reconozca 3 situaciones diferentes en el estilo de entrevista que el medico le plantea. La respuesta del actor cambiara segun el medico trabaje en una u otra direccion.

1. **MEDICO ACONSEJADOR:** que habla mucho, da consejos, le dice al paciente lo que tiene que hacer, le recomienda cambios en sus costumbres, le propone hacer otras cosas diferentes de las que el paciente hace... con el objetivo de que el paciente cambie y mejore su salud,..... PERO!!! no le pregunta al paciente como lo ve, que le parece, que tipo de cosas cree que deberia hacer para mejorar su situacion, etc.... Es un estilo de consulta donde el medico esta activo, y el paciente pasivo en relacion al futuro. El paciente-actor tendera a dar respuestas con el patron “**si,.... pero**”, es decir, con resistencia. Las propuestas del medico tienen algun tipo de problema para ser llevadas a la practica por el paciente.

2. **MEDICO PREGUNTADOR DE DATOS:** Si el profesional hace solo preguntas, el paciente dara información concreta (de lo que tiene el paciente). El profesional obtendra mucha informacion sobre el problema del paciente, pero aparecera un cierto looping (el profesional obtiene mucha informacion pero el paciente no avanza en la motivacion). Aparece el fenomeno conocido como trampa de la “pregunta-respuesta”.

3. **MEDICO “MOTIVADOR”:** El medico hace preguntas abiertas que ayudan al paciente a reflexionar sobre su situacion y sobre sus motivos para cambiar. El profesional hace preguntas abiertas (muchas de ellas ya dirigidas hacia la direccion del cambio). Además, el profesional hace escucha reflexiva, ayudando al paciente a incrementar su reflexión, su ambivalencia, y reforzando así su esfuerzo para resolverla, y por lo tanto, ayudando a resolver su “conducta problema”.

El paciente-actor avanzara claramente en la direccion del cambio. Puede que el paciente no llegue a decir que va a cambiar, pero trabajara su ambivalencia. En algun caso, es posible, que el paciente-actor llegue a un compromiso de cambio, si el medico realiza una muy buena entrevista motivacional.

Las entrevistas deben ser relajadas, actuando de manera “libre” teniendo en cuenta esta vision general. No se trata de “tensionar al medico”. Todo ha de transcurrir de forma agradable y fluida, **sin regalar informacion**, pero sin poner trabas a la comunicaci3n.

<i>HOJA DE BALANCE</i>	RAZONES PARA SEGUIR IGUALI	RAZONES PARA CAMBIAR
Aspectos físicos	Me gusta comer. Como fuera de casa Es muy difícil privarse de las cosas ricas... es de lo poco con que disfruto entre semana Soy muy perezoso con lo del ejercicio...bastante tengo con le trabajo del día a día	Sé que hay que cuidarse en las comidas para bajar el colesterol Los fines de semana puedo ir a pasear con la mujer El alcohol es más fácil dejarlo, lo puedo intentar
Estado de ánimo	Trabajo mucho fuera de casa y estoy muy sólo entre semana.	La verdad es que tengo que cuidarme porque tengo una mujer y 2 niños pequeños
Vida familiar	Mi padre también tiene colesterol y con una pastilla está como un Roble	Mi mujer me dice que tengo que cuidarme, me recuerda lo que le pasó a mi hermano, Los niños son pequeños y les quiero un montón ,creo que merece la pena cuidarme por ellos.
Relaciones sociales	Me relaciono sobretodo en el asuntos de trabajo. Como con gente, o tomo unas copas. No me gusta ser el rarito que se distingue de los demás.	Quizás los fines de semana podría ir a pasear con la mujer.
Salud	Mi salud no me preocupa demasiado Me siento joven y pienso que para el trote que llevo trabajando ,no me voy a privar de comer.	Ya dejé el tabacocon lo que me costó...es que me asuté con lo de mi hermano...
Salud y colesterol	Sé que el colesterol influye en la circulación de la sangre...pero con una pastilla se soluciona...Mi padre está como un roble con la pastilla y tiene colesterol desde hace tiempo .Lo de mi hermano del infarto fue por el cigarro. Yo ya dejé el tabaco.	Sé que el colesterol influye en la circulación de la sangre ...aunque es más importante el tema del tabaco
Aspectos económicos	Yo no puedo cambiar de vida. Estamos bien, pero sin mi trabajo no podríamos tirar adelante.	Soy el que lleva el peso económico del sustento familiar y si yo falto... no sé que les podría pasar
Tiempo libre	Entre semana tengo tiempo libre pero lo aprovecho para hacer relaciones con los clientes.	Podría dedicar tiempo el fin de semana para ir a pasear con la mujer.
Aspectos lúdicos	Me gusta comer, y tomarme una copa. Las relaciones sociales, forman parte de mi trabajo.	Me gusta hacer cosas con mi mujer los fines de semana , ya que entre semana nos vemos poco. Quizás podemos ir a pasear juntos ...
Efectos sobre la confianza	Ahora comiendo fuera me es difícil... además comiendo verdura uno no se alimenta para seguir trabajando...	Dejé de fumar porque me lo propuse y eso que me costó...

HOJA PARA EL MEDICO

SITUACION DE PARTIDA

Juan es un paciente de 46 años que acude a su consulta para recoger unos análisis que le pidió su mujer.

Dispone de 10 minutos para realizar la entrevista. Cuando falten dos minutos oirá dos golpes en la puerta.

La entrevista no requiere exploración, y si la requiriera según su juicio, será totalmente normal.

Analítica:

Hemograma normal. Bioquímica básica normal (gluc, creat, iones, perfil hepático y tirotrópina). Sedimento normal

Perfil lipídico: Colesterol total 292, LDL 171, HDL 32, TG normales

Medidas antropométricas en consulta previa del mismo día por la enfermera:

TA 131/74

Frecuencia pulso: 84

Peso: 93

Talla: 174

(IMC: 30.7)

ANEXO 3 EVEM: Escala de Valoración de Entrevista Motivacional

ANEXO 3.1 Escala EVEM sumativa

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

ANEXO 3.2 Escala EVEM formativa

Código Id (el N ^o Protocolo del paciente):				
Conducta en cuestión:				
Tiempo empleado en la entrevista (min):				
¿En qué medida, el profesional...?	0	1	2	N P
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 y evalúa su nivel de ambivalencia.				
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 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

Firma investigador:

ANEXO 3.3 Manual de EVEM formativo

MANUAL DE LA ESCALA PARA VIDEOGRABACIÓN EN ENTREVISTA MOTIVACIONAL

EVEM formativo (versión noviembre 2012)



Autores: Manuel Campiñez Navarro
Josep M^a Bosch Fontcuberta

Adaptación al uso autorreflexivo: Nieves Barragán Brun
José Antonio Prados Castillejo
Julia Bóveda Fontán

Este manual resumido proporciona información sobre los diferentes ítems de reflexión de la escala EVEM. Para cada ítem hay una breve explicación de los aspectos a tener en cuenta. En el anexo 1 se encuentra la tabla para anotar la autorreflexión.

1. MUESTRA EMPATÍA

El profesional se solidariza con las dificultades que el paciente relata.

El profesional acompaña al paciente en su relato a través del lenguaje no verbal (mantiene la mirada, muestra interés con asentimientos, su expresión facial es congruente con la del paciente...). El profesional expresa con gestos y/o microgestos que comprende al paciente y de sintoniza con él. (No implica “estar de acuerdo”, sino comprender)

El profesional utiliza frases para demostrar su comprensión y su solidaridad. Algunos ejemplos:

Paciente: - "Lo de la dieta, lo veo difícil..."

Profesional: - "No es fácil seguir una dieta"

Paciente: - "Una vez dejé de fumar y todo el mundo me decía que volviera porque estaba inaguantable"

Profesional: - "Al dejar de fumar se puso muy irritable"

A continuación enumeramos algunas herramientas para mostrar empatía

Legitimación

Paciente: - "Mire, doctor, mi abuelo vivió hasta los 90 años y estuvo fumando hasta el último día; quizás el tabaco no sea tan malo como dicen".

Profesional: - “Entiendo que piense usted que el tabaco no le perjudica... con la experiencia que tiene de su abuelo... Si quiere que le aclare alguna cosa sobre los efectos perjudiciales del tabaco, podemos hablarlo...”

Normalización

Paciente: “He intentado dejar de fumar tantas veces que creo que no lo conseguiré nunca”.

Profesional: “Entiendo su desánimo, tanto esfuerzo dedicado y volvemos siempre al punto de partida. No obstante, en realidad su experiencia es muy valiosa...”

Apoyo

Paciente (molesta por la insistencia): “Mire, doctor, yo hago las cosas lo mejor que puedo, pero ya soy un poco mayorcita para que me llamen la atención si un día me paso un poco con la dieta y no pierdo tanto peso como debería. Es muy difícil ser tan disciplinado un día y otro y otro...”

Profesional: “Entiendo perfectamente que, después de todo el esfuerzo que hace, haya días en que se quiera dar un pequeño premio. No se preocupe por eso, vamos a ir al ritmo con el que se sienta cómoda...”

Señalamiento emocional

Paciente: “Yo he estado haciendo las cosas como usted me dijo, con mucho esfuerzo, y luego los análisis vuelven a salir igual de mal que la vez anterior. Ya no sé qué más puedo hacer...”

Profesional: “Veo que se siente usted frustrado y desanimado. Seguramente todo el esfuerzo que ha hecho no ha sido en vano, puede haber servido para que las cosas no empeoraran. Veamos qué más se podría hacer...”

2. FACILITA QUE EL PACIENTE SE POSICIONE

El profesional va más allá de aspectos puramente descriptivos de la conducta (cuánto fuma, a qué hora se fuma el primer cigarrillo,...), es decir, pregunta sobre puntos de vista, **creencias, expectativas, opiniones...**, facilitando un ambiente en el que el paciente se sienta cómodo para manifestarse.

“¿Qué piensa sobre el consumo tabaco?”

¿Qué es lo que más agradece de fumar?”

¿Cómo piensa que le afecta el tabaco?”

¿Qué cree que debería hacer en el futuro sobre esta cuestión?”

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.

El profesional **pide permiso** para ofrecer la información o recursos. Si lo hace sin permiso, cuando menos pone cuidado en no generar resistencias. La información no debe generar malestar en el paciente.

El profesional evita “el reflejo de direccionamiento”. Cuando en el contexto de la entrevista el paciente ha mostrado sus dificultades o desacuerdo para seguir las instrucciones médicas, el profesional evita decir **qué es lo que tiene que hacer**, o decir **qué es lo que debería hacer, o qué es lo correcto** desde el punto de vista clínico, corrigiendo lo que el paciente está haciendo o planea hacer respecto a su conducta.

El profesional podría generar resistencias como consecuencia de “no trabajar” de forma colaborativa con el paciente.

4. EMPLEA PREGUNTAS ABIERTAS

El profesional utiliza preguntas abiertas para interesarse sobre lo que el paciente **hace**, cuáles son sus **conocimientos y opiniones** sobre el cambio de conducta y **cómo le afecta** la propia conducta y la posibilidad de cambio.

Las preguntas abiertas se caracterizan porque no se pueden contestar con un sí o un no, o con un dato concreto, sino que dan pie a que el paciente se exprese de manera más amplia. Eso nos permite conocer muchos más aspectos del paciente de lo que conseguiríamos con una pregunta cerrada. Algunos ejemplos :

- *"¿Me podría explicar en qué situaciones suele tomar bebidas alcohólicas?"*
- *"¿Qué sabe sobre el tabaco y cómo le puede afectar?"*
- *"¿Cómo le hace sentir el hecho de que su padre enfermara debido al colesterol?"*

En ocasiones, cuando el paciente se muestra incómodo o poco comunicativo, una pregunta abierta obtiene la misma respuesta que una cerrada:

Profesional: - *"¿Cómo le hace sentir el hecho de que su padre enfermara debido al colesterol?"*

Paciente: - *"Mal"*

Valoraremos aquí el interés del profesional en conocer más sobre el paciente y seguir preguntando. En el ejemplo anterior otras alternativas serían:

- *"Cuando me dice mal, ¿a qué se refiere?"*
- *"Me dice que se siente mal y me gustaría comprenderlo mejor, ¿Se siente usted culpable, tiene miedo de lo que le pueda pasar, se siente triste, tal vez...?"*

5. REALIZA UNA ESCUCHA REFLEXIVA

La escucha reflexiva es una habilidad básica de la Entrevista Motivacional que pretende que el paciente **escuche de nuevo lo que acaba de decir**. El profesional “se lo refleja o se lo devuelve” con este fin. El objetivo es mejorar la autoeficacia del paciente.

El profesional refleja al paciente los comentarios que éste hace en relación a su conducta:

- . 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 en relación a la “conducta problema”
- . *Intención de cambio*
- . *Motivos para cambiar*
- . *Necesidades de cambio*
- . *Deseo de cambiar*
- . *Nivel de compromiso* hacia el cambio

El profesional refleja lo que el paciente le comenta sobre su conducta.

Frases por repetición: utilizamos las mismas palabras del paciente, eligiendo cuáles son las más significativas

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...”

Refraseados: repetimos alterando ligeramente ó utilizando algún sinónimo

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”

Parafraseados: deducimos el significado de lo que dice el paciente y lo reflejamos con nuevas palabras.

Paciente: *"Ahora mismo, usar drogas no resuelve lo mal que me siento"*

Profesional: *"Así que, usted ha descubierto que usar drogas para aliviar lo mal que se siente, no está funcionando."*

Nota: Las reflexiones no deben interrumpir el discurso del paciente, tienen que ser una continuación de la conversación

6. REALIZA SUMARIOS DE LA INFORMACIÓN QUE APORTA EL PACIENTE

El profesional resume de vez en cuando la información que el paciente aporta y se la devuelve en forma de sumario o resumen.

El sumario debe reflejar aspectos de la **ambivalencia** del paciente (motivos para cambiar y motivos para no cambiar).

También puede ser **una forma de ordenar la información** cuando han salido muchas cosas en la entrevista, y **necesitamos comprobar** si nos dejamos algo importante.

Si necesitamos saber más, debemos acompañar los sumarios de una **pregunta o afirmación facilitadora:**

- *"Cuénteme más"*

- *"Hasta ahora hemos hablado del tema de la dieta... ¿le parece que hablemos también del ejercicio físico?"*

Sin embargo, cuando ya disponemos de la información necesaria, los sumarios deben de ir acompañados de una **pregunta "activadora"** al final, que pretende saber cuál es el siguiente paso. Algunos ejemplos:

- *"Me comenta que cuando ha hecho dieta en el pasado lo ha conseguido por su gran fuerza de voluntad, ha perdido hasta 10 kilos de peso y se ha sentido muy bien consigo mismo... ¿qué le parece que podríamos hacer ahora?"*

- *"Si le he entendido bien, usted disfruta fumando en compañía, pero no echa de menos el tabaco en su rutina diaria, y alguna vez lo ha dejado por temporadas largas sencillamente proponiéndoselo y sin pasarlo demasiado mal. Teniendo en cuenta lo que hemos comentado sobre el efecto perjudicial para su asma, ¿qué se plantea hacer a partir de ahora con el tabaco?"*

7. VALIDA AL PACIENTE (CAPACIDADES, APTITUDES, ESFUERZO, INTERÉS)

El profesional utiliza frases para elogiar el **interés** del paciente en el cambio de conducta, sus **capacidades** para llevarlo a cabo y su **voluntad** de intentarlo.

Validar es un sinónimo de reforzar, reconocer o reafirmar. Por tanto, una validación no puede ser un simple halago, debe de ser genuina y auténtica. El profesional que valida mantendrá la mirada con el paciente y su expresión facial será de admiración, respeto, confianza.

Algunos ejemplos:

- *"Demuestra usted ser una persona muy responsable cuando me dice que quiere dejar de fumar porque teme que le pase algo y nadie pueda cuidar de sus hijos"*

- *"Perder peso le ha costado mucho esfuerzo, mucho más que a otras personas tal vez, y sin embargo usted no se rinde"*

8. ACUERDA LOS OBJETIVOS DE CAMBIO CON EL PACIENTE

¿Qué piensa que puede hacer en la realidad?

El profesional consensúa con el paciente los objetivos de cambio. Puede proponerlos, pidiendo permiso para hacerlo, pero no los impone.

Los objetivos de cambio **quedan explicitados**, es decir, al visualizar la entrevista sabemos que se está hablando de una conducta concreta que se quiere cambiar y de cómo.

Profesional y paciente **están de acuerdo** con los objetivos propuestos y explicitados.

- “¿Qué le parece lo que le propongo?”
- “¿Cómo lo ve?”

Conviene evitar la imposición por medio de frases imperativas: "Deje de fumar ya", "Debería de...", "Tiene que...", "Sería mejor que...", "Hay que...".

9. PROMUEVE EL DISEÑO DE UN PLAN DE ACCIÓN CON EL PACIENTE

¿Cómo va a hacerlo?

El profesional **pregunta** al paciente cuál es su plan para llevar a cabo los objetivos pactados sobre el cambio de conducta. Cuando el paciente no tiene plan de acción, el profesional le ofrece alternativas. Cuando no se muestra dispuesto a cambiar, el profesional pregunta si tal vez lo estará en el futuro y deja la puerta abierta a volver a hablar de ello.

Se explicita **qué** se va a hacer, **cómo** y **cuando**.

El profesional pregunta al paciente si ve **factible** el plan de acción acordado, y resuelve sus dudas si las hubiera.

Cuando el paciente se muestra reticente a un cambio de conducta y no desea profundizar, el profesional **respeto su autonomía** y se ofrece a colaborar en el futuro. **No insiste** en proponer un plan de acción.

10. MANEJA LAS RESISTENCIAS

El profesional conduce la entrevista de una forma que **no propicia** la aparición de resistencias por parte del paciente.

Éstas se identifican porque el paciente muestra desacuerdo con lo que dice el profesional, cambia de tema, elude el tema, argumenta en contra de lo que el profesional le plantea, se justifica, banaliza el problema... es decir, se resiste a un posible cambio de diferentes maneras.

Cuando aparecen resistencias: acepta el desacuerdo del paciente y le pregunta por sus opciones, pide permiso para seguir hablando del tema y se muestra abierto a tratar otros temas, acepta las argumentaciones del paciente y trata de empatizar, utiliza una paradoja terapéutica, hace una reestructuración positiva...es decir, se adapta al tono y al contenido de lo que el paciente está diciendo para **trabajar de manera colaborativa**.

Profesional: *"Sería bueno que hiciera ejercicio"*

Paciente: *"Sí, pero... no tengo tiempo" (Resistencia: sí... pero)*

Profesional: *"Veo que tiene dificultades en el día a día" (Aceptación)*

11. UNA VEZ INICIADO EL CAMBIO, DESARROLLA CON EL PACIENTE

ESTRATEGIAS PARA SU MANTENIMIENTO

El profesional **muestra interés por las dificultades** que puedan estar surgiendo durante el mantenimiento de la conducta.

El profesional **refuerza los logros del paciente** durante el mantenimiento.

El profesional **propone** al paciente estrategias concretas para superar las dificultades.

12. AYUDA AL PACIENTE EN LA RECAÍDA

El profesional **acepta la recaída** del paciente. Entiende y manifiesta que la recaída haya sucedido y **normaliza** la situación, mostrándose abierto a colaborar igualmente.

El profesional **propone alternativas** para enfocar la conducta problema del paciente en el futuro, **sin presionarlo**.

“Las circunstancias actuales no le han ayudado a mantener su compromiso. Un resbalón no es un fracaso. Ahora sabe que puede conseguirlo.”

13. VALORACIÓN GLOBAL DEL ESPÍRITU DE LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL

Consta de 4 categorías: *Evocación, Colaboración, Apoyo a la Autonomía y Compasión.*

Evocación

El profesional **induce** al paciente a que sea él quien aporte mayoritariamente la información acerca de los objetivos de cambio y la manera de llevarlos a cabo. Puede aportar información clínica a petición del paciente cuando éste no la aporta, o menús de opciones tratando de buscar el punto de vista y el acuerdo del paciente.

Colaboración

El profesional acepta y busca activamente las aportaciones, perspectivas o dificultades del paciente respecto del cambio de conducta. 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.

Autonomía

El profesional ayuda al paciente en la toma de decisiones, buscando un espacio común de decisión compartida. El profesional **respeto la decisión** final del paciente sobre su conducta.

Compasión

El profesional demuestra de manera evidente que su intención se dirige a una relación de ayuda incondicional y genuina, por encima de otros intereses (ya sean de carácter científico, para cumplimiento de sus objetivos asistenciales, de carrera profesional, económicos, etc.)

Colaborativa.

- . El paciente conversa con el profesional sobre su problema de manera fluida.
- . El paciente no muestra reticencias a hablar sobre su conducta y expone sus opiniones y creencias.
- . El paciente puede hablar incluso de cómo le hace sentir.
- . El paciente no ofrece (o lo hace tan sólo de forma excepcional) resistencias a lo largo de la entrevista.
- . El clima general de la entrevista es de confianza mutua.

Neutra

- . El paciente conversa con el profesional de manera poco fluida. El profesional pregunta cada vez al paciente cuando quiere conocer algún aspecto de la conducta: la norma no es que el paciente hable espontáneamente, sino que conteste de manera breve.
- . El paciente no muestra reticencias a hablar sobre su conducta, pero lo hace de forma superficial, y sólo excepcionalmente relata opiniones o emociones.
- . El paciente ofrece resistencias a lo largo de la entrevista, pero el profesional las va superando y se avanza hacia una resolución correcta de la entrevista.
- . El clima general de la entrevista es de respeto mutuo, sin llegar a la confianza.

Confrontativa

- . El paciente sólo responde de mala gana al profesional, se niega a hacerlo o se enfrenta al profesional.
- . El paciente ofrece resistencias evidentes a hablar sobre su conducta, que el profesional no es capaz de reconducir, y que no permiten cerrar la entrevista de manera adecuada.
- . El clima general de la entrevista es de desconfianza mutua.

Nº Vídeo					
¿En qué medida, el profesional...?	sí, claramente	algo	nada	no sé	no procede
1. Muestra empatía *					
2. Facilita que el paciente se posicione en relación a sus hábitos					
3. Trabaja de forma concordante con el posicionamiento del paciente					
4. Emplea preguntas abiertas					
5. Realiza una escucha reflexiva					
6. Realiza sumarios o resúmenes					
7. Valida al paciente (capacidades, aptitudes, esfuerzo, interés)					
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					
13. Valoración global del espíritu de la entrevista					
14. La respuesta del paciente es (marca con una cruz)	Colaborativa	Neutra	Confrontativa		

* Si identificas alguna frase empática, escríbela

* Si aparecen resistencias, explica en qué momento y por qué crees que aparecen.

**ANEXO 4 Manual breve de PBI. Las
videograbaciones en el
aprendizaje de habilidades de
comunicación**

LAS VIDEOGRABACIONES en el aprendizaje de HABILIDADES EN COMUNICACIÓN

*Resumen elaborado en base a documentos de:
Jordi Cebrià, Josep Massons y Josep M. Bosch,
Juanjo Rodríguez, Juan Carlos Arbonies y Eva Peguero*

1. INTRODUCCIÓN

Los procesos de aprendizaje de los Médicos de Familia (MF), se basan en los conocimientos teóricos, y sobre todo, en el modelaje que realizan los tutores durante su residencia. Posteriormente el MF aprende de su equipo (sesiones y talleres), de cursos y jornadas, y por su estudio personal.

Es escasa la tradición que existe en nuestro entorno de comentar “la relación asistencial con nuestro pacientes” las dificultades y entresijos, y menos aún de grabarnos en la consulta y mostrarlo a los compañeros.

La necesaria confidencialidad en nuestro trabajo y el ajetreo del día a día pueden servir de justificación para no explorar estas vías de aprendizaje.

Cuesta mostrar nuestras acciones y exponernos a la opinión de los compañeros.

Los que hemos tenido la experiencia, sabemos que no hay nada más gratificante que ser reconocidos en nuestro trabajo y descubrir alternativas de mejora con nuestros pacientes.

El grupo comunicación y salud es pionero en estas aventuras dentro de la atención primaria. Desde hace años, grupos de compañeros se reúnen, habitualmente fuera de su horario laboral para compartir sus videograbaciones y mejorar su práctica asistencial.

La visualización de videograbaciones en un contexto formativo, de forma estructurada y dirigida por un experto, se integra en el proceso de adquisición progresiva de nuevas habilidades, en el que se pueden mejorar hábitos disfuncionales de comunicación.

Todos hemos sido sorprendidos por nosotros mismos al vernos en el vídeo de una boda, o en la fiesta de unos amigos. Nos sorprende nuestra cara, nuestras poses, el tono de nuestra voz... a veces quedamos gratamente sorprendidos... y a veces, nos gustaría tener una segunda oportunidad de repetir la escena.

Las videograbaciones permiten captar las interacciones médico-paciente con total naturalidad. A pesar de la gran información que nos aportan, no podemos captarlo todo. No grabamos los sentimientos y emociones ni del médico ni del paciente, no conocemos, cuando existe, la historia previa de relación, ni el contexto del momento (prisa, enfado, cansancio, euforia...). Es necesaria la contextualización que da el actor principal (médico videograbado), la información complementaria a esa consulta que nos va a aportar antes de visualizar su consulta.

La videograbación puede ser compartida con los compañeros, pero, el sólo hecho de visualizarla uno mismo con un espíritu humilde y ganas de mejorar, hacen de ella una gran herramienta formativa. Observaremos fenómenos que aparecen invisibles en la vivencia del momento. Parar, retroceder y volver a visualizar ese pequeño fragmento que nos llama la atención... Es la técnica que conocemos como PBI (*problem-based interviewing*).

Las videograbaciones permiten asimismo, seguir los avances que realiza el profesional a lo largo del tiempo.

2. PLANIFICACIÓN DE LA VIDEOGRABACIÓN

Siempre que sea posible escogeremos una consulta amplia, sin ruidos i bien iluminada, preferiblemente en el lugar habitual donde trabaja el profesional.

Instalaremos la cámara de vídeo en un lugar discreto, que nos permita visualizar correctamente la parte superior de los hemicuerpos de los interactuantes, y en especial sus rostros.

No es necesario disponer de una cámara de vídeo sofisticada, pero es necesario que grabe bien el sonido y a ser posible que tenga una lente de “gran angular” para abarcar sin problemas toda la escena de la consulta (profesional-paciente y mesa de la consulta). Deberá instalarse sobre un lugar seguro donde no se mueva (estante o trípode). También es aconsejable que la cámara disponga de un dispositivo de control remoto, que nos permita activar y desactivar sin necesidad de levantarnos. Se recomienda que los cables sean suficientemente largos para evitar tropezar con ellos cuando debamos movernos (p.e. al realizar la exploración física). Conviene asimismo engancharlos al suelo (con un poco de esparadrapo p.e.) para que interfieran lo menos posible. Evitar colocar la cámara a contraluz, ya que se oscurecerán excesivamente los rasgos faciales y corporales de ambos interactuantes.

Antes de empezar la consulta, haremos unos segundos de grabación para comprobar que todo funciona. Si es posible, colocaremos a 2 compañeros en el escenario real para centrar la imagen.

Se recomienda que los cables sean suficientemente largos para evitar tropezar con ellos cuando debamos movernos (p.e. al realizar la exploración física). Podemos engancharlos al suelo con cinta adhesiva

Con un poco de experiencia todos estos elementos se ponen a punto en no más de cinco minutos entre dos personas.

Prepararse para la filmación

Una vez preparada la cámara, conviene relajarse y olvidarse de ella. Debemos actuar con naturalidad en la consulta para no alterar los contenidos ni el tono emocional. Ciertamente, conviene velar porque la videograbación sea lo más natural y espontánea posible.

Intentar no dar golpecitos ni hacer ruidos cerca del micrófono de sobremesa.

Cada paciente firmará un documento de conformidad con la videograbación y/o se grabará la petición de consentimiento y su aceptación.

3. NORMAS ÉTICAS

Las normas éticas sobre videograbaciones de consultas médicas obligan a explicar a cada paciente que “su consulta está siendo grabada”, así como solicitar permiso para continuar. En caso de desacuerdo del paciente, deberemos apagar la cámara.

La aceptación deberá quedar grabada así como la firma de aceptación.

El paciente tiene derecho a saber quién y cómo se custodiará su grabación y opción a pedir que sea eliminada en cualquier momento.

(Consenso de Zaragoza del Grupo C&S de semFYC 1977)

Explicaremos al paciente que la utilización de sus grabaciones siempre será con un objetivo docente y en el ámbito de la atención primaria.

4. PBI: FORMACIÓN CON VIDEOGRABACIONES

¿Cómo podemos utilizar las VG para aprender con ellas? Inicialmente deberemos marcarnos un objetivo sobre el cual trabajar. Podemos hacer énfasis en aspectos comunicativos generales, como delimitar la demanda, informar o motivar, o bien, en la aplicación de técnicas concretas (p.e. la utilización de señalamientos, facilitadores, etc.), o bien, sobre el malestar que nos ha producido una entrevista, la dificultad para centrar la consulta, o el control de la agresividad de un paciente, etc.

Nos centraremos en un sistema de aprendizaje muy potente y comprensivo acerca de las necesidades de aprendizaje del discente: el denominado “**Problem Based Interviewing**” (PBI), desarrollado por el Prof. Art Lesser de la Universidad de McMaster en Canadá, y en nuestro país, por el grupo comunicación y salud de semFYC.

El método consiste en trabajar las VG con objeto de facilitar y potenciar las habilidades del profesional videograbado (aquellos que realiza adecuadamente), así como orientarlo en la adquisición de otras nuevas. Todo ello en un clima que le proteja de las propias autocríticas, así como de posibles críticas externas.

Durante las sesiones no interesará hablar del contenido de las entrevistas (p.e. del proceso diagnóstico o terapéutico), sino de los aspectos comunicativos. Se anima a que los participantes aporten comentarios constructivos en forma de sugerencias, y centrado en las necesidades del discente. Evitaremos decir “lo que hay que hacer” o lo que “habría que haber hecho”. El desarrollo de la sesión será un diálogo permanente con el profesional protagonista, invitándole a la reflexión con preguntas sobre el desarrollo de la entrevista:

“¿Cómo te has sentido cuando el paciente te ha dicho que...?”

“Ha sido muy interesante esa respuesta. ¿Piensas que podías haberle dicho algo más?”

“¿Por qué crees que te surgió ese comentario?”

El grupo ideal no debería superar las 10 personas, para que todos puedan participar en un ambiente colaborativo.

Conviene tener presente que este tipo de aproximación docente, aún siendo muy potente y teniendo la capacidad de facilitar cambios de comportamientos y actitudes en un sentido positivo, también puede tener su yatrogenia. En cualquier caso, lo importante es que el vídeo sea utilizado teniendo en cuenta la sensibilidad y la autoestima del profesional, y siempre de forma positiva.

Las entrevistas grabadas en vídeo son excepcionalmente útiles para aprender técnicas generales de comunicación. Las sesiones de vídeo feedback pueden utilizarse para el entrenamiento tanto en las técnicas de detección

(fase exploratoria) como de manejo (fase resolutoria).

4.1 Desarrollo de la sesión

En la introducción de la sesión se explica que la cinta se parará en puntos concretos para discutir lo que ha sucedido. Se animará a que se realicen comentarios constructivos y sugerencias. Los participantes en la sesión podrán parar el visionado de la cinta siempre que lo deseen. El mando a distancia estará a disposición tanto del tutor de la sesión como del discente propietario de la grabación, de tal manera que cualquiera de los dos podrá manipularlo.

Antes de empezar la vídeo, es preciso solicitar al profesional si desea comentar alguna cuestión acerca del paciente, los antecedentes a la presente entrevista, elementos del contexto, etc.

Es importante preguntarle si hubo alguna cosa que le hiciera sentir a disgusto o inseguro. Si fuera el caso, este elemento podrá ser utilizado para dirigir la discusión, cosa que habitualmente produce un incremento en la satisfacción y de la sensación de rendimiento posteriores.

4.2 Aspectos de la enseñanza del PBI

Formales:

Acomodación
Creación de un clima cálido
Relajación para transmitir sosiego
Miradas repartidas en el grupo grupo, combinadas con miradas individuales
Concentración

Tareas a desarrollar:

El tutor actúa de facilitador (rol conductor)
Explicar las normas básicas del PBI
Permitir que el discente descubra los problemas y sus posibles soluciones
Trabajar sobre hechos
Guiar el aprendizaje sobre las necesidades que vayan surgiendo

4.3 Inicio de la sesión

Es conveniente seguir una serie de pasos:

1. Preguntar al profesional protagonista cómo se sintió al grabarse

Sensación de extrañeza al verse
Nerviosismo de ser juzgados
Detección de elementos ansiógenos

2. Solicitar al discente que realice una breve introducción acerca del paciente y del desarrollo de la entrevista

Resumen
En qué aspectos desea centrarse

3. Establecer la agenda de la sesión

Qué aspectos se quieren trabajar
Detección de los intereses del grupo

4. Establecer las normas de participación en la sesión (siempre recordarlas al comenzar)

a/ El visionado de la entrevista puede ser interrumpido por cualquier miembro del grupo, y en cualquier momento

b/ Siempre que se para la cinta hemos de permitir que el profesional discente haga el primer comentario.

c/ Los comentarios se han de referir a elementos comunicacionales, (a las técnicas de entrevista) y no a los contenidos. (P.e: no interesa tanto que se receta sino como se receta).

d/ Los comentarios se realizarán de manera constructiva. Aunque a veces es muy difícil, es esencial que antes de hacer algún comentario sobre alguna oportunidad perdida, se diga alguna cosa positiva sobre que está sucediendo en la entrevista. Ha de partirse de los hechos, no de juicios de valor, ofreciendo alternativas operativas concretas que consideremos eficaces para la ocasión

Ej. En lugar de comentar: “yo intentaré que el paciente no divague tanto y se centre en el tema”, decir exactamente las palabras que haríamos servir con el paciente: “Entiendo: Querría que me explicara cómo es el dolor”.

Las 3 C del PBI

Control Comunicación Crítica constructiva

4.4 Estilos de manejo: parar, volver a ver, seguir, parar...

Hay 3 modalidades para analizar un vídeo:

1. Visualización de la consulta completa, y después, empezar de nuevo, parando el vídeo a demanda, para centrarse en aspectos concretos.
2. Ir parando desde el inicio en aquellos puntos que interesan a cualquiera de los presentes.
3. Un combinado de ambos métodos, visualizando un tiempo más o menos largo, por ejemplo, el primer minuto que puede corresponder a la recepción y acomodación del paciente, y después retroceder para analizar con más detenimiento el diálogo y la comunicación no verbal.

Sea cual fuere el procedimiento escogido, lo verdaderamente importante para mejorar el manejo de las técnicas de comunicación, es ir parando con frecuencia el vídeo, y ensayar a decir o hacer todo aquello que se podría haber hecho de manera distinta en aquel momento preciso de la entrevista. Pretender hacerlo de memoria al final de la entrevista es casi imposible.

El método de trabajo es activo y centrado en las necesidades del profesional. Si el tutor para la cinta constantemente y lo explica todo, los miembros del grupo mejorarán poco su propio poder de observación, así como sus habilidades comunicacionales. Por tanto, y para que sean los propios

discentes los que vayan descubriendo las técnicas, resulta muy útil realizar preguntas que abarquen aspectos generales y otras, sobre puntos específicos. P.e. imaginemos que deseamos que aprecien una pista no verbal de alto contenido emocional (como sería el paralenguaje que acompaña a una determinada frase del paciente). Podríamos intentar una secuencia como sigue:

- ¿Porqué piensas que he parado la cinta?.
- ¿Has notado si pasa alguna cosa en este momento?
- ¿Te ha llamado la atención la voz del paciente?.
- ¿Te has fijado como le ha cambiado la voz al empezar a hablar de su esposa?.
- ¿En que ha consistido el cambio?

Después podemos volver a pasar la secuencia para poder apreciar aquello sobre lo que se ha discutido. Asimismo, cuando consideremos necesario ensayar técnicas o estrategias diferentes a las empleadas, podemos solicitar al discente:

- ¿Qué hubieras hecho en este momento?
- ¿Qué dirías exactamente ? ¿Con qué palabras ?

Las frases que se practican de esta forma se recuerdan mejor y tienen mayor probabilidad de ser aplicadas en contextos similares.

Si el discente se muestra desconcertado, se le explica cuál es la intención de la pregunta, se le hace un resumen de lo que se ha estado hablando hasta el momento, y se vuelve a pasar la secuencia de la grabación una vez más con el objeto de que capte el comportamiento que interesa. Si a pesar de todo no llega a verlo, entonces podemos indicar lo que hemos apreciado, lo que deseamos enseñar, o realizar una demostración de cómo lo haríamos nosotros mismos.

En conclusión, el PBI es una técnica de aprendizaje sobre hechos reales de nuestra práctica profesional, que nos permite reflexionar y compartir nuestra experiencia profesional, para aprender individualmente y en grupo.

Nieves Barragán Brun
Marzo 2011

ANEXO 5 Caso clínico para la reflexión: Tras un ictus

ANEXO 5.1 Caso clínico: Entrevista A

ALEJANDRO tiene 65 años. Jubilado hace 3 meses. Se separó hace 2 años y sus hijos ya no viven en casa. Presentó un ictus hace 15 días. Como secuela tiene ligera hemiparesia del lado derecho. Ha empezado rehabilitación ambulatoria. Viene a verte a la consulta.

ALEJANDRO: Estoy preocupado por lo de casa. Casi no sé por donde empezar.

Dr. FELIPE: Es comprensible para alguien en tu situación. Ya verás como todo irá bien. Total sólo llevas 3 días en casa. ¿Has ido a rehabilitación?

ALEJANDRO: Sí, he ido, pero ahora vivo solo y casi no puedo andar. No sé cómo me las voy a arreglar.

Dr. FELIPE: Lo sé. Mira ALEJANDRO, algo me comentó el rehabilitador, así que hemos concertado un fisioterapeuta a domicilio y también una entrevista con la trabajadora social para comentar las dificultades que puedas tener en casa. Seguirás en rehabilitación unos meses. Poco a poco irás haciendo frente a todo más fácilmente de lo que te imaginas.

ALEJANDRO: Es que echo de menos a mis amigos.

Dr. FELIPE: Tenemos un grupo de pacientes en situación parecida y pretendemos hacer un grupo para que habléis entre vosotros y pongáis en común dificultades y soluciones que habéis encontrado. ¿Te podría interesar algo así?

ALEJANDRO: No sé. Yo antes jugaba a padel dos ó tres veces a la semana. Después del partido nos tomábamos unas cervezas... pero ahora, no puedo ni caminar bien.

Dr. FELIPE: No te preocupes, te irás sintiendo bien poco a poco. La bebida probablemente no es una buena idea ahora. Como te he dicho, la trabajadora social irá viendo tus necesidades e incluso, si lo considera oportuno, irá a tu casa para ayudarte a organizar todos los cambios. Es importante que intentes por tí mismo las pequeñas cosas de cada día, como lavarte, caminar, y ese tipo de cosas. Eso te ayudará a sentirte mejor.

ALEJANDRO: Vale, gracias, ... lo que pasa es que yo no me veo, se me hace todo una montaña.

Dr. FELIPE: Debes tomarte tu tiempo. Te veo un poco “bajo” respecto a todo esto. Si quieres podemos derivarte a psiquiatría.

ALEJANDRO: ¿Tú crees? ¿Cómo podría ayudarme un psiquiatra o un psicólogo con todo esto? No lo entiendo.

Dr. FELIPE: Ellos te pueden ayudar a adaptarte mejor a estos cambios y proponerte lo mejor en tu situación. Tienen mucha experiencia en casos como el tuyo. Estoy segura que te iría bien.

ALEJANDRO: No sé...

Dr. FELIPE: Bien, esperaré hasta que hayas trabajado un tiempo con el fisioterapeuta y la trabajadora social, y nos volvemos a ver. Estás empezando y necesitas un tiempo para recuperarte de un ictus como el que tu has tenido.

ALEJANDRO: No veo como voy a poder volver a mi vida de antes.

ANEXO 5.2 Caso clinico: Entrevista B

Carlos tiene 65 años. Jubilado hace 3 meses. Se separó de su mujer hace 2 años y sus hijos ya no viven en casa. Presentó un ictus hace 15 días. Como secuela tiene una ligera hemiparesia del lado derecho. Ha empezado rehabilitación ambulatoria. Viene a verte a la consulta.

CARLOS: Estoy preocupado por lo de casa. Casi no sé por donde empezar.

Dra. MAITE: Todo parece difícil ahora

CARLOS: Sí, la verdad. Yo vivo solo, sabes?

Dra. MAITE: Y te preguntas cómo vas a vivir ahora, después de este ictus.

CARLOS: Sí... a mí me gusta jugar al padel y tomarme unas cervezas con los amigos. Y ahora no veo que yo pueda volver a hacer eso,... si apenas puedo andar.

Dra. MAITE: Es como una montaña cuesta arriba...

CARLOS: Sí, exactamente, como una montaña. El médico de rehabilitación me dijo que podía recuperar un poco, pero que tenemos que esperar y ver.

Dra. MAITE: Aún tienes pendientes muchas sesiones de rehabilitación.

CARLOS: Es lo que dijo él. Sólo han pasado 2 semanas.

Dra. MAITE: Y todavía estás haciendo progresos. Te estás esforzando por mejorar (silencio durante unos segundos)¿Qué crees que podría ayudarte ahora?

CARLOS: Umm, gracias. Yo necesito imaginarme como puedo recuperar mi vida, y tirar para adelante, aunque sea por mis nietos. Hoy han venido a verme. Ha sido fantástico.

Dra. MAITE: Tu disfrutas estando con ellos.

CARLOS: Sí. Esta mañana he estado llorando después que se han ido... y he decidido que tengo que mejorar... pero entonces, la realidad me ha dado fuerte, porque no he podido ni ir al lavabo yo solo.

Dra. MAITE: Tu independencia es la cosa más preciada.

CARLOS: Claro, yo quiero salir con mi grupo del padel. Yo empecé ese cuarteto hace 30 años.

Dra. MAITE: Uau! Habéis estado juntos muchos años!

CARLOS: Sí. Ayer vinieron a verme. Fue muy bueno, sabes?

Dra. MAITE: Me imagino que quieres volver a estar con ellos, de una manera, o de otra.

CARLOS: No lo veo posible por ahora, y eso es lo que me hace sentir peor.

Dra. MAITE: ¿Has pensado como puedes mantener el contacto con ellos mientras te recuperas?

CARLOS: Ellos vendrán a verme, lo sé... tal vez podamos hacer otras cosas juntos...

Dra. MAITE: ¿Cómo qué?

CARLOS: Bien, yo podría tomarme una cerveza y jugar a las cartas, aunque no pueda coger ni una pala de padel.

Dra. MAITE: Parece como si tuvieras delante una montaña para escalar. Y parece que algunas dificultades son aún difíciles de imaginar de forma real... y tienes unos buenos amigos con los que disfrutas... estás de acuerdo?

CARLOS: Sí, así es como yo me siento.

Dra. MAITE: ¿Por dónde puedes empezar para ir sintiéndote mejor? ¿Hay alguna cosa que puedas empezar a hacer además de tus sesiones de rehabilitación?

CARLOS: Tengo que cambiar el chip, me parece que me doy pena, que me compadezco de mí mismo. Cuando me de cuenta de mis pensamientos de autocompasión intentaré pensar lo afortunado que son con la oportunidad de apartarlos, pero además haré 3 veces el ejercicio de las pesas que me han recomendado.

Dra. MAITE: Bien, si te parece nos vemos en unos días y me explicas cómo te sientes y hablamos un poco más sobre cómo estás escalando la montaña. ¿Te parece?

CARLOS: Sí, gracias. Creo que me ayuda hablar de todo esto.

ANEXO 5.3 Caso clínico: Plantilla para la reflexión

DETECTAR *MOMENTOS - CLAVE*

Te adjuntamos “2 versiones” de una entrevista en la consulta de AP. En ambas, el profesional busca un desenlace positivo para el paciente. A través de la lectura de estos diálogos, podemos identificar algunos elementos que son específicos de la entrevista motivacional. En esta ocasión el motivo de consulta no está relacionado con un hábito de vida no saludable, sino con una nueva situación en la vida del paciente.

A continuación hay unas pistas, elaboradas en formato de pregunta, para ayudarte a desmenuzar o trocear las entrevistas.

1. ¿En qué momento/s se tiene en cuenta la perspectiva del paciente?
2. ¿Qué frases empáticas destacarías en cada una de las entrevistas?
3. ¿Se te ocurre aprovechar algún otro momento para empatizar?
4. ¿Aparecen las preguntas abiertas? Escríbelas.
5. ¿Cuál es el objeto (el problema o el eje) de la motivación?
6. ¿Se habla de “cambio”? ¿Se facilita, se provoca, el lenguaje del cambio en el paciente?
7. ¿Cuál es la “posición” del paciente respecto a su problema (qué piensa, qué siente, dificultades, cosas a favor)?
8. ¿Qué frases de la profesional hacen “pensar más al paciente”?

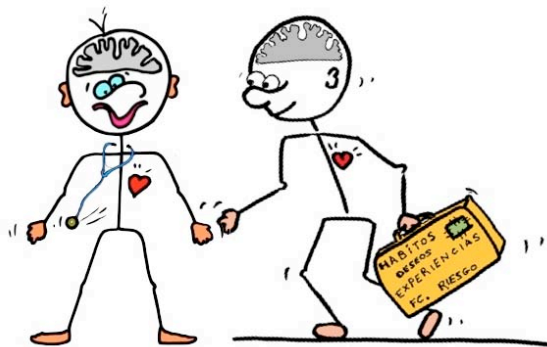
9. En alguna ocasión, ¿la opinión del paciente no se tiene en cuenta?

10. ¿Qué refuerzos positivos hace el profesional?

11. ¿Se te ocurre reforzar al paciente en algún aspecto que no ha sido reflejado?

12. Haz un sumario a modo de resumen, de los motivos del paciente para cambiar o para no esforzarse. Escríbela igual que se la diría al paciente.

13. Comentario.



ANEXO 6 Micropíldoras

En el S. XXI, Los cuidados de salud están cada vez más relacionados con la gestión de las condiciones a largo plazo y por tanto, con la mejora en los hábitos de salud... esas cosas que la gente puede hacer por mejorar su propia salud.

Compartimos un pensamiento

La gente se moviliza por las razones que **descubren** en sí mismos,

y no por las razones que vienen de las mentes de otros

Pensées
Pascal, matemático francés S. XVII

Podemos usar la Entrevista Motivacional (EM) para trabajar "esas conductas o hábitos abigarrados" que la gente, los pacientes, pueden hacer para mejorar su **propia** salud.

... me ayuda a resolver mis dificultades en la dirección del "cambio",
Sin enfadarse, Sin indiferencia,

Sin culpabilizarme



Diferentes maneras de entrevistar se entremezclan en el día a día.

A veces hay que escuchar, otras informar, hay que explorar, hacer recetas... sonreír, pedir permiso, pedir disculpas... MIL COSAS... somos sus médicos de cabecera...

Todos estos ingredientes, según en qué proporción se usen, nos darán un estilo de entrevista u otro... un estilo de médico, u otro... totalmente distinto.

El médico habilidoso sabe adaptar cada estilo a cada circunstancia

15

Estilo: actitud, forma de hablar y de relacionarte con el paciente

Ser guía

Estilos de entrevista

Acompañar

Dirigir

Insistir puede generar RESISTENCIAS

Si no quiero... o no puedo, mejor **no insistir**, soy muy sensible, y si quiero, ... no me insistas tampoco.



CADA UNO TIENE SU MOMENTO

Es el paciente quien tiene que dejarlo y el médico, entonces, ¿qué función tiene?

Catalizador

Colaborador del paciente

Evocador de sus lenguajes internos

Ayudante en la creación de discrepancias desde el respeto, la empatía... y el cariño.

LAS GAFAS PARA MIRARSE POR DENTRO

... acompaña...

Hablando de...

Entrevista con estilo directivo

Un director, es la persona que dice

"Lo que hay que hacer"

Es el responsable del trabajo

Juzga, da su opinión sobre lo que hacen y dicen los demás



Muestra el camino

No necesita escuchar "demasiado"

Entrevista con estilo de seguimiento

Predomina "la escucha". Todos queremos escuchar bien y creemos que lo hacemos.

Tengo fe en ti

Voy después de ti, soy sólo el médico,

Comprendo

Tu sabes más de ti mismo que yo

Entrevista con estilo "de guía"

Una guía te ayuda a encontrar el camino, por ti mismo, "tu camino".

Médico: "Puedo ayudarte, si quieres, a resolver esto por ti mismo"

Estimula, anima

Busca

Acompaña

Motiva

Permite

La

Entrevista Motivacional

pertenece a ese estilo de entrevista, que quiere ser guía, ayuda, ... dejando libertad para decidir dónde, cuándo y con quién

"Aunque" tu paciente "sólo" haya conseguido hacer una semana de ejercicio, tu pensamiento encuentra Lo positivo: "qué bien... está empezando a comprometerse"

... me lo dice,
me refuerza,
me felicita



Un estilo para cada circunstancia



Todos los estilos se entremezclan en el día a día

Ayuda en consulta... por ejemplo...

Cada 2 ó 3 preguntas abiertas puedes introducir una frase "empática", un sumario o una respuesta reflexiva

Mi médico
entiende "mi balance",
mis PROS y mis CONTRAS,
ventajas y desventajas
de cambiar,
...o de quedarme donde
estoy



si no sabes qué decir

escucha, mira,
no digas nada...



Entendemos por
reflejo de redireccionamiento(1)

Ese deseo que tenemos de decirte a alguien que
se está equivocando, que podría hacerlo mejor,
de otra manera... (REDIRIGIR)

Y no porque nos creamos más listos ni nada de eso...
sino porque queremos ayudar, curar, mejorar...

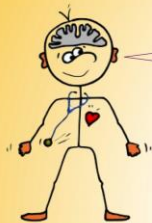
... "reflejo de redireccionamiento"

¡ojo!

A las personas, en general,
no nos gusta que venga nadie a
corregirnos
ni a decirnos cómo hacerlo mejor:

NOS DEFENDEMOS,
NOS RESISTIMOS,
NOS REAFIRMAMOS!!

...por eso en entrevista
motivacional hablamos de:



Inhibir el reflejo de
redireccionamiento

El paciente puede encontrar
sus pequeños compromisos

crear el momento para ello,
puede resultar más eficaz que
decirle lo que podría hacer

Si recae,
demuéstrale
empatía genuina (auténtica),
"normalizando" la situación.

Si recae,

que no sienta vergüenza de decírtelo...
para que pueda
reestructurar positivamente
los sentimientos de incapacidad
que hayan podido aparecer

La entrevista motivacional...

se practica y mejora cada día,
se aprende siempre,

...nos gratifica, nos relaja en la consulta,
y, lo más importante,

deja a los pacientes
avanzar hacia "el cambio",
hacia "su cambio".

ANEXO 7 Incidente crítico

ANEXO 7.1 Ejemplo de incidente crítico



INCIDENTE CRÍTICO - CASO CLINICO ENTREVISTA MOTIVACIONAL

Nº investigador: _____

Fecha: / /2011

RESUMEN DEL CASO (Mujer de 55 años con obesidad y deseos de perder peso)

1. DESCRIPCIÓN DEL CASO

María tiene 54 años. Acude mi consulta de forma regular desde hace 8 años. Presenta una hipercolesterolemia de 280 con LDL 149 y HDL 32. Su IMC es de 30,5.

En estos años yo le he dedicado mucho tiempo y esfuerzo en explicarle la dieta. Le hemos hecho visitas de seguimiento de su obesidad, tanto la enfermera como yo, y lo único que hemos conseguido es que pierda 4 Kg (la vez que más) y los vuelva a subir, y así nos movemos en 2 Kg arriba y abajo desde hace años.

Hace 3 meses vino decidida a perder peso porque quiere apuntarse a hacer “country” en el colegio de sus hijos. Aprovechando el trabajo que estoy haciendo de entrevista motivacional, intenté escucharla y hablar poco. Al final me pidió ir al endocrino, a lo cual accedí ya que en este momento no tenemos demora.

Ayer volvió, contenta, habiendo perdido 8 Kg. “Fenomenal, María”, le dije. “¿Qué es lo que has hecho?”, le pregunté. María me contestó: “Pues dieta, que voy a hacer. Me metió una bronca el endocrino.... y me dijo que si no hacía la dieta que no volviese más... así que no he tenido más remedio que hacerlo. También me dió unos sobres de fibra para que no tenga tanta hambre, y me han ido superbien. He pensado que para la dieta iré con él, y para lo demás vendré aquí, porque tu eres muy blanda conmigo y ya me conoces demasiado.”

2. DESCRIPCIÓN DE LAS EMOCIONES

Me sentí muy fracasada con ella, por un lado me alegraba que hubiera perdido peso, pero por otro me dolía lo que me había dicho. Era como si despreciase todo el trabajo que la enfermera y yo habíamos hecho todos estos años. Justo ahora, que intento hacer una entrevista motivacional y tener más en cuenta la opinión del paciente! He pensado que, de acuerdo, nunca más le hablaré de la obesidad. Cuando necesite un análisis, se lo haré, claro, pero el resultado que lo comente con “su endocrino”. Creo que mi emoción son “celos hacia el endocrino”

Días después, me voy serenando y empiezo a pensar que entiendo a María. Ella necesitaba hablar de otra manera de su problema. Tal vez yo he estado protegiéndola en su “precontemplación” y he estado adoptando una postura paternalista que no la ayudaba a decidir.

3. DIFICULTADES

- No sé como retomar la normalidad en este problema de salud.
- Me cuesta controlar mis emociones cuando viene María a la consulta
- No sé como puedo hacer un trabajo colaborativo con el especialista

4. AFRONTAMIENTO DE LA SITUACIÓN

Decidí intentar empatizar con María en la siguiente visita, viéndola de nuevo de una manera “más fresca”, sin rencor. Para eso estuve analizando mis emociones como médico durante esos días.



También repasé un artículo a modo de resumen que nos habían enviado sobre ejemplos de frases a decir a los pacientes, y sobre escucha reflexiva. Me había dado cuenta que yo no la practicaba.

Cuando vino María le hice un reconocimiento: “Veo que estás trabajando duro en el tema de perder peso, y que poco a poco lo estás consiguiendo” Intenté que mi expresión fuera relajada y sonriente. Ella empezó a explicarme todo lo que estaba haciendo con gran ilusión. Finalmente le pedí permiso para poder hablar del tema cuando las visitas del endocrino se fueran espaciando. Aceptó agradecida y me dijo que tenía miedo de perder todo lo que había hecho si con el tiempo se relajaba.

Al final le dije que había aprendido mucho de lo que había pasado y que eso me había hecho reflexionar sobre mi relación con otros pacientes que tiene situaciones similares y en las que no estoy avanzando.

5. RESULTADO DE LA ACTUACIÓN

La relación personal con María de ha recuperado. Siento que puedo seguir ejerciendo de médico con ella en su proceso crónico, y acompañarla. He descubierto que ella no tenía prejuicios hacia mí, al contrario, y que yo me sentía dolida en mi orgullo.

He sido más consciente del tipo de entrevista que realizo a estos pacientes.

6. DILEMAS PLANTEADOS

- ¿Podía haber hecho otras cosas con esta paciente?
- La rutina y la gran prevalencia de estas situaciones ¿me lleva a tipos de entrevista sin esfuerzo, rutinarios y para salir del paso?
- Es posible que una tercera persona (en este caso el endocrino) desbloquee una situación y me ayude con mi paciente. Cuesta aceptarlo.

7. ENSEÑANZAS DEL CASO

El acompañamiento de los pacientes con factores de riesgo vascular requiere de una distancia terapéutica necesaria para poder hacer escucha reflexiva.

El exceso de información y seguimiento, sin una toma de decisiones compartida no ayuda a los pacientes a moverse en dirección al cambio.

Es importante reconocer el discurso del “no cambio” y normalizarlo.

La colaboración con otros profesionales, puede ayudar a retomar y encauzar un paciente.

Siempre hemos de visualizarnos “críticamente” para poder mejorar.

ANEXO 7.2 Plantilla para la cumplimentación de incidentes críticos

INCIDENTES CRÍTICOS

PROYECTO DISLIPEMIA-EM

INCIDENTE CRÍTICO

Fecha:

PROFESIONAL:

Provincia:

DESCRIPCIÓN DE LA SITUACION:

ELABORACIÓN DE LA PREGUNTA:

OBJETIVO DE APRENDIZAJE:

MÉTODO PARA CONSEGUIR EL OBJETIVO:

- | | |
|----------------------------------|--------------------------------------|
| 1 clases/cursos/seminarios | |
| 2 Talleres | 9 Aprendizaje asistido por ordenador |
| 3 Sesión clínica | 10 Revisión del caso con compañeros |
| 4 Sesión bibliográfica | 11 Consulta libros texto |
| 5 Tutorización | 12 Búsqueda bibliográfica |
| 6 Actividades de investigación | 13 Consulta publicaciones FC |
| 7 Consulta a otros especialistas | 14 Consulta protocolos/ Guías |
| 8 Formación a distancia | 15 Otros: |

INCIDENTE CRÍTICO: Situación que crea una duda, causa perplejidad o nos sorprende en la práctica clínica

PREGUNTA: Transformar el incidente crítico en una pregunta susceptible de ser contestada

OBJETIVO APRENDIZAJE: Explicitar el objetivo a conseguir (responder la pregunta, adquirir habilidades...)

MÉTODO: Método elegido para conseguir el objetivo, puede haber más de uno.

MECANISMO APRENDIZAJE: Describir el mecanismo fundamental que nos ha ayudado a resolver la cuestión, si es una búsqueda bibliográfica especificar estrategia de búsqueda (palabras clave...) y número de artículos revisados.

INCIDENTES CRÍTICOS

PROYECTO DISLIPEMIA-EM

REGISTRO APRENDIZAJE

RESPUESTA A LA PREGUNTA:

ADQUISICIÓN APREDIZAJE

Mecanismo Utilizado:

Tiempo invertido en el proceso:

Documentación anexa:

¿Qué has aprendido?:

¿Cómo lo has aplicado en la práctica?:

¿Qué te falta por aprender?

¿Qué harás para conseguirlo?

Firma Profesional

INCIDENTE CRÍTICO: Situación que crea una duda, causa perplejidad o nos sorprende en la práctica clínica

PREGUNTA: Transformar el incidente crítico en una pregunta susceptible de ser contestada

OBJETIVO APRENDIZAJE: Explicitar el objetivo a conseguir (responder la pregunta, adquirir habilidades...)

MÉTODO: Método elegido para conseguir el objetivo, puede haber más de uno.

MECANISMO APRENDIZAJE: Describir el mecanismo fundamental que nos ha ayudado a resolver la cuestión, si es una búsqueda bibliográfica especificar estrategia de búsqueda (palabras clave...) y número de artículos revisados.

ANEXO 8 Encuesta a expertos sobre herramientas docentes

ANEXO 8.1 Preguntas encuesta sobre herramientas docentes

HERRAMIENTAS DOCENTES en COMUNICACIÓN

Esta encuesta va dirigida a todas las personas que participan activamente en el grupo Comunicación y Salud. La hemos diseñado en el del grupo investigador Dislip-EM (miembros del GCyS).

Específicamente da soporte a uno de sus apartados: Programa formativo en Entrevista Motivacional.

Tardarás unos 10 minutos (son 14 herramientas docentes)

¡Gracias por colaborar!

***Obligatorio**

^ DATOS PERSONALES

Nombre (voluntario)

Apellidos (voluntario)

Comunidad Autónoma

¿Qué EDAD tienes? *

- < 26
- 26 - 30
- 31 - 35
- 36 - 40
- 41 - 45
- 46 - 50
- 51 - 55

56 - 60

> 60

Sexo *

Varón

Mujer

¿Cuántos años hace que empezaste a recibir FORMACIÓN en COMUNICACIÓN?

< 5

6 - 10

11 - 15

16 - 20

21 - 25

25 - 30

> 30

PERIODICIDAD con la que te formas en comunicación (taller, jornada, congreso, curso, leer un artículo, etc.)

Ocasionalmente, no es una prioridad

1 vez cada 2 ó 3 años

Una vez al año

2 ó 3 veces al año

> 3 veces al año

¿Tienes experiencia como DOCENTE en COMUNICACIÓN?

Sí

No

¿Cuántos años hace que eres DOCENTE en COMUNICACIÓN?

1 año

< 5

6 - 10

10 - 15

15 - 20

>20

^ POTENCIA FORMATIVA de las HERRAMIENTAS DOCENTES

Cada herramienta que utilizamos en docencia tiene una potencia.

Queremos saber tu opinión sobre la "fuerza docente" que tiene cada una de las que te presentamos a continuación, es decir, queremos conocer tu opinión sobre cómo crees tú que "sirve para aprender comunicación".

Si no tienes opinión formada sobre alguna pregunta, puedes dejar la respuesta EN BLANCO

1. Clase teórica de comunicación (ej: dar malas noticias)

Entendemos la formación "unidireccional" clásica, con nula o escasa participación de los alumnos.

1.1 POTENCIA formativa

- Nada
- Poco
- Bastante
- Mucho

1.2 MEJORA el CONOCIMIENTO en la comunicación

- Nada
- Poco
- Bastante
- Mucho

1.3 MEJORA la HABILIDAD en comunicación

- Nada
- Poco
- Bastante
- Mucho

1.4 MEJORA la PRÁCTICA REAL en consulta

Facilita ESTRATEGIAS en la consulta

- Nada
- Poco
- Bastante
- Mucho

1.5 ¿A qué nivel has tenido CONTACTO PERSONAL con esta herramienta docente?

Puedes marcar VARIAS OPCIONES

- COMO ALUMNO
- COMO DOCENTE: Lo he utilizado con mis alumnos
- He oído hablar de ella
- La conozco bien por artículos
- No la conozco

2. Taller interactivo presencial

Formación bidireccional, con gran participación de los alumnos.

2.1 POTENCIA formativa

- Nada
- Poco
- Bastante
- Mucho

2.2 MEJORA el CONOCIMIENTO de la comunicación

- Nada
- Poco
- Bastante
- Mucho

2.3 MEJORA la HABILIDAD en comunicación

- Nada
- Poco
- Bastante

Mucho

2.4 MEJORA la PRÁCTICA REAL en consulta

Facilita ESTRATEGIAS la consulta

Nada

Poco

Bastante

Mucho

2.5 ¿A qué nivel has tenido CONTACTO PERSONAL con esta herramienta docente nº 2?

Puedes marcar VARIAS OPCIONES

COMO ALUMNO: Personalmente he participado (como alumno)

COMO DOCENTE: Lo he utilizado con mis alumnos

Conozco la herramienta de oídas

La conozco bien por artículos

No la conozco

3. Taller interactivo on line

Formación bidireccional, con gran participación de los alumnos.

3.1 POTENCIA formativa

Nada

Poco

Bastante

Mucho

3.2 MEJORA el CONOCIMIENTO de la comunicación

Nada

Poco

Bastante

Mucho

3.3 MEJORA la HABILIDAD en comunicación

Nada

- Poco
- Bastante
- Mucho

3.4 MEJORA la PRÁCTICA REAL en consulta

Facilita ESTRATEGIAS la consulta

- Nada
- Poco
- Bastante
- Mucho

3.5 ¿A qué nivel has tenido CONTACTO PERSONAL con esta herramienta docente?

Puedes marcar VARIAS OPCIONES

- COMO ALUMNO: Personalmente he participado (como alumno)
- COMO DOCENTE: Lo he utilizado con mis alumnos
- Conozco la herramienta de oídas
- La conozco bien por artículos
- No la conozco

4. Mensajes por correo electrónico con MICROPÍLDORAS FORMATIVAS (periódicamente)

Ejemplo - Diapositiva bien diseñada con un texto como el que sigue: "Mi médico" me ayuda a resolver mis ambivalencias sin enfadarse, sin indiferencia, sin culpabilizarme... No sabes cómo me ayuda!!

4.1 POTENCIA formativa

- Nada
- Poco
- Bastante
- Mucho

4.2 MEJORA el CONOCIMIENTO de la comunicación

- Nada

- Poco
- Bastante
- Mucho

4.3 MEJORA la HABILIDAD en comunicación

- Nada
- Poco
- Bastante
- Mucho

4.4 MEJORA la PRÁCTICA REAL en consulta

Facilita ESTRATEGIAS la consulta

- Nada
- Poco
- Bastante
- Mucho

4.5 ¿A qué nivel has tenido CONTACTO PERSONAL con esta herramienta docente?

Puedes marcar VARIAS OPCIONES

- COMO ALUMNO: Personalmente he participado (como alumno)
- COMO DOCENTE: Lo he utilizado con mis alumnos
- Conozco la herramienta de oídas
- La conozco bien por artículos
- No la conozco

5. Mensajes escritos por teléfono (sms) con MICROPÍLDORAS FORMATIVAS (periódicamente)

5.1 POTENCIA formativa

- Nada
- Poco
- Bastante
- Mucho

5.2 MEJORA el CONOCIMIENTO de la comunicación

- Nada
- Poco
- Bastante
- Mucho

5.3 MEJORA la HABILIDAD en comunicación

- Nada
- Poco
- Bastante
- Mucho

5.4 MEJORA la PRÁCTICA REAL en consulta

Facilita ESTRATEGIAS la consulta

- Nada
- Poco
- Bastante
- Mucho

5.5 ¿A qué nivel has tenido CONTACTO PERSONAL con esta herramienta docente?

Puedes marcar VARIAS OPCIONES

- COMO ALUMNO: Personalmente he participado (como alumno)
- COMO DOCENTE: Lo he utilizado con mis alumnos
- Conozco la herramienta de oídas
- La conozco bien por artículos
- No la conozco

6. Videograbar mi consulta y verla individualmente (yo mismo)

6.1 POTENCIA formativa

- Nada
- Poco

Bastante

Mucho

6.2 MEJORA el CONOCIMIENTO de la comunicación

Nada

Poco

Bastante

Mucho

6.3 MEJORA la HABILIDAD en comunicación

Nada

Poco

Bastante

Mucho

6.4 MEJORA la PRÁCTICA REAL en consulta

Facilita ESTRATEGIAS la consulta

Nada

Poco

Bastante

Mucho

6.5 ¿A qué nivel has tenido CONTACTO PERSONAL con esta herramienta docente?

Puedes marcar VARIAS OPCIONES

COMO ALUMNO: Personalmente he participado (como alumno)

COMO DOCENTE: Lo he utilizado con mis alumnos

Conozco la herramienta de oídas

La conozco bien por artículos

No la conozco

7. Participar en PBI con una grabación de MI PROPIA CONSULTA

PBI - Problem based interviewing

Sesiones donde vemos en grupo la videograbación y trabajamos aspectos que el médico grabado quiera comentar.

7.1 POTENCIA formativa

- Nada
- Poco
- Bastante
- Mucho

7.2 MEJORA el CONOCIMIENTO de la comunicación

- Nada
- Poco
- Bastante
- Mucho

7.3 MEJORA la HABILIDAD en comunicación

- Nada
- Poco
- Bastante
- Mucho

7.4 MEJORA la PRÁCTICA REAL en consulta

Facilita ESTRATEGIAS la consulta

- Nada
- Poco
- Bastante
- Mucho

7.5 ¿A qué nivel has tenido CONTACTO PERSONAL con esta herramienta docente?

Puedes marcar VARIAS OPCIONES

- COMO ALUMNO: Personalmente he participado (como alumno)
- COMO DOCENTE: Lo he utilizado con mis alumnos
- Conozco la herramienta de oídas
- La conozco bien por artículos

No la conozco

8. Participar en PBI con la grabación de un compañero

PBI - Problem based interviewing

Sesiones donde vemos en grupo la videograbación de una consulta y trabajamos aspectos que el médico grabado quiera comentar.

8.1 POTENCIA formativa

- Nada
- Poco
- Bastante
- Mucho

8.2 MEJORA el CONOCIMIENTO de la comunicación

- Nada
- Poco
- Bastante
- Mucho

8.3 MEJORA la HABILIDAD en comunicación

- Nada
- Poco
- Bastante
- Mucho

8.4 Esta herramienta MEJORA la PRÁCTICA REAL en consulta

Facilita ESTRATEGIAS la consulta

- Nada
- Poco
- Bastante
- Mucho

8.5 ¿A qué nivel has tenido CONTACTO PERSONAL con esta herramienta docente?

Puedes marcar **VARIAS OPCIONES**

- COMO ALUMNO: Personalmente he participado (como alumno)
- COMO DOCENTE: Lo he utilizado con mis alumnos
- Conozco la herramienta de oídas
- La conozco bien por artículos
- No la conozco

9. Recibir el feed back de un experto en relación a mi vídeograbación

9.1 POTENCIA formativa

- Nada
- Poco
- Bastante
- Mucho

9.2 Esta herramienta MEJORA el CONOCIMIENTO de la comunicación

- Nada
- Poco
- Bastante
- Mucho

9.3 Esta herramienta MEJORA la HABILIDAD en comunicación

- Nada
- Poco
- Bastante
- Mucho

9.4 Esta herramienta MEJORA la PRÁCTICA REAL en consulta

Facilita ESTRATEGIAS la consulta

- Nada
- Poco
- Bastante
- Mucho

9.5 ¿A qué nivel has tenido **CONTACTO PERSONAL** con esta herramienta docente?

Puedes marcar **VARIAS OPCIONES**

- COMO ALUMNO:** Personalmente he participado (como alumno)
- COMO DOCENTE:** Lo he utilizado con mis alumnos
- Conozco la herramienta de oídas
- La conozco bien por artículos
- No la conozco

10. Leer un artículo sobre algún tema relacionado con la comunicación

10.1 **POTENCIA** formativa

- Nada
- Poco
- Bastante
- Mucho

10.2 Esta herramienta **MEJORA** el **CONOCIMIENTO** de la comunicación

- Nada
- Poco
- Bastante
- Mucho

10.3 Esta herramienta **MEJORA** la **HABILIDAD** en comunicación

- Nada
- Poco
- Bastante
- Mucho

10.4 Esta herramienta **MEJORA** la **PRÁCTICA REAL** en consulta

Facilita **ESTRATEGIAS** la consulta

- Nada
- poco
- Bastante

Mucho

10.5 ¿A qué nivel has tenido **CONTACTO PERSONAL** con esta herramienta docente?

Puedes marcar **VARIAS OPCIONES**

COMO ALUMNO: Personalmente he participado (como alumno)

COMO DOCENTE: Lo he utilizado con mis alumnos

Conozco la herramienta de oídas

La conozco bien por artículos

No la conozco

11. Leer un libro sobre entrevista clínica

11.1 **POTENCIA** formativa

Nada

Poco

Bastante

Mucho

11.2 Esta herramienta **MEJORA** el **CONOCIMIENTO** de la comunicación

Nada

Poco

Bastante

Mucho

11.3 Esta herramienta **MEJORA** la **HABILIDAD** en comunicación

Nada

Poco

Bastante

Mucho

11.4 Esta herramienta **MEJORA** la **PRÁCTICA REAL** en consulta

Facilita **ESTRATEGIAS** la consulta

Nada

Poco

- Bastante
- Mucho

11.5 ¿A qué nivel has tenido **CONTACTO PERSONAL** con esta herramienta docente?

Puedes marcar **VARIAS OPCIONES**

- COMO ALUMNO: Personalmente he participado (como alumno)
- COMO DOCENTE: Lo he utilizado con mis alumnos
- Conozco la herramienta de oídas
- La conozco bien por artículos
- No la conozco

12. Comentario escrito sobre caso clínico relacionado con la comunicación

12.1 **POTENCIA** formativa

- Nada
- Poco
- Bastante
- Mucho

12.2 Esta herramienta **MEJORA** el **CONOCIMIENTO** de la comunicación

- Nada
- Poco
- Bastante
- Mucho

12.3 Esta herramienta **MEJORA** la **HABILIDAD** en comunicación

- Nada
- Poco
- Bastante
- Mucho

12.4 Esta herramienta **MEJORA** la **PRÁCTICA REAL** en consulta

Facilita **ESTRATEGIAS** la consulta

- Nada
- Poco
- Bastante
- Mucho

12.5 ¿A qué nivel has tenido **CONTACTO PERSONAL** con esta herramienta docente?

Puedes marcar **VARIAS OPCIONES**

- COMO ALUMNO:** Personalmente he participado (como alumno)
- COMO DOCENTE:** Lo he utilizado con mis alumnos
- Conozco la herramienta de oídas
- La conozco bien por artículos
- No la conozco

13. Informe de autorreflexión

Informe estructurado en el que se hace una reflexión sobre lo que se ha aprendido en un programa, lo que falta por aprender y como conseguirlo.

13.1 **POTENCIA** formativa

- Nada
- Poco
- Bastante
- Mucho

13.2 Esta herramienta **MEJORA** el **CONOCIMIENTO** de la comunicación

- Nada
- Poco
- Bastante
- Mucho

13.3 Esta herramienta **MEJORA** la **HABILIDAD** en comunicación

- Nada
- Poco
- Bastante
- Mucho

13.4 Esta herramienta **MEJORA** la **PRÁCTICA REAL** en **CONSULTA**

Facilita **ESTRATEGIAS** la consulta

- Nada
- poco
- Bastante
- Mucho

13.5 ¿A qué nivel has tenido **CONTACTO PERSONAL** con esta herramienta **docente**?

Puedes marcar **VARIAS OPCIONES**

- COMO ALUMNO**: Personalmente he participado (como alumno)
- COMO DOCENTE**: Lo he utilizado con mis alumnos
- Conozco la herramienta de oídas
- La conozco bien por artículos
- No la conozco

14. Incidente crítico

Reflexión escrita estructurada sobre un evento comunicativo que me ha sucedido y me "ha impactado": descripción, aspectos adecuados, aspectos mejorables, objetivos de aprendizaje y cómo conseguirlos.

14.1 **POTENCIA** formativa

- Nada
- Poco
- Bastante
- Mucho

14.2 Esta herramienta **MEJORA** el **CONOCIMIENTO** de la comunicación

- Nada
- Poco
- Bastante
- Mucho

14.3 Esta herramienta **MEJORA** la **HABILIDAD** en comunicación

- Nada

- Poco
- Bastante
- Mucho

14.4 Esta herramienta **MEJORA** la **PRÁCTICA REAL** en consulta

Facilita **ESTRATEGIAS** la consulta

- Nada
- Poco
- Bastante
- Mucho

14.5 ¿A qué nivel has tenido **CONTACTO PERSONAL** con esta herramienta docente?

Puedes marcar **VARIAS OPCIONES**

- COMO ALUMNO:** Personalmente he participado (como alumno)
- COMO DOCENTE:** Lo he utilizado con mis alumnos
- Conozco la herramienta de oídas
- La conozco bien por artículos
- No la conozco

“ **AÑADE CUALQUIER COMENTARIO** que **CONSIDERES OPORTUNO** ”

Cualquier tema que quieras aclarar, o por el que no hemos preguntado... en relación a herramientas docentes.

Escribe libremente

¡GRACIAS! No te olvides de clickar "enviar / submit" (más abajo)

Estos datos servirán para conocer las opiniones de nuestro grupo en materia docente.

Nieves Barragán

Enviar

Nunca envíes contraseñas a través de Formularios de Google.

100%: has terminado.



Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.

[Informar sobre abusos](#) - [Condiciones del servicio](#) - [Otros términos](#)

ANEXO 8.2 Respuestas encuesta sobre herramientas docentes

17 respuestas

[Ver todas las respuestas](#)[Publicar datos de análisis](#)

Resumen

"" DATOS PERSONALES

Nombre (voluntario)

Jesus

Juan Carlos

Julia

Jesús

Jesús Manuel

Ronald

Jose Antonio

Josep Maria

Elvira

Ana

miriam

Ramon

Apellidos (voluntario)

Esteban Pellón

Casals

Bosch Fontcuberta

Carvajal de la Torre

Barbera

Prados Castielljo

Arbonies Ortiz

Ochoa Prieto

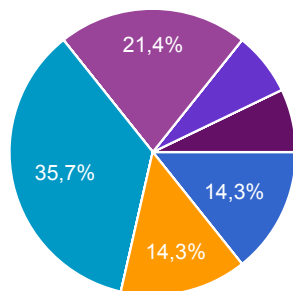
Novo Rodríguez

Losada González

Epstein

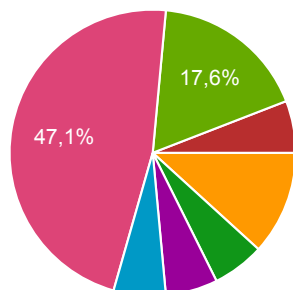
ruiz sanchez

Comunidad Autónoma



Andalucía	2	14.3%
Aragón	0	0%
Cantabria	2	14.3%
Castilla y León	0	0%
Castilla - La Mancha	0	0%
Catalunya	5	35.7%
Ceuta (Ciudad Autónoma)	0	0%
Comunidad de Madrid	0	0%
Comunidad Valenciana	0	0%
Extremadura	0	0%
Galicia	3	21.4%
Illes Balears	0	0%
Islas Canarias	0	0%
La Rioja	1	7.1%
Melilla (Ciudad Autónoma)	0	0%
Navarra	0	0%
País Vasco	1	7.1%
Principado de Asturias	0	0%
Región de Murcia	0	0%

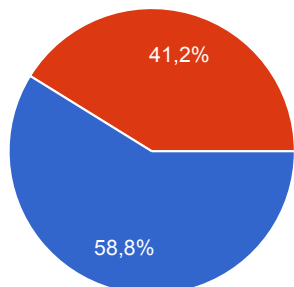
¿Qué EDAD tienes?



< 26	0	0%
26 - 30	0	0%
31 - 35	2	11.8%
36 - 40	1	5.9%

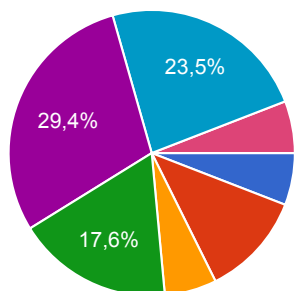
41 - 45	1	5.9%
46 - 50	1	5.9%
51 - 55	8	47.1%
56 - 60	3	17.6%
> 60	1	5.9%

Sexo



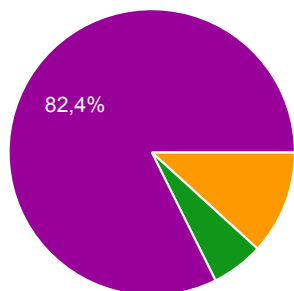
Varón	10	58.8%
Mujer	7	41.2%

¿Cuántos años hace que empezaste a recibir FORMACIÓN en COMUNICACIÓN?



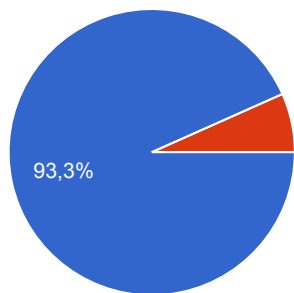
< 5	1	5.9%
6 - 10	2	11.8%
11 - 15	1	5.9%
16 - 20	3	17.6%
21 - 25	5	29.4%
25 - 30	4	23.5%
> 30	1	5.9%

PERIODICIDAD con la que te formas en comunicación (taller, jornada, congreso, curso, leer un artículo, etc.)



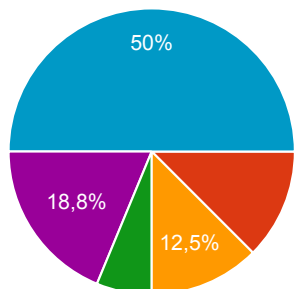
Ocasionalmente, no es una prioridad	0	0%
1 vez cada 2 ó 3 años	0	0%
Una vez al año	2	11.8%
2 ó 3 veces al año	1	5.9%
> 3 veces al año	14	82.4%

¿Tienes experiencia como DOCENTE en COMUNICACIÓN?



Sí	14	93.3%
No	1	6.7%

¿Cuántos años hace que eres DOCENTE en COMUNICACIÓN?

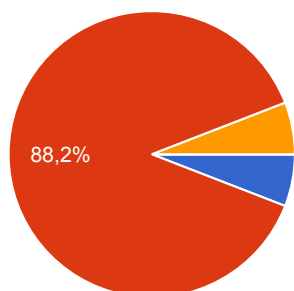


1 año	0	0%
< 5	2	12.5%
6 - 10	2	12.5%
10 - 15	1	6.3%
15 - 20	3	18.8%
>20	8	50%

“ POTENCIA FORMATIVA de las HERRAMIENTAS DOCENTES

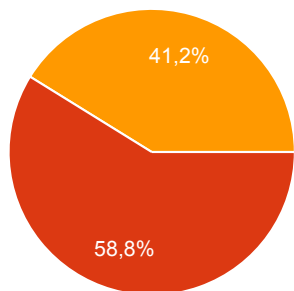
1. Clase teórica de comunicación (ej: dar malas noticias)

1.1 POTENCIA formativa



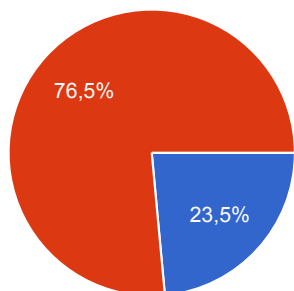
Nada	1	5.9%
Poco	15	88.2%
Bastante	1	5.9%
Mucho	0	0%

1.2 MEJORA el CONOCIMIENTO en la comunicación



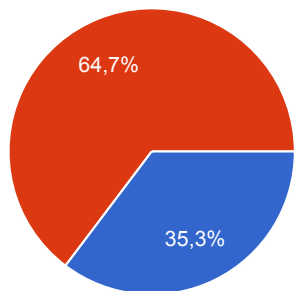
Nada	0	0%
Poco	10	58.8%
Bastante	7	41.2%
Mucho	0	0%

1.3 MEJORA la HABILIDAD en comunicación



Nada	4	23.5%
Poco	13	76.5%
Bastante	0	0%
Mucho	0	0%

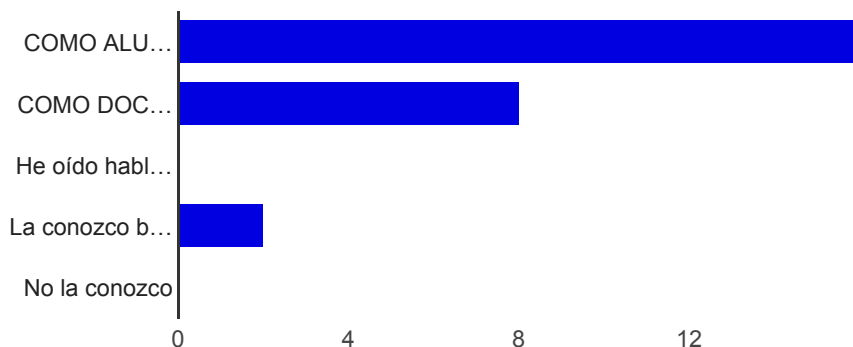
1.4 MEJORA la PRÁCTICA REAL en consulta



Nada	6	35.3%
Poco	11	64.7%
Bastante	0	0%

Mucho **0** 0%

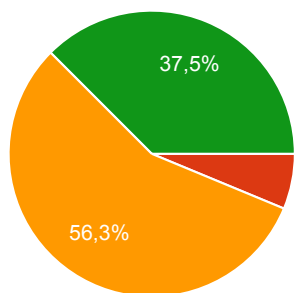
1.5 ¿A qué nivel has tenido CONTACTO PERSONAL con esta herramienta docente?



COMO ALUMNO	16	94.1%
COMO DOCENTE: Lo he utilizado con mis alumnos	8	47.1%
He oído hablar de ella	0	0%
La conozco bien por artículos	2	11.8%
No la conozco	0	0%

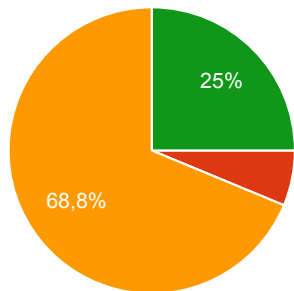
2. Taller interactivo presencial

2.1 POTENCIA formativa



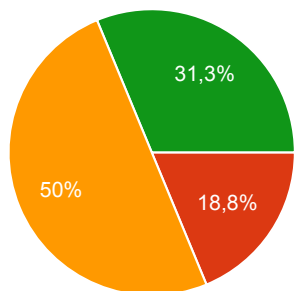
Nada	0	0%
Poco	1	5.9%
Bastante	9	52.9%
Mucho	6	35.3%

2.2 MEJORA el CONOCIMIENTO de la comunicación



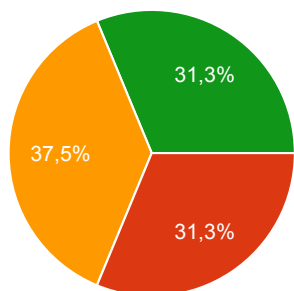
Bastante	11	64,7%
Mucho	4	23,5%

2.3 MEJORA la HABILIDAD en comunicación



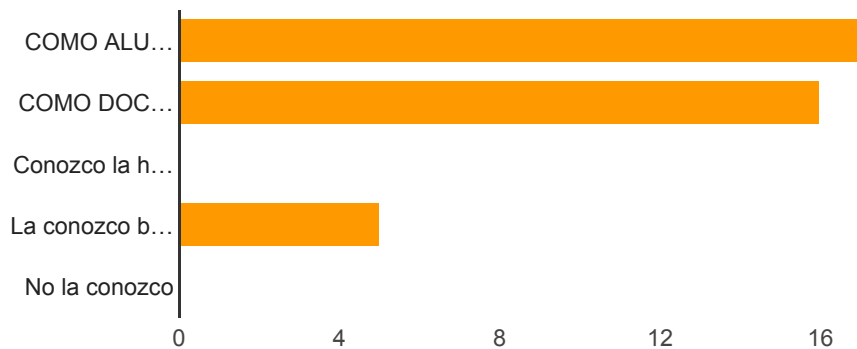
Nada	0	0%
Poco	3	18,8%
Bastante	8	50%
Mucho	5	31,3%

2.4 MEJORA la PRÁCTICA REAL en consulta



Nada	0	0%
Poco	5	31,3%
Bastante	6	37,5%
Mucho	5	31,3%

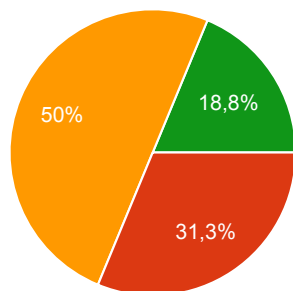
2.5 ¿A qué nivel has tenido CONTACTO PERSONAL con esta herramienta docente nº 2?



COMO ALUMNO: Personalmente he participado (como alumno)	17	100%
COMO DOCENTE: Lo he utilizado con mis alumnos	16	94.1%
Conozco la herramienta de oídas	0	0%
La conozco bien por artículos	5	29.4%
No la conozco	0	0%

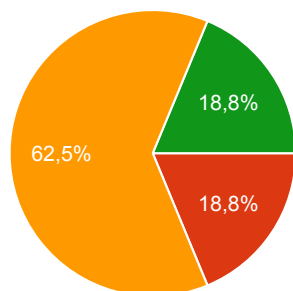
3. Taller interactivo on line

3.1 POTENCIA formativa



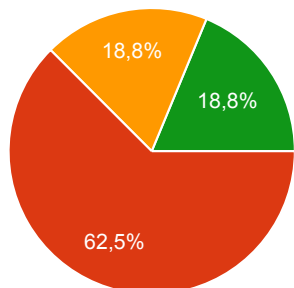
Nada	0	0%
Poco	5	31.3%
Bastante	8	50%
Mucho	3	18.8%

3.2 MEJORA el CONOCIMIENTO de la comunicación



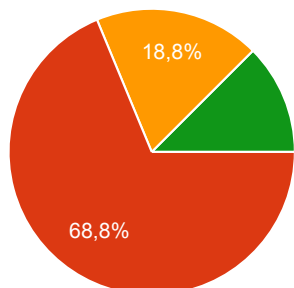
Nada	0	0%
Poco	3	18.8%
Bastante	10	62.5%
Mucho	3	18.8%

3.3 MEJORA la HABILIDAD en comunicación



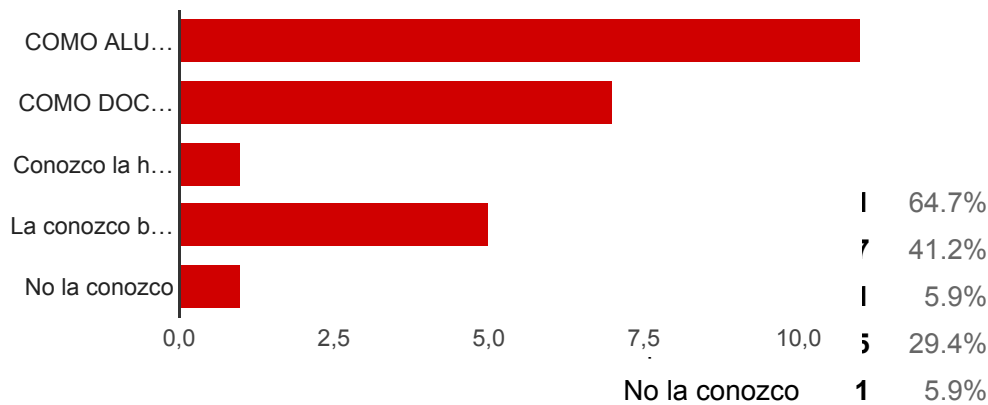
Nada	0	0%
Poco	10	62.5%
Bastante	3	18.8%
Mucho	3	18.8%

3.4 MEJORA la PRÁCTICA REAL en consulta



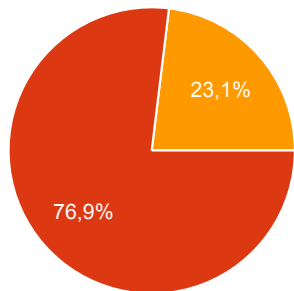
Nada	0	0%
Poco	11	68.8%
Bastante	3	18.8%
Mucho	2	12.5%

3.5 ¿A qué nivel has tenido CONTACTO PERSONAL con esta herramienta docente?



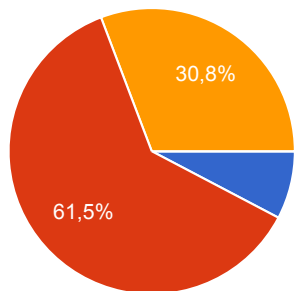
4. Mensajes por correo electrónico con MICROPÍLDORAS FORMATIVAS (periódicamente)

4.1 POTENCIA formativa



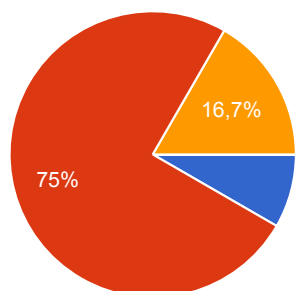
Nada	0	0%
Poco	10	76.9%
Bastante	3	23.1%
Mucho	0	0%

4.2 MEJORA el CONOCIMIENTO de la comunicación



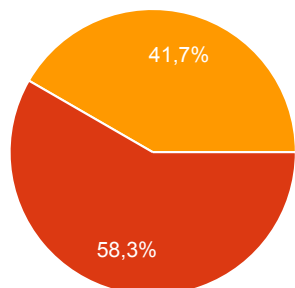
Nada	1	7.7%
Poco	8	61.5%
Bastante	4	30.8%
Mucho	0	0%

4.3 MEJORA la HABILIDAD en comunicación



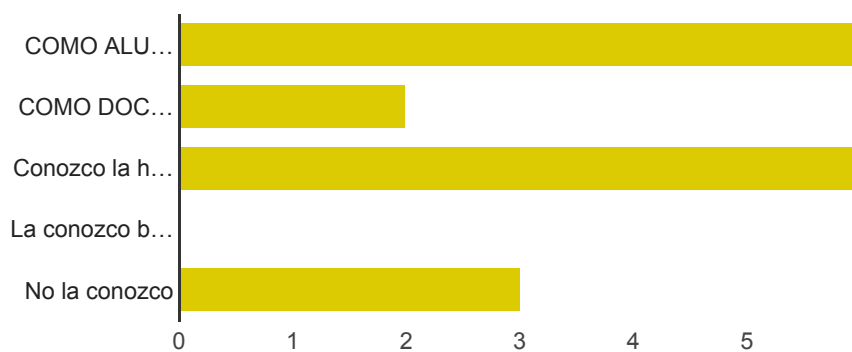
Nada	1	8.3%
Poco	9	75%
Bastante	2	16.7%
Mucho	0	0%

4.4 MEJORA la PRÁCTICA REAL en consulta



Nada	0	0%
Poco	7	58.3%
Bastante	5	41.7%
Mucho	0	0%

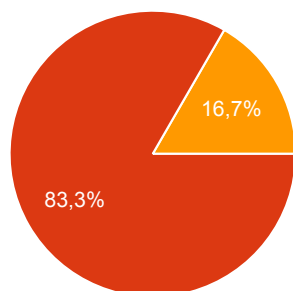
4.5 ¿A qué nivel has tenido CONTACTO PERSONAL con esta herramienta docente?



COMO ALUMNO: Personalmente he participado (como alumno)	6	42.9%
COMO DOCENTE: Lo he utilizado con mis alumnos	2	14.3%
Conozco la herramienta de oídas	6	42.9%
La conozco bien por artículos	0	0%
No la conozco	3	21.4%

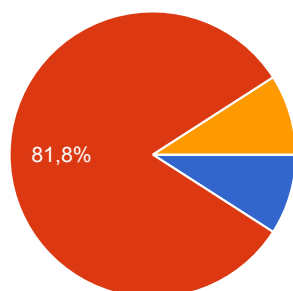
5. Mensajes escritos por teléfono (sms) con MICROPÍLDORAS FORMATIVAS (periódicamente)

5.1 POTENCIA formativa



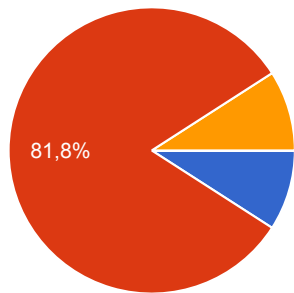
Nada	0	0%
Poco	10	83.3%
Bastante	2	16.7%
Mucho	0	0%

5.2 MEJORA el CONOCIMIENTO de la comunicación



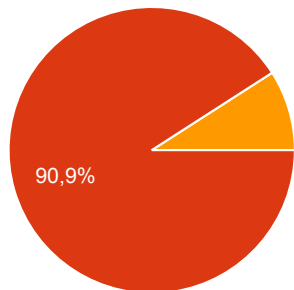
Nada	1	9.1%
Poco	9	81.8%
Bastante	1	9.1%
Mucho	0	0%

5.3 MEJORA la HABILIDAD en comunicación



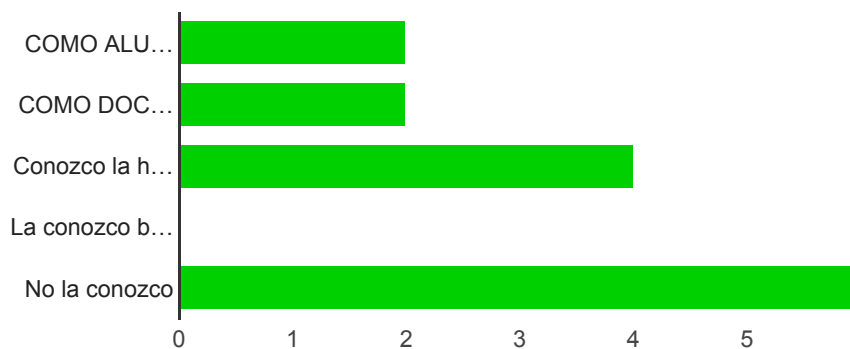
Nada	1	9.1%
Poco	9	81.8%
Bastante	1	9.1%
Mucho	0	0%

5.4 MEJORA la PRÁCTICA REAL en consulta



Nada	0	0%
Poco	10	90.9%
Bastante	1	9.1%
Mucho	0	0%

5.5 ¿A qué nivel has tenido CONTACTO PERSONAL con esta herramienta docente?

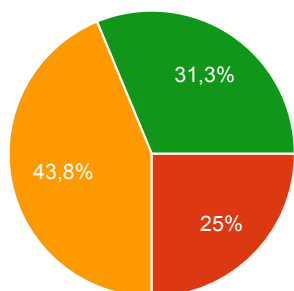


COMO ALUMNO: Personalmente he participado (como alumno)	2	14.3%
COMO DOCENTE: Lo he utilizado con mis alumnos	2	14.3%
Conozco la herramienta de oídas	4	28.6%

La conozco bien por artículos **0** 0%No la conozco **6** 42.9%

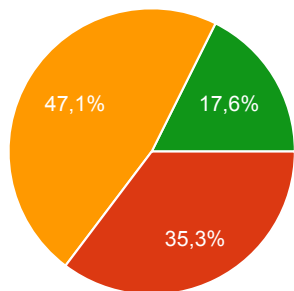
6. Videograbar mi consulta y verla individualmente (yo mismo)

6.1 POTENCIA formativa



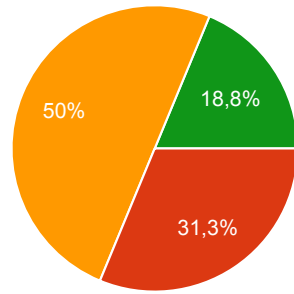
Nada	0	0%
Poco	4	23.5%
Bastante	7	41.2%
Mucho	5	29.4%

6.2 MEJORA el CONOCIMIENTO de la comunicación



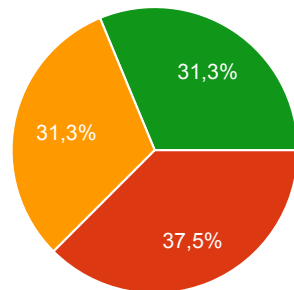
Nada	0	0%
Poco	6	35.3%
Bastante	8	47.1%
Mucho	3	17.6%

6.3 MEJORA la HABILIDAD en comunicación



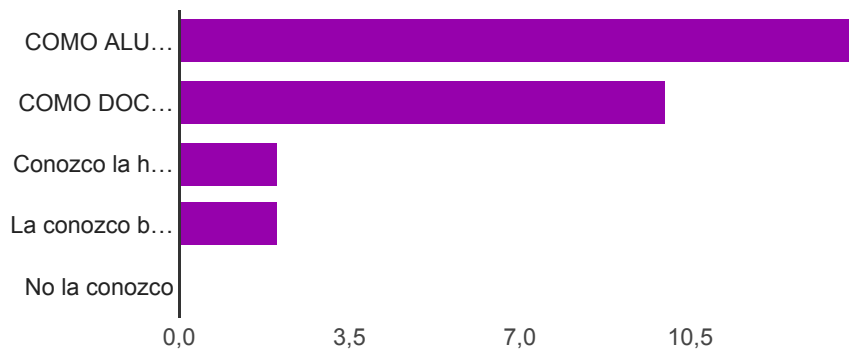
Mucho **3** 17.6%

6.4 MEJORA la PRÁCTICA REAL en consulta



Nada **0** 0%
 Poco **6** 35.3%
 Bastante **5** 29.4%
 Mucho **5** 29.4%

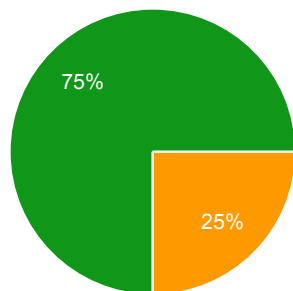
6.5 ¿A qué nivel has tenido CONTACTO PERSONAL con esta herramienta docente?



COMO ALUMNO: Personalmente he participado (como alumno) **14** 82.4%
 COMO DOCENTE: Lo he utilizado con mis alumnos **10** 58.8%
 Conozco la herramienta de oídas **2** 11.8%
 La conozco bien por artículos **2** 11.8%
 No la conozco **0** 0%

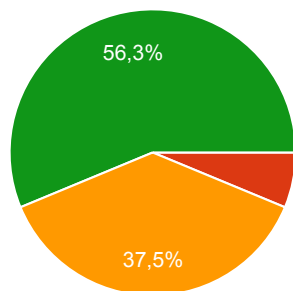
7. Participar en PBI con una grabación de MI PROPIA CONSULTA

7.1 POTENCIA formativa



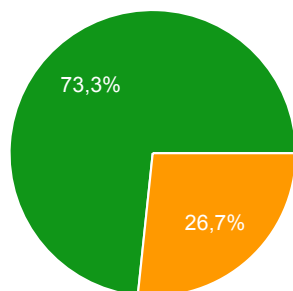
Nada	0	0%
Poco	0	0%
Bastante	4	25%
Mucho	12	75%

7.2 MEJORA el CONOCIMIENTO de la comunicación



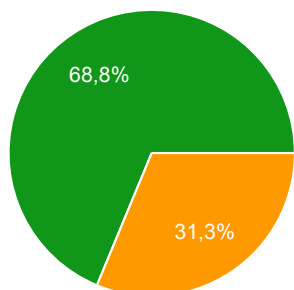
Nada	0	0%
Poco	1	5.9%
Bastante	6	35.3%
Mucho	9	52.9%

7.3 MEJORA la HABILIDAD en comunicación



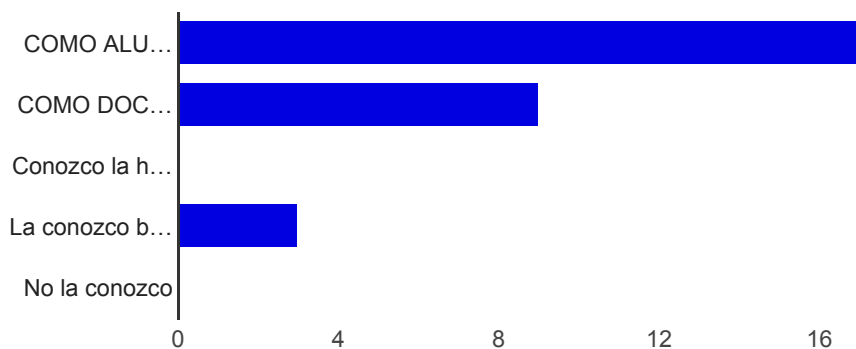
Nada	0	0%
Poco	0	0%
Bastante	4	26.7%
Mucho	11	73.3%

7.4 MEJORA la PRÁCTICA REAL en consulta



Nada	0	0%
Poco	0	0%
Bastante	5	31.3%
Mucho	11	68.8%

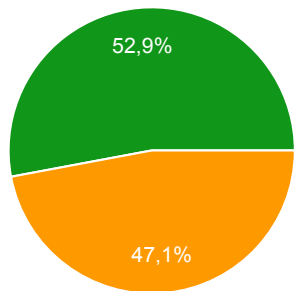
7.5 ¿A qué nivel has tenido CONTACTO PERSONAL con esta herramienta docente?



COMO ALUMNO: Personalmente he participado (como alumno)	17	100%
COMO DOCENTE: Lo he utilizado con mis alumnos	9	52.9%
Conozco la herramienta de oídas	0	0%
La conozco bien por artículos	3	17.6%
No la conozco	0	0%

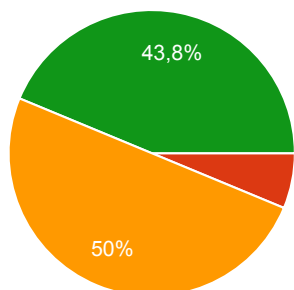
8. Participar en PBI con la grabación de un compañero

8.1 POTENCIA formativa



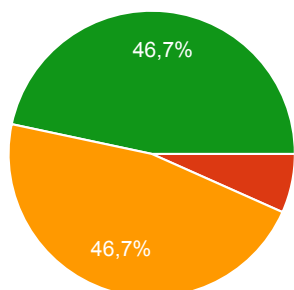
Nada	0	0%
Poco	0	0%
Bastante	8	47.1%
Mucho	9	52.9%

8.2 MEJORA el CONOCIMIENTO de la comunicación



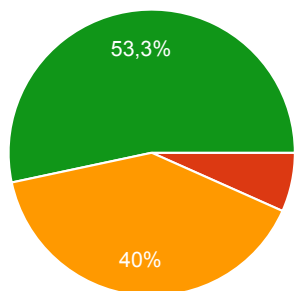
Nada	0	0%
Poco	1	5.9%
Bastante	8	47.1%
Mucho	7	41.2%

8.3 MEJORA la HABILIDAD en comunicación



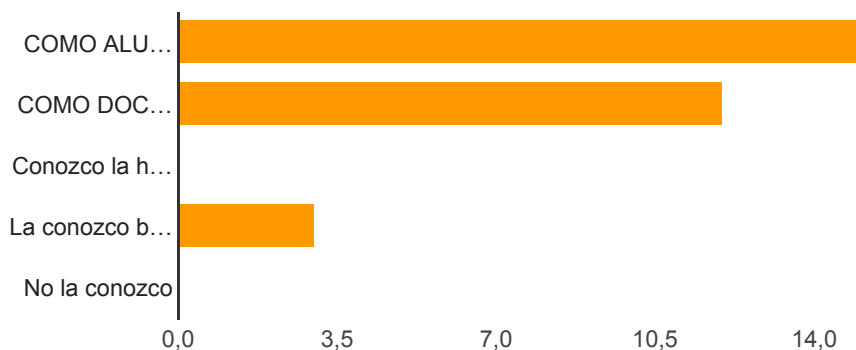
Nada	0	0%
Poco	1	6.3%
Bastante	7	43.8%
Mucho	7	43.8%

8.4 Esta herramienta MEJORA la PRÁCTICA REAL en consulta



Nada	0	0%
Poco	1	6.3%
Bastante	6	37.5%
Mucho	8	50%

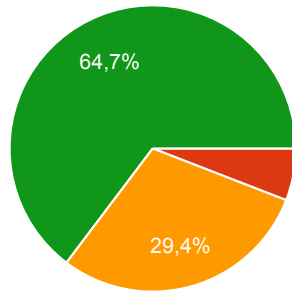
8.5 ¿A qué nivel has tenido CONTACTO PERSONAL con esta herramienta docente?



COMO ALUMNO: Personalmente he participado (como alumno)	15	93.8%
COMO DOCENTE: Lo he utilizado con mis alumnos	12	75%
Conozco la herramienta de oídas	0	0%
La conozco bien por artículos	3	18.8%
No la conozco	0	0%

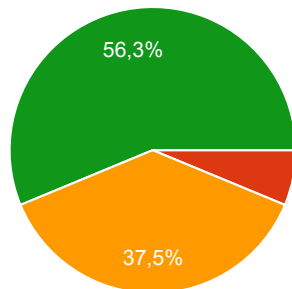
9. Recibir el feed back de un experto en relación a mi vídeograbación

9.1 POTENCIA formativa



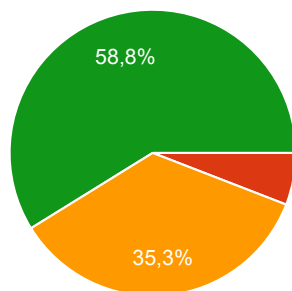
Bastante	5	29.4%
Mucho	11	64.7%

9.2 Esta herramienta MEJORA el CONOCIMIENTO de la comunicación



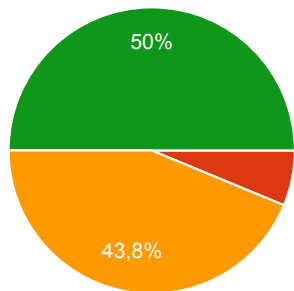
Nada	0	0%
Poco	1	5.9%
Bastante	6	35.3%
Mucho	9	52.9%

9.3 Esta herramienta MEJORA la HABILIDAD en comunicación



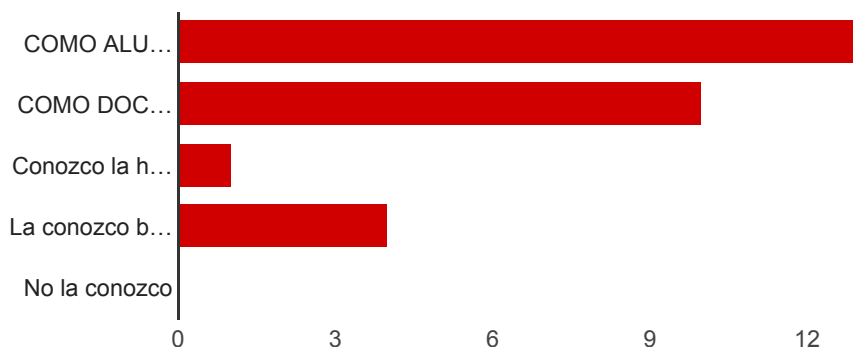
Nada	0	0%
Poco	1	5.9%
Bastante	6	35.3%
Mucho	10	58.8%

9.4 Esta herramienta MEJORA la PRÁCTICA REAL en consulta



Nada	0	0%
Poco	1	6.3%
Bastante	7	43.8%
Mucho	8	50%

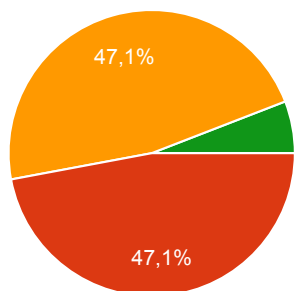
9.5 ¿A qué nivel has tenido CONTACTO PERSONAL con esta herramienta docente?



COMO ALUMNO: Personalmente he participado (como alumno)	13	76.5%
COMO DOCENTE: Lo he utilizado con mis alumnos	10	58.8%
Conozco la herramienta de oídas	1	5.9%
La conozco bien por artículos	4	23.5%
No la conozco	0	0%

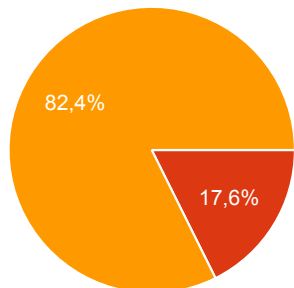
10. Leer un artículo sobre algún tema relacionado con la comunicación

10.1 POTENCIA formativa



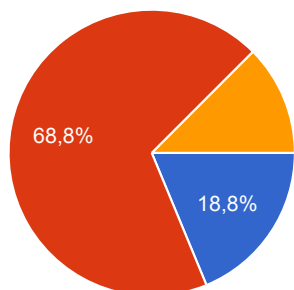
Nada	0	0%
Poco	8	47.1%
Bastante	8	47.1%
Mucho	1	5.9%

10.2 Esta herramienta MEJORA el CONOCIMIENTO de la comunicación



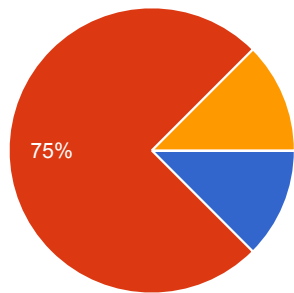
Nada	0	0%
Poco	3	17.6%
Bastante	14	82.4%
Mucho	0	0%

10.3 Esta herramienta MEJORA la HABILIDAD en comunicación

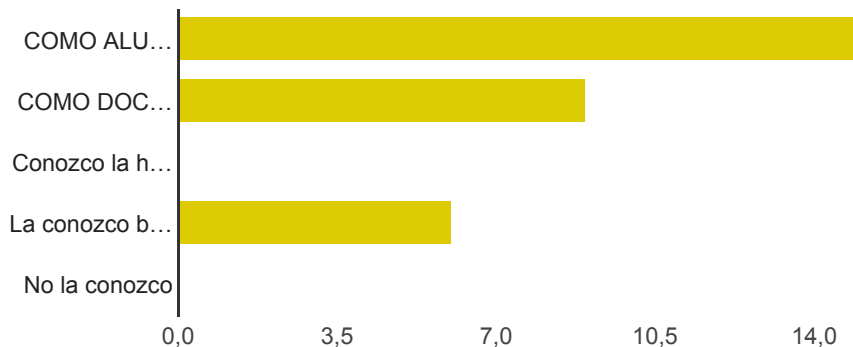


Nada	3	18.8%
Poco	11	68.8%
Bastante	2	12.5%
Mucho	0	0%

10.4 Esta herramienta MEJORA la PRÁCTICA REAL en consulta



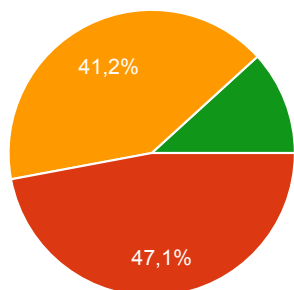
10.5 ¿A qué nivel has tenido CONTACTO PERSONAL con esta herramienta docente?



COMO ALUMNO: Personalmente he participado (como alumno)	15	88.2%
COMO DOCENTE: Lo he utilizado con mis alumnos	9	52.9%
Conozco la herramienta de oídas	0	0%
La conozco bien por artículos	6	35.3%
No la conozco	0	0%

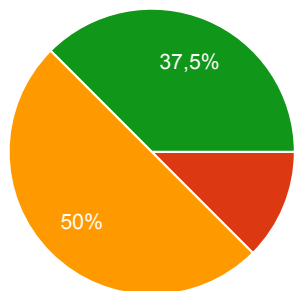
11. Leer un libro sobre entrevista clínica

11.1 POTENCIA formativa



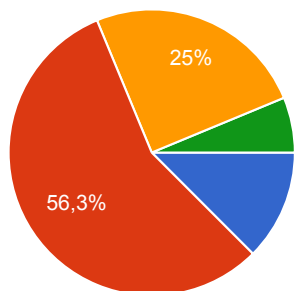
Nada	0	0%
Poco	8	47.1%
Bastante	7	41.2%
Mucho	2	11.8%

11.2 Esta herramienta MEJORA el CONOCIMIENTO de la comunicación



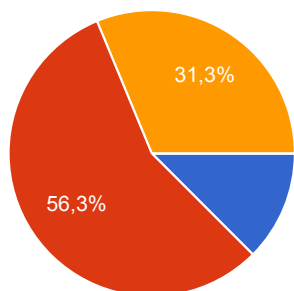
Nada	0	0%
Poco	2	11.8%
Bastante	8	47.1%
Mucho	6	35.3%

11.3 Esta herramienta MEJORA la HABILIDAD en comunicación



Nada	2	12.5%
Poco	9	56.3%
Bastante	4	25%
Mucho	1	6.3%

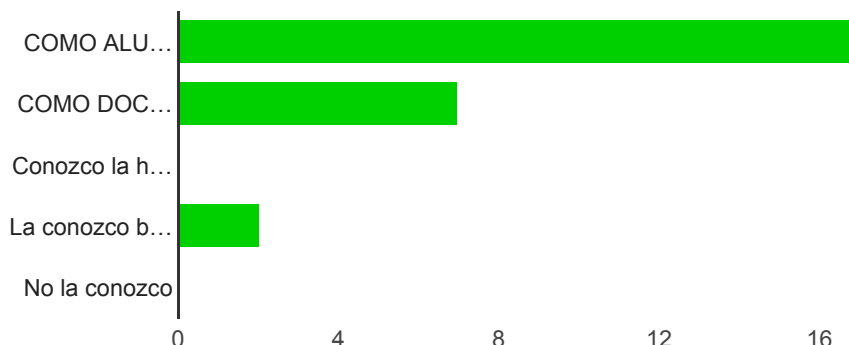
11.4 Esta herramienta MEJORA la PRÁCTICA REAL en consulta



Nada	2	12.5%
Poco	9	56.3%

Bastante **5** 31.3%
 Mucho **0** 0%

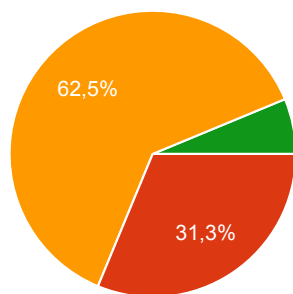
11.5 ¿A qué nivel has tenido CONTACTO PERSONAL con esta herramienta docente?



COMO ALUMNO: Personalmente he participado (como alumno) **17** 100%
 COMO DOCENTE: Lo he utilizado con mis alumnos **7** 41.2%
 Conozco la herramienta de oídas **0** 0%
 La conozco bien por artículos **2** 11.8%
 No la conozco **0** 0%

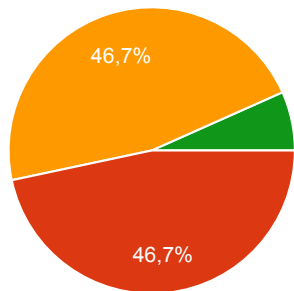
12. Comentario escrito sobre caso clínico relacionado con la comunicación

12.1 POTENCIA formativa



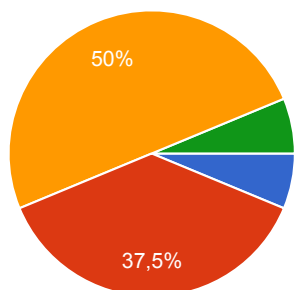
Nada **0** 0%
 Poco **5** 31.3%
 Bastante **10** 62.5%
 Mucho **1** 6.3%

12.2 Esta herramienta MEJORA el CONOCIMIENTO de la comunicación



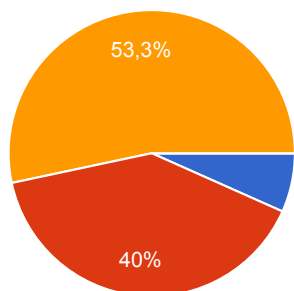
Nada	0	0%
Poco	7	46.7%
Bastante	7	46.7%
Mucho	1	6.7%

12.3 Esta herramienta MEJORA la HABILIDAD en comunicación



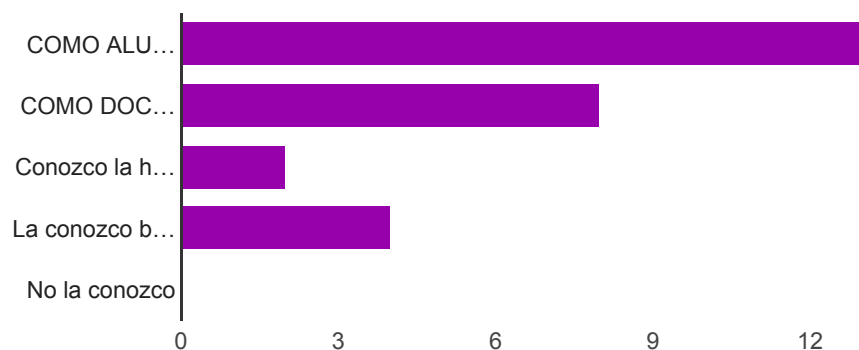
Nada	1	6.3%
Poco	6	37.5%
Bastante	8	50%
Mucho	1	6.3%

12.4 Esta herramienta MEJORA la PRÁCTICA REAL en consulta



Nada	1	6.7%
Poco	6	40%
Bastante	8	53.3%
Mucho	0	0%

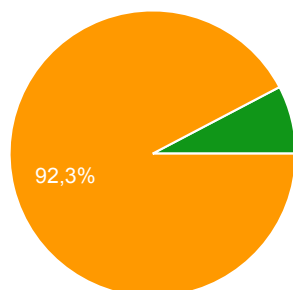
12.5 ¿A qué nivel has tenido CONTACTO PERSONAL con esta herramienta docente?



COMO ALUMNO: Personalmente he participado (como alumno)	13	81.3%
COMO DOCENTE: Lo he utilizado con mis alumnos	8	50%
Conozco la herramienta de oídas	2	12.5%
La conozco bien por artículos	4	25%
No la conozco	0	0%

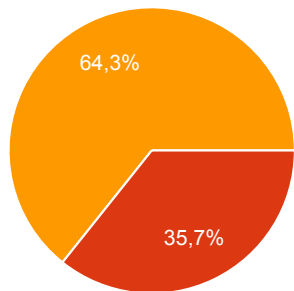
13. Informe de autorreflexión

13.1 POTENCIA formativa

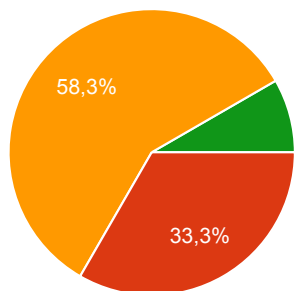


Nada	0	0%
Poco	0	0%
Bastante	12	85.7%
Mucho	1	7.1%

13.2 Esta herramienta MEJORA el CONOCIMIENTO de la comunicación

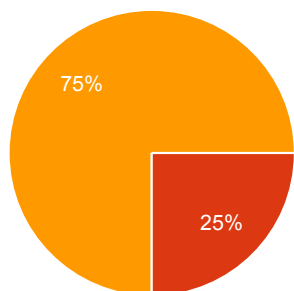


13.3 Esta herramienta MEJORA la HABILIDAD en comunicación



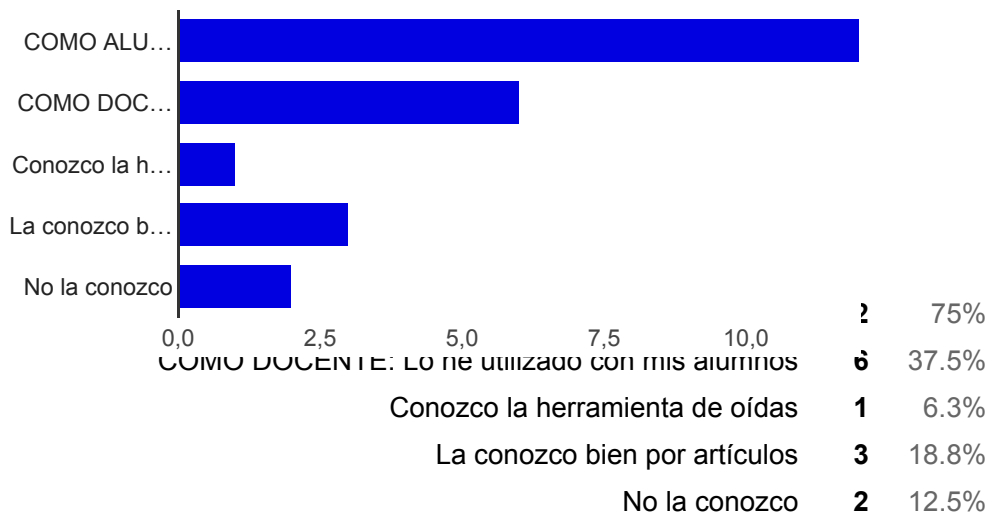
Nada	0	0%
Poco	4	30.8%
Bastante	7	53.8%
Mucho	1	7.7%

13.4 Esta herramienta MEJORA la PRÁCTICA REAL en CONSULTA



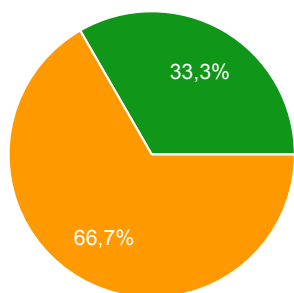
Nada	0	0%
poco	3	23.1%
Bastante	9	69.2%
Mucho	0	0%

13.5 ¿A qué nivel has tenido CONTACTO PERSONAL con esta herramienta docente?



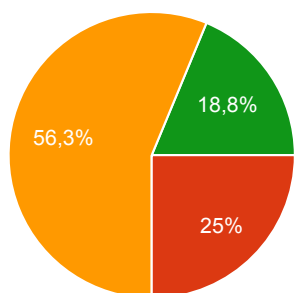
14. Incidente crítico

14.1 POTENCIA formativa



Nada	0	0%
Poco	0	0%
Bastante	10	62.5%
Mucho	5	31.3%

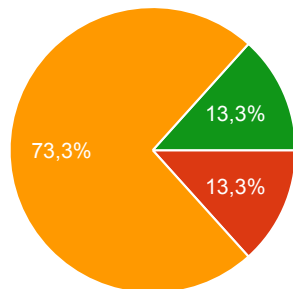
14.2 Esta herramienta MEJORA el CONOCIMIENTO de la comunicación



Nada	0	0%
Poco	4	25%

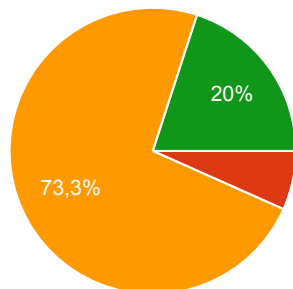
Bastante	9	56.3%
Mucho	3	18.8%

14.3 Esta herramienta MEJORA la HABILIDAD en comunicación



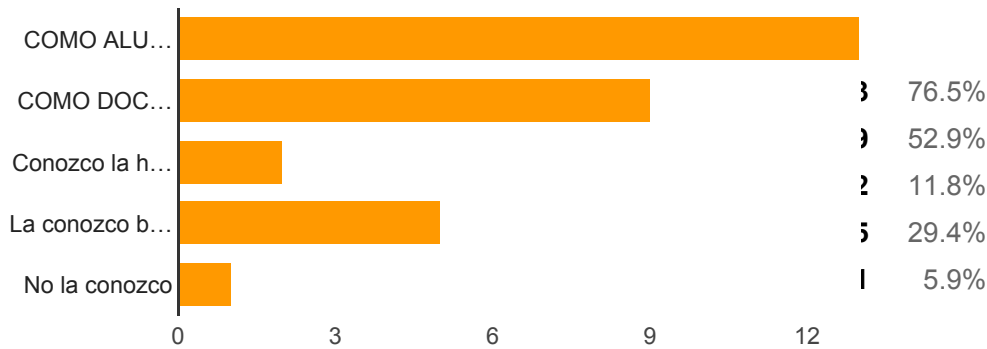
Nada	0	0%
Poco	2	12.5%
Bastante	11	68.8%
Mucho	2	12.5%

14.4 Esta herramienta MEJORA la PRÁCTICA REAL en consulta



Nada	0	0%
Poco	1	6.3%
Bastante	11	68.8%
Mucho	3	18.8%

14.5 ¿A qué nivel has tenido CONTACTO PERSONAL con esta herramienta docente?



“ AÑADE CUALQUIER COMENTARIO que CONSIDERES OPORTUNO ”

Escribe libremente

No me atrevo a valorar el apartado de mejora de habilidades o de práctica real: a ¿quien va dirigido? ¿en general? o a mi misma? Mi impresión es que hay algunas prácticas docentes que mejoran esas habilidades pero por si mismas no son valorables. Ejemplo: en un taller, un ejercicio con vídeo puede resultar en una mejora de habilidades para gran número de asistentes...o no ser en absoluto útil. Creo más en la conjunción de factores: tipo de ejercicio adaptado al alumno, a circunstancias (grupo proactivo vs grupo "rebotado"; docente que se adapte al ritmo y características del grupo más que la potencia o utilidad de un ejercicio en si mismo. Con respecto a mejora de habilidades en la vida real: ni idea; me da la impresión de que cualquier herramienta docente es válida en tanto que consiga hacer "click" en la forma de abordar una cuestión. Creo que eso se consigue cuando un caso propio se comenta o se visualiza con otros o cuando el ejemplo en si "engancha". Con respecto a este test, echo de menos una 5ª opción intermedia de respuesta. Soy gallega, necesito la opción " ni fu ni fa" . Y también especificar en las preguntas si la mejora es con respecto a tus propias habilidades o lo observado en alumnos o incluso comprobado con cuestionarios.

Gracias

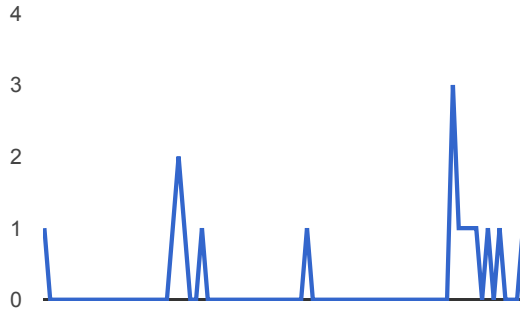
Hola. No sabía de este estudio. He respondido lo más sinceramente que he podido y sólo quisiera comentar que considero difícil comparar dos valoraciones de bastante o mucho u otra cualquiera entre personas distintas, y no sé qué valor pueda llegar a tener. Gracias

todas las actividades que implican una reflexión sobre la practica diaria son una herramienta importante de aprendizaje pero aquesllas en las que tenemos un feedback y ejemplos son mucho más potentes.

Para que las herramientas docentes sean efectivas deben ir ligadas a emociones. Transmitir entusiasmo por la materia y conseguir que los discentes se emocionen y "sientan" la necesidad de saber más sobre el tema debería estar en el centro de cualquier herramienta docente.

¡GRACIAS! No te olvides de clicar "enviar / submit" (más abajo)

Número de respuestas diarias



ANEXO 9 Encuesta final

ANEXO 9.1 Preguntas encuesta final Grupo Experimental

ENCUESTA POSINTERVENCIÓN. GRUPO EXPERIMENTAL

Querido investigador

Estamos acabando ya el proyecto y te pedimos un último esfuerzo que nos ayude a valorar el impacto subjetivo que ha tenido para ti todas las actividades formativas realizadas. Te llevará solo 15 min.

Aunque no son anónimas, todos los datos se tratarán de forma no personalizada y confidencial.

Muchas gracias

***Obligatorio**

Fecha de la entrevista *

Nombre del investigador/a *

Ciudad investigador/a *

A.- Aspectos sobre el desarrollo del proyecto (logística)

¿Cuántos pacientes has incluido en el estudio? *

¿Habías recibido alguna formación en entrevista motivacional (EM) previa al estudio? *

Nos referimos a actividades formativas organizadas al margen del estudio. Especificar cual, horas lectivas, nivel (básico, avanzado,...)

¿Cuál?

Formación previa en EM

Señala las actividades que te han llegado a tu domicilio o trabajo para su realización o uso *

- PBIs del proyecto
- Micropíldoras
- Incidente Críticos
- Artículos
- Imán
- EVEM formativo
- Tarea de autoevaluación de una entrevista real
- Libro de Entrevista Motivacional Miller
- Caso ICTUS: Detectando momentos claves
- Plataforma moodle
- Listado de vídeos tuyos para autoevaluación
- Otro:

¿Qué piensas sobre los contactos desde el equipo de coordinación/formativo? *

¿Qué piensas sobre la periodicidad de los contactos desde el equipo de coordinación? *

¿Por qué?

¿Has podido preguntar con facilidad cualquier aspecto al equipo organizador? *

B. Aspectos relacionados con las Herramientas docentes

¿Qué actividades has realizado? *

- Presentación estudio Dislip-EM – Guía de práctica clínica en dislipemia
- Pacientes estandarizados pretaller
- Taller 16 h de Motivacional
- Pacientes estandarizados posttaller
- Feed-back personalizado después del paciente estandarizado
- Asistencia al PBI primero del proyecto
- Asistencia al PBI segundo del proyecto
- Asistencia al PBI tercera del proyecto
- Asistencia a otros PBI del GCYS o SL
- Leer y reflexionar sobre Micropildoras
- Artículo resumen Entrevista Motivacional de Miller y Rollnick
- Artículo "Fumar es un placer: reactancia psicológica" de Cebria y Bosch
- Artículo sobre Entrevista Motivacional Libro Guía de Actuación de Bosch
- Libro de Entrevista Motivacional de Miller
- Uso del Imán
- Reflexión sobre el EVEM formativo
- Caso ICTUS: Detectando momentos claves
- Incidente crítico
- Autoevaluación de entrevistas propias reales
- Plataforma moodle
- Otro:

Si respondiste que sí a lectura del libro de Entrevista Motivacional de Miller dínos cuanto has leído

¿Te parece útil la presentación del estudio Dislip-EM - Guía de práctica clínica en dislipemia? *

¿Algún comentario sobre la utilidad de esta herramienta docente?

¿Te parece útil los pacientes estandarizados? *

¿Algún comentario sobre la utilidad de esta herramienta docente?

¿Te parece útil el Taller de 16 horas de EM? *

¿Algún comentario sobre la utilidad de esta herramienta docente?

¿Te parece útil el feed-back personalizado tras el paciente estandarizado post-taller? *

¿Algún comentario sobre la utilidad de esta herramienta docente?

¿Te parece útil el PBI (análisis grupal de vídeo)? *

¿Algún comentario sobre la utilidad de esta herramienta docente?

¿Te parecen útil las micropíldoras? *

¿Algún comentario sobre la utilidad de esta herramienta docente?

¿Te parecen útil los artículos? *

¿Algún comentario sobre la utilidad de esta herramienta docente?

¿Te parece útil el libro de Miller? *

¿Algún comentario sobre la utilidad de esta herramienta docente?

¿Te parece útil el imán? *

¿Algún comentario sobre la utilidad de esta herramienta docente?

¿Te parece útil el EVEM formativo? *

¿Algún comentario sobre la utilidad de esta herramienta docente?

¿Te parece útil el caso ICTUS detectando momentos claves? *

¿Algún comentario sobre la utilidad de esta herramienta docente?

¿Te parece útil el incidente crítico? *

¿Algún comentario sobre la utilidad de esta herramienta docente?

¿Te parece útil la autoevaluación de entrevistas reales propias? *

¿Algún comentario sobre la utilidad de esta herramienta docente?

¿Te parece útil la plataforma moodle? *

¿Algún comentario sobre la utilidad de esta herramienta docente?

C.- Valoración global de impacto

¿Crees que has mejorado tu estilo motivacional? *

Señala del 0 al 10

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nada

Mucho

Señala entre una y tres actividades que más crees te han ayudado o influido en tu perfil motivacional *

- Taller 16 h
- Pacientes estandarizados
- Feed-back personalizado después del paciente estandarizado
- Autoevaluación de entrevistas
- Incidente crítico
- PBI (Análisis grupal de videograbación)
- Micropíldoras
- Libro
- Imán
- EVEM formativo (items de evaluación de entrevista motivacional)
- Artículos y reflexión posterior
- Caso ICTUS: Detectando momentos claves
- Otro:

¿Qué cosas mejorarías del programa formativo? *

¿Crees que el tener acceso a todos tus vídeos te podrá ser útil? *

¿Por qué? *

¿En qué grado consideras que ha mejorado tu relación médico-paciente? *

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nada

Mucho

¿Crees que ha sido útil el proyecto para tu práctica mejorando tus habilidades en EM? *

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nada

Mucho

¿En cuanto valorarías tu esfuerzo en este proyecto de formación EM? *

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

No he trabajado nada

ANEXO 9.2 Preguntas encuesta final Grupo Control

ENCUESTA POSINTERVENCIÓN. GRUPO CONTROL

Querido investigador

Estamos acabando ya el proyecto y te pedimos un último esfuerzo que nos ayude a valorar el impacto subjetivo que ha tenido para ti todas las actividades formativas realizadas. Te llevará solo 15 mn. Aunque no son anónimas, todos los datos se tratarán de forma no personalizada y confidencial.

Muchas gracias

***Obligatorio**

Fecha de la entrevista *

Nombre del investigador/a *

Ciudad investigador/a *

Entrevistadora

A.- Aspectos sobre el desarrollo del proyecto (logística)

¿Cuántos pacientes has incluido en el estudio? *

¿Habías recibido alguna formación en entrevista motivacional (EM) previa al estudio? *

Nos referimos a actividades formativas organizadas al margen del estudio. Especificar cual, horas lectivas, nivel (básico, avanzado,...)

Cual?

Formación previa en EM

¿Qué piensas sobre los contactos desde el equipo de coordinación/formativo? *

¿Qué piensas sobre la perioricidad de los contactos desde el equipo de coordinación/formativo? *

¿Por qué?

¿Has podido preguntar con facilidad cualquier aspecto al equipo organizador/formativo? *

¿Te pareció útil la presentación inicial del estudio Dislip-EM junto con la Guía de práctica clínica en dislipemia?" *

B.- Valoración global de impacto

¿Crees que has mejorado tu estilo motivacional? *

Señala del 0 al 10

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nada Mucho

¿Qué cosas mejorarías del Proyecto? *

En que grado consideras que ha mejorado tu relacion medico paciente *

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nada Mucho

Crees que ha sido útil el proyecto para tu práctica mejorando tus habilidades en EM? *

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nada Mucho

¿Cuál es tu valoración global del proyecto? *

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nada Muy alta

¿Cuál es tu nivel de motivación para mejorar en entrevista motivacional? *

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ninguno Muy alto

¿Te gustaría seguir trabajando en este tema y/o participar en alguna publicación que se extraiga del material recogido? *

En este momento tenemos un gran material de videograbaciones que hemos conseguido entre todos con este proyecto. Queda a la disposición vuestra, ya sea para otras investigaciones (ej: estudio de eficiencia de tiempo en la consulta, miradas, silencios, etc...), o bien para la utilización en docencia. Siempre manteniendo la confidencialidad y las normas de publicación que se establecieron en su día.

¿Harías el taller en entrevista motivacional y/o el programa formativo completo en el próximo trimestre? *

Nunca envíes contraseñas a través de Formularios de Google.

ANEXO 9.3 Resultados encuesta final Grupo Experimental

25 respuestas

[Ver todas las respuestas](#)

[Publicar datos de análisis](#)

Resumen

Fecha de la entrevista

28/05/2014

28.11.2012

27-11-12

12122012

26/11/12

26/12/2012

4/12/2012

12/07/2015

Diciembre 2012

28/11/2012

28-11-2012

26/11/2012

09/07/2015

2013

Nombre del investigador/a

Antonio

Francisco

Antonio Jose

Francisca

Juan Manuel

Pilar

Silvia

neus

Cristina

antonio

Francisco Javier

María José

martinez

maria jesus

Jose Antonio

EMILIO

Francisco

Elías

Sònia

LAURA

Jose Luis

Victoriano

MONTSE

Santiago

susana

Ciudad investigador/a

Córdoba

barcelona

BARCELONA

cordoba

Vigo.

CÓRDOBA

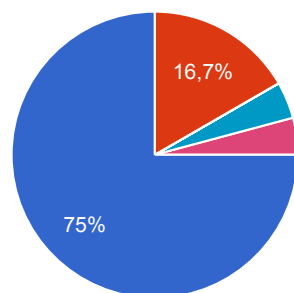
Barcelona

Badajoz

Vigo

vigo

Entrevistadora



Nieves Barragán	18	75%
Julia Bóveda	4	16.7%
Luis Perula	0	0%
Manu Campiñez	0	0%
Jose Maria Bosch	0	0%
Jose Antonio Prados	1	4.2%
Margarita Criado	1	4.2%

A.- Aspectos sobre el desarrollo del proyecto (logística)

¿Cuántos pacientes has incluido en el estudio?

11

0

1

2

3

4

5

6

7

8

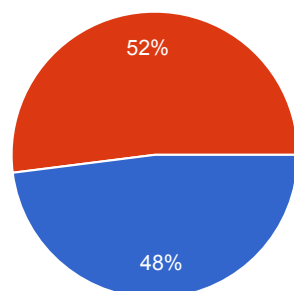
9

no recuerdo

nueve

Seis, uno inacabado.

¿Habías recibido alguna formación en entrevista motivacional (EM) previa al estudio?



Si 12 48%

No 13 52%

¿Cuál?

Recibí formación a través de un taller de EM como investigado de campo en un ensayo previo.

Esporádicamente, en alguna entrevista de PBI, había salido tema motivacional curso entrevista motivacional de 20 horas hace unos 10 años aproximadamente

Nivel básico. Taller corto (creo recordar 2 h) en reunión Grupo Comunicación. Cursos de Entrevista Clínica General del periodo de Residentes (no específicos de EM)

Taller de Entrevista Motivacional (Grupo de Comunicación y Salud)

Dentro del estudio Disilp-EM curso EM

Talleres diversos en congresos, durante la residencia y de entrevista (psicoterpia breve , EMDR

cueso e entrevista motivacional

no

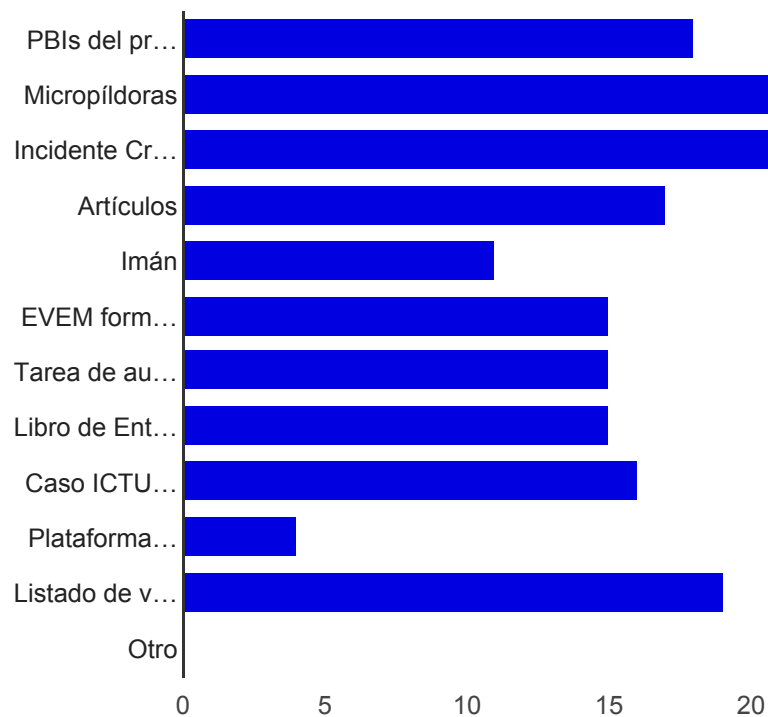
curso de entrevista motivacional Dr Bosch Sesiones de entrevista motivacional UD y

CS He impartido alguna sesion de EM en EASP Granada de tabaco, adolescentes

Cursos durante la residencia de MFyC Curso previo al DISLIP-EM

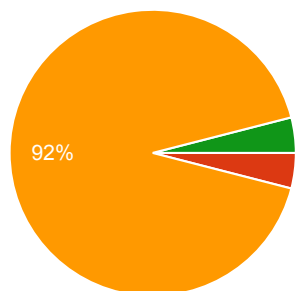
Nivel básico (unas 25 horas)

Señala las actividades que te han llegado a tu domicilio o trabajo para su realización o uso



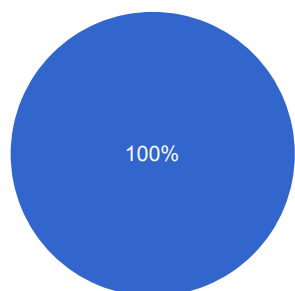
PBIs del proyecto	18	72%
Micropíldoras	24	96%
Incidente Críticos	24	96%
Artículos	17	68%
Imán	11	44%
EVEM formativo	15	60%
Tarea de autoevaluación de una entrevista real	15	60%
Libro de Entrevista Motivacional Miller	15	60%
Caso ICTUS: Detectando momentos claves	16	64%
Plataforma moodle	4	16%
Listado de vídeos tuyos para autoevaluación	19	76%
Otro	0	0%

¿Qué piensas sobre los contactos desde el equipo de coordinación/formativo?



Muy escasos	0	0%
Escasos	1	4%
Adecuados	23	92%
Excesivos	1	4%
Muy excesivos	0	0%

¿Qué piensas sobre la periodicidad de los contactos desde el equipo de coordinación/formativo?



Adecuada	25	100%
Inadecuada	0	0%

¿Por qué?

Creo que nos han dado unos márgenes variables dadas las circunstancias con las que nos hemos ido encontrando a lo largo del estudio

Porque han sido bastantes, al ser un estudio tan largo si no existieran esos contactos sería más fácil olvidarse.

.

Información mensual. Me hacía sentir parte del proyecto y del Equipo, aún en la distancia.

me parece que fueron los necesarios para apoyo del estudio y dudas , sin agobios de reuniones

Consecuentes con la necesidad

Ha sido correcta

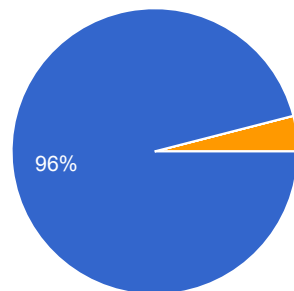
Porque la recepción de las micropíldoras y el resto de los contactos son los suficientes para estar "conectado", sin ser demasiado frecuentes (con el riesgo de desecharlos sin leerlos).

Creo que su frecuencia era la adecuada para mantener una continuidad en el interés de los participantes

Buenos a través de mensajes por el móvil, por correo electrónico y en presencia

Te sirve de guía para poder mejorar en la habilidades y aclarar dudas o dificultades

¿Has podido preguntar con facilidad cualquier aspecto al equipo organizador/formativo?



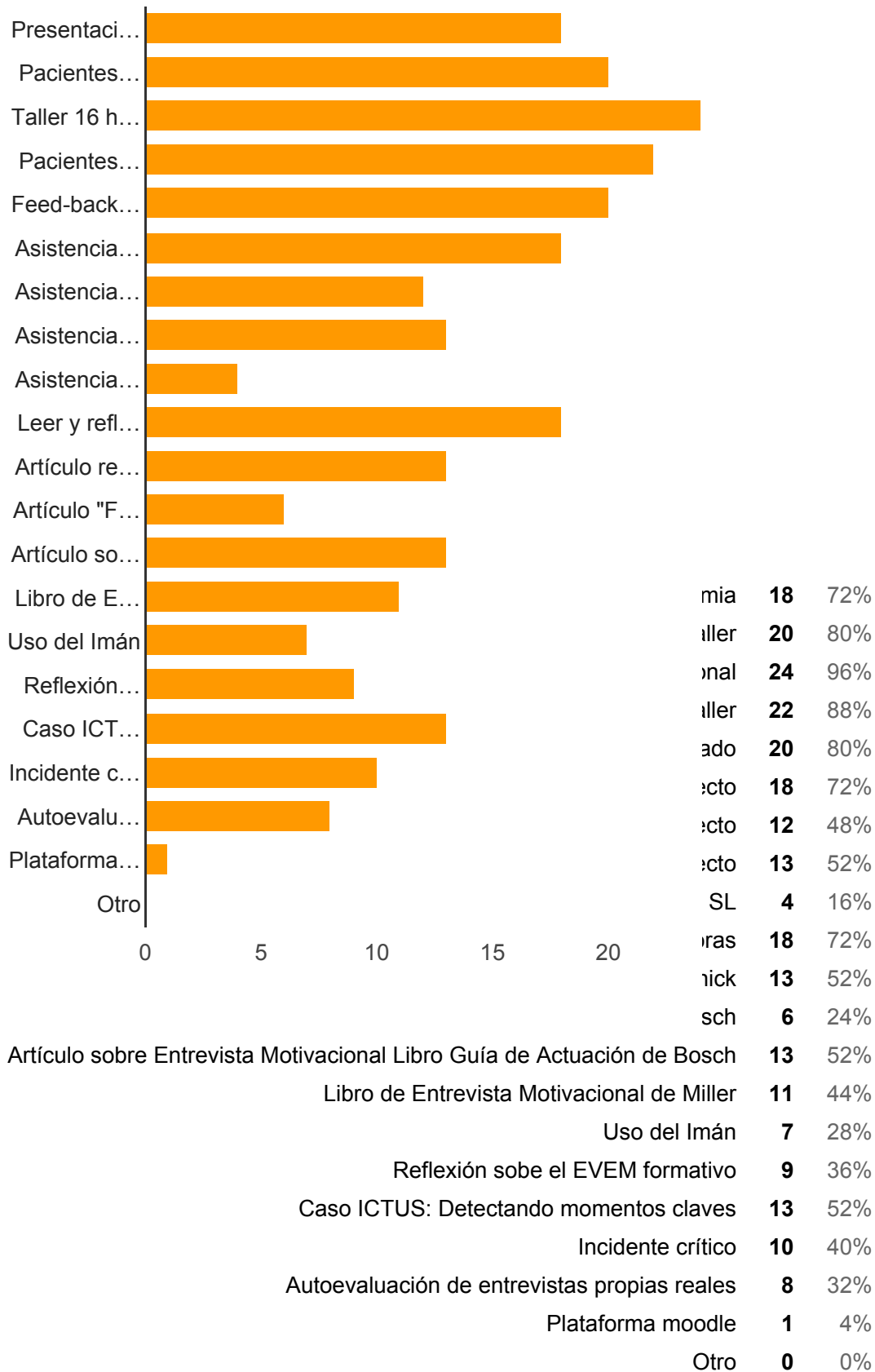
Si **24** 96%

No **0** 0%

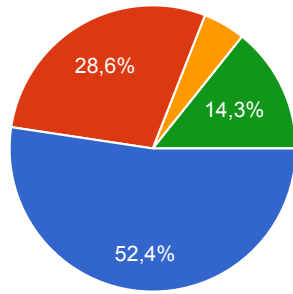
No lo he necesitado **1** 4%

B. Aspectos relacionados con las Herramientas docentes

¿Qué actividades has realizado?

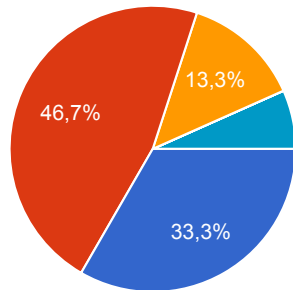


Si respondiste que si a lectura del libro de Entrevista Motivacional de Miller dinos cuanto has leído



Todo	11	52.4%
Algunos capítulos	6	28.6%
Muy poco	1	4.8%
Nada	3	14.3%

¿Te parece útil la presentación del estudio Dislip-EM - Guía de práctica clínica en dislipemia?"



Muy útil	5	20%
Bastante útil	7	28%
Útil	2	8%
Poco útil	0	0%
Nada útil	0	0%
No lo se	1	4%

Algún comentario sobre la utilidad de esta herramienta docente?

SU CONCISIÓN PERMITE REVISIÓN RÁPIDA

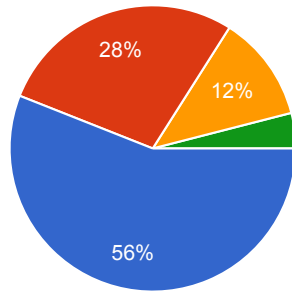
SE DEBERIA DE EXTENDER

mejora mucho la relación medico-paciente

Excelente

la autoevaluacion

¿Te parece útil los pacientes estandarizados?



Poco útil	1	4%
Nada útil	0	0%
No lo se	0	0%

Algún comentario sobre la utilidad de esta herramienta docente?

Me cuesta ponerme en situación y no me siento muy cómoda

PERMITE UN ANALISIS MÁS OBJETIVO DESDE FUERA

Posibilidad de autoanálisis

dificultat al ser paciente blanco sin emociones i con desconocimiento de lo que piensa

ves situaciones que pueden crearse y aprendes de tus docentes

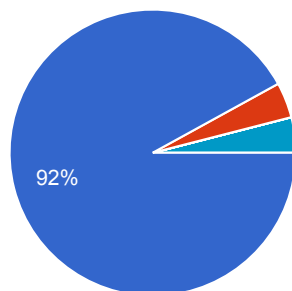
la práctica

Necesaria

ver anterior

Creo que no refleja el desarrollo de una consulta real

¿Te parece útil el Taller de 16 horas de EM?



Muy útil	23	92%
Bastante útil	1	4%
Útil	0	0%
Poco útil	0	0%
Nada útil	0	0%
No lo se	1	4%

Algún comentario sobre la utilidad de esta herramienta docente?

Necesaria. Interesante

Me fué muy útil, casi insustituible para mí

aprendes muchos conceptos

fundamental par empezar

se debería de realizar otra mas

Aprendes muchas herramientas de entrevista motivacional

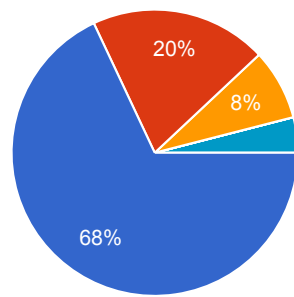
El horario laboral no permite la asistencia a todas las sesiones con lo cual la información recibida no es completa

IMPRESINDIBLE

Necesaria

Teoría imprescindible

¿Te parece útil el feed-back personalizado tras el paciente estandarizado postaller?



Muy útil	17	68%
Bastante útil	5	20%
Útil	2	8%
Poco útil	0	0%
Nada útil	0	0%
No lo se	1	4%

Algún comentario sobre la utilidad de esta herramienta docente?

Ves cuando no haces bien las cosas y porqué

Lo más útil

poder visualizar i aprender de lo que haces en la consulta

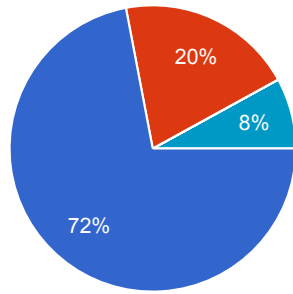
Necesaria

no

Analiza herramientas comunicacionales utilizadas y posibilidad de otras alternativas

PERMITE CONTRASTE DE OPINIONES

¿Te parece útil el PBI (análisis grupal de vídeo)?



Muy útil	18	72%
Bastante útil	5	20%
Útil	0	0%
Poco útil	0	0%
Nada útil	0	0%
No lo se	2	8%

Algún comentario sobre la utilidad de esta herramienta docente?

mejora para adquirir herramientas en motivacional

Lo mejor

me parece lo más útil.

Junto con el taller son las herramientas con las que creo que he aprendido más

Ves cosas que no eres capaz de apreciar cuando visualizas en solitario tus entrevistas. Feed-back de los demás importante. Ver a otro compañero haciendo una técnica que tú no haces te sirve de ejemplo y motivación.

es mas enriquecedor con otros comañeros

enriquece mucho como lo ven los deás

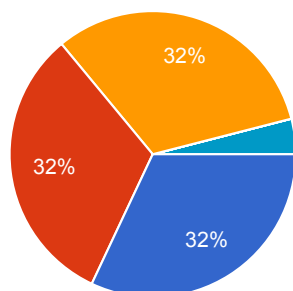
imprescindible

PERMITE CONTRASTE DE OPINIONES

Enriquece el análisis.

se puede mejorar mucho tu consulta

¿Te parecen útil las micropíldoras?



Muy útil	8	32%
Bastante útil	8	32%

Útil	8	32%
Poco útil	0	0%
Nada útil	0	0%
No lo se	1	4%

Algún comentario sobre la utilidad de esta herramienta docente?

SON LLAMADAS DE ATENCIÓN QUE TE HACEN RETOMAR ALGÚN TEMA EN CONCRETO

Incita a la reflexión y posibilidad de poner en práctica.

desconozco

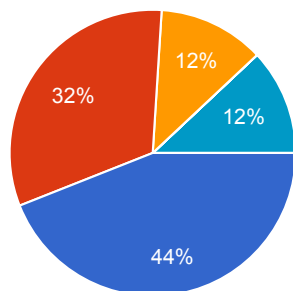
Me han sido útiles para "refrescar el espíritu" de la EM. (¡Y para aumentar mi confort!)

me resulta complicado cuando estas metido en otras tareas

Interesante

son como el puntillazo, que hace saltar la chispa

¿Te parecen útil los artículos?



Muy útil	11	44%
Bastante útil	8	32%
Útil	3	12%
Poco útil	0	0%
Nada útil	0	0%
No lo se	3	12%

Algún comentario sobre la utilidad de esta herramienta docente?

se deberian de dar mas referencias

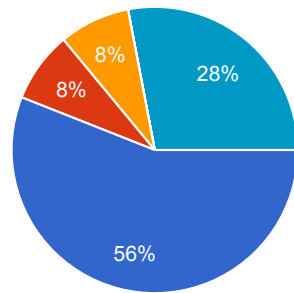
Formativa.

Necesarios

IMPORTANTES PARA VOLVER TENER UNA VISIÓN DE CONJUNTO Y SABER EL ESTADO DEL TEMA

afianza conocimientos

¿Te parece útil el libro de Miller?



Muy útil	14	56%
Bastante útil	2	8%
Útil	2	8%
Poco útil	0	0%
Nada útil	0	0%
No lo se	7	28%

Algún comentario sobre la utilidad de esta herramienta docente?

Formativa

He ido más lento y he leído menos de lo que quisiera

Importantísimo

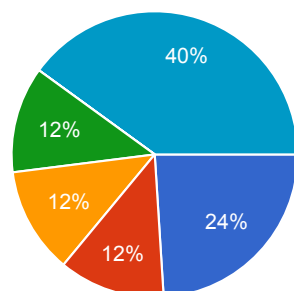
permite establecer las bases de EM

He disfrutado con su lectura y lo tengo como libro de referencia/cabecera

IMPRESINDIBLE

no

¿Te parece útil el imán?



Muy útil	6	24%
Bastante útil	3	12%
Útil	3	12%
Poco útil	3	12%
Nada útil	0	0%
No lo se	10	40%

Algún comentario sobre la utilidad de esta herramienta docente?

buen recordatorio de tecnica de EM

desconozco

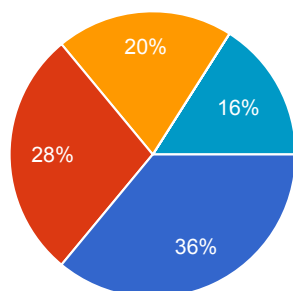
lo pondre en el ordenador de la consulta, acabo de recibirlo

Para estimulo

es sencillo y cómodo

NO PUEDE COMPETIR CON LOS OTROS ESTÍMULOS QUE HAY EN LA CONSULTA

¿Te parece útil el EVEM formativo?



Muy útil	9	36%
Bastante útil	7	28%
Útil	5	20%
Poco útil	0	0%
Nada útil	0	0%
No lo se	4	16%

Algún comentario sobre la utilidad de esta herramienta docente?

Muy útil para revisar mis entrevistas y ayuda para la reflexión sobre mis incidentes críticos

ÚTIL COMO GUÍA PARA LA ENTREVISTA

valida lo que haces

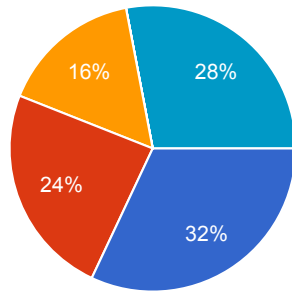
no

Interesante

te ayuda a sistematizar

Conciso. práctico.

¿Te parece útil el caso ICTUS detectando momentos claves?



Bastante útil	6	24%
Útil	4	16%
Poco útil	0	0%
Nada útil	0	0%
No lo se	7	28%

Algún comentario sobre la utilidad de esta herramienta docente?

Entrevistas muy bien elaboradas comunicacionalmente. Facilita la visión de la entrevista motivacional.

Muy interesantes las preguntas , que ayudan a la reflexión

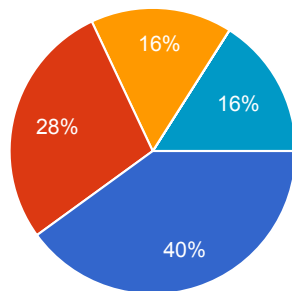
es como cuando haces un examen con libro, te permite ir viendo todos lo pasos y releer y volver sobre lo que fallas

PERMITE REALIZAR ANÁLISIS Y REPASAR

no

Interesante

¿Te parece útil el incidente crítico?



Muy útil	10	40%
Bastante útil	7	28%
Útil	4	16%
Poco útil	0	0%
Nada útil	0	0%
No lo se	4	16%

Algún comentario sobre la utilidad de esta herramienta docente?

Importante

lo hemos utilizado en otros casos con los residentes y es mas inmediato

Si no lo haces inmediatamente después de ocurrir se diluye...

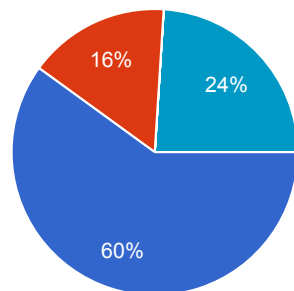
En general la reflexión sobre mis incidentes críticos me ayuda a mejorar aunque escribirlo me supone un esfuerzo (tiempo)

no

reflexionar

pones en practica lo que has aprendido

¿Te parece útil la autoevaluación de entrevistas reales propias?



Muy útil	15	60%
Bastante útil	4	16%
Útil	0	0%
Poco útil	0	0%
Nada útil	0	0%
No lo se	6	24%

Algún comentario sobre la utilidad de esta herramienta docente?

observarte a solas

ves sobre todo tus errores y como lo hubieras hecho

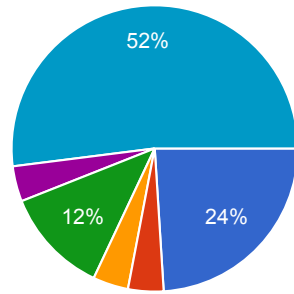
Fundamental

ver reflejado lo que haces te ayuda a reflexionar ,valorar lo positivo i identificar lo que te parece corregible i buscar estrategias de mejora

Es una de las herramientas más útiles para mi para aprender y mejorar

se debería de completar

¿Te parece útil la plataforma moodle?



POCO útil	5	12%
Nada útil	1	4%
No lo se	13	52%

Algún comentario sobre la utilidad de esta herramienta docente?

no

Interesante

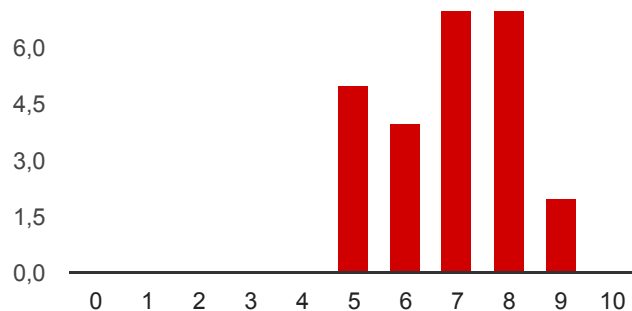
No la he utilizado.

Facilita el trabajo y el compartir.

me resulta dificultoso porque no lo puedo usar en el CS y en casa estoy un poco harta

C.- Valoración global de impacto

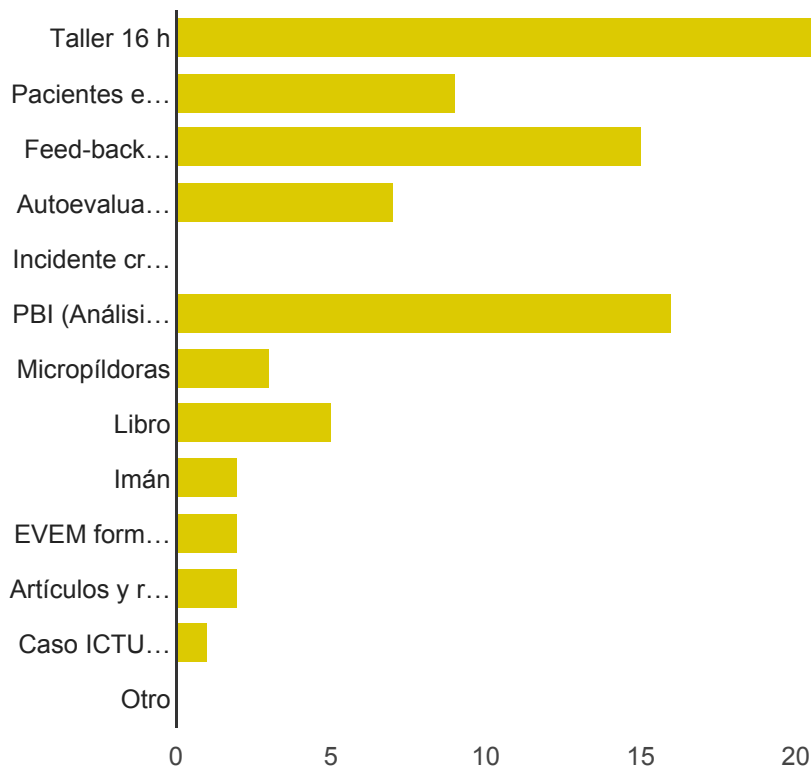
¿Crees que has mejorado tu estilo motivacional?



Nada: 0	0	0%
1	0	0%
2	0	0%
3	0	0%
4	0	0%
5	5	20%
6	4	16%
7	7	28%

8	7	28%
9	2	8%
Mucho: 10	0	0%

Señala entre una y tres actividades que mas crees te han ayudado o influido en tu perfil motivacional



Taller 16 h	22	88%
Pacientes estandarizados	9	36%
Feed-back personalizado después del paciente estandarizado	15	60%
Autoevaluación de entrevistas	7	28%
Incidente crítico	0	0%
PBI (Análisis grupal de videograbación)	16	64%
Micropíldoras	3	12%
Libro	5	20%
Imán	2	8%
EVEM formativo (items de evaluación de entrevista motivacional)	2	8%
Artículos y reflexión posterior	2	8%
Caso ICTUS: Detectando momentos claves	1	4%
Otro	0	0%

¿Qué cosas mejorarías del programa formativo?

Me parece un programa formativo muy completo, y Nieves es excelente como docente, no se le escapa ni una y esta pendiente de todo. Yo partía de 0 y con una entrevista muy dirigida en un afán de ahorrar tiempo, ahora estoy empezando a utilizar el mismo tiempo pero he mejorado los resultados de la relación médico-paciente.

Me gustaría haber realizado más feed back de las entrevistas, tanto de los pacientes estandarizados como de las entrevistas con pacientes reales.

No se me ocurre ninguna, creo que ha estado muy bien

Otro taller quizá al finalizar el trabajo. Micropíldoras más frecuentes.

Tiempo dedicado a tratar la ambivalencia

- En su conjunto, no creo que requiera grandes mejoras.

.

La adecuación al horario laboral

Me gustaría hacer más PBI aunque comprendo que es difícil encontrar el tiempo suficiente.

Mejoraría la accesibilidad y facilitación de los profesionales para poder realizar este tipo de estudios, sin que supusiera un sobre-esfuerzo tan importante a veces.

quizá que se prolongue tanto en el tiempo, porque estamos bastante atareados con otros proyectos

FEED-BACK DE PRÁCTICAS ENTRE COMPAÑEROS Y ANALIZAR.

...

UN MAYOR NÚMERO DE PBI

estaría bien hacer 4 pbi en vez de 3: para presentar dudas y ampliar formas de hacer en medio del estudio, para ayudar a mejorar. Encuentro que hubo un espacio de tiempo muy amplio de "abandono" formativo, luego fueron cayendo las micropíldoras.

Más formaciones periódicas

Sería bueno mantener algo a largo plazo

EVITAR SOBRECARGA DE INFORMACIÓN

Análisis grupal de la videograbación

Todo ha sido según lo previsto

pienso q es la herramienta más útil. permite una valoración aséptica de tu forma de trabajar. pienso q debe ser crítica para realmente profundizar

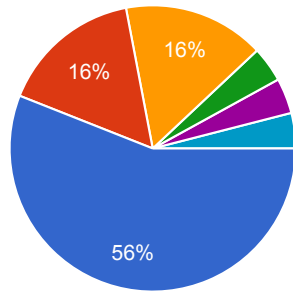
Más tiempo y práctica

Horarios de actividades formativas

No se como, pero el tener más tiempo para realizar las actividades.

ninguna

¿Crees que el tener acceso a todos tus vídeos te podrá ser útil?



Bastante útil	4	16%
Útil	4	16%
Poco útil	1	4%
Nada útil	1	4%
No lo se	1	4%

¿Por qué?

No he realizado grabaciones

porque ve como he hecho la entrevista y como ha respondido el paciente

Autoanálisis para aprendizaje y también docencia

PARA autoevaluación y mejorar

Para analizar mis fallos y ver mis habilidades

reevaluación

verse desde fuera te hace mejorar

.

para hacer una crítica constructiva.

Ya los tengo

Para mejorar mi EM

Te sirve para hacer autocrítica y poder mejorar los aspectos negativos

I

Se pueden repasar

Posibilita la detección de errores

para autoreflexión

Me ayuda a ser objetiva en el análisis de lo ocurrido en la entrevista.

porque los puedo usar para autoevaluación o con carácter docente a

Valorar la progresión en las aptitudes en EM

PERMITE ANALIZARME

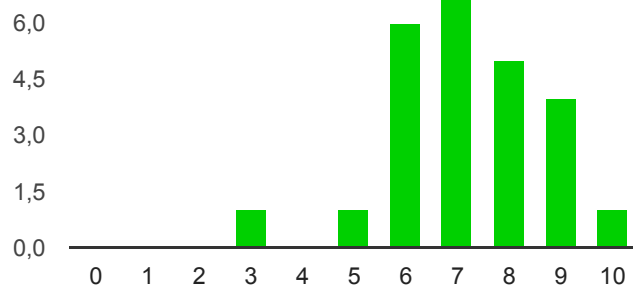
Para poder autoevaluarme

Autorreflexión y posibilidad de mejorar

NO PUDE VERLOS

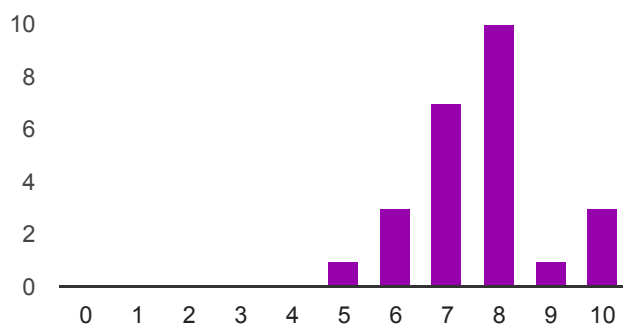
comparar con las grabaciones de un futuro para analizar mejoras en entrevista motivacional

En que grado consideras que ha mejorado tu relacion medico paciente



Nada: 0	0	0%
1	0	0%
2	0	0%
3	1	4%
4	0	0%
5	1	4%
6	6	24%
7	7	28%
8	5	20%
9	4	16%
Mucho: 10	1	4%

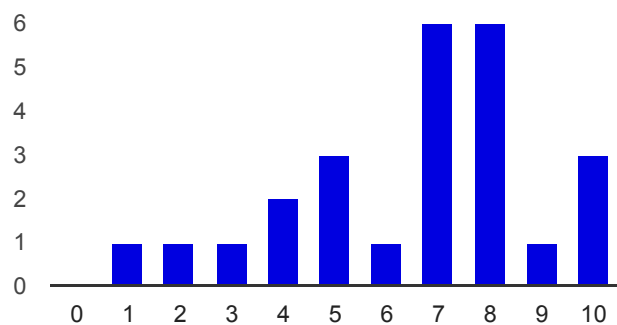
¿Crees que ha sido útil el proyecto para tu práctica mejorando tus habilidades en EM?



Nada: 0	0	0%
1	0	0%
2	0	0%
3	0	0%
4	0	0%
5	1	4%
6	3	12%

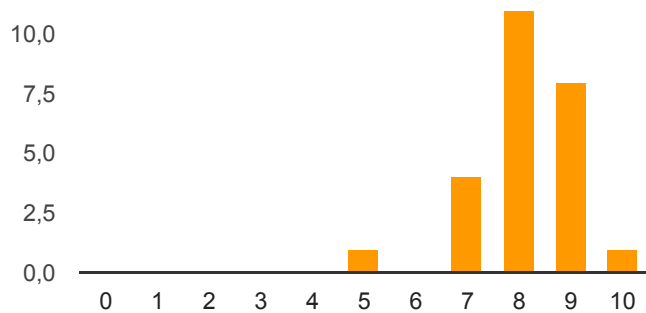
7	7	28%
8	10	40%
9	1	4%
Mucho: 10	3	12%

¿En cuanto valorarías tu esfuerzo en este proyecto de formación EM?



No he trabajado nada: 0	0	0%
1	1	4%
2	1	4%
3	1	4%
4	2	8%
5	3	12%
6	1	4%
7	6	24%
8	6	24%
9	1	4%
He trabajado mucho: 10	3	12%

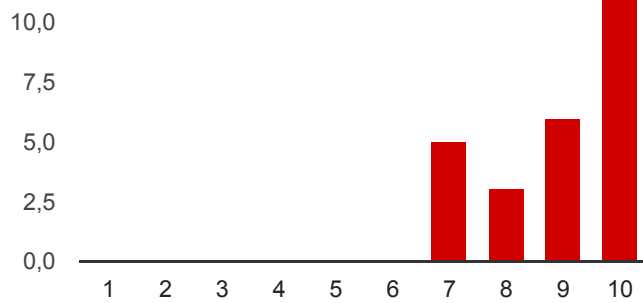
¿Cuál es tu valoración global de la formación recibida?



Nula: 0	0	0%
---------	----------	----

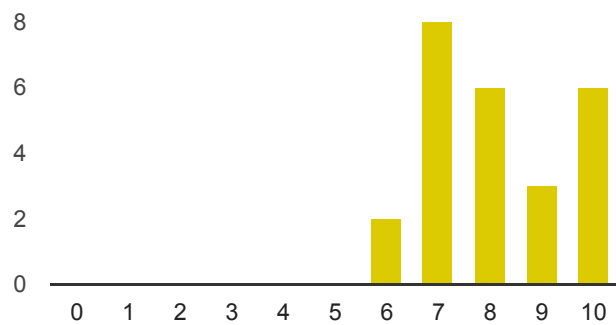
1	0	0%
2	0	0%
3	0	0%
4	0	0%
5	1	4%
6	0	0%
7	4	16%
8	11	44%
9	8	32%
Muy alta: 10	1	4%

Recomendarías esta formación a un compañero/a?



Nada: 1	0	0%
2	0	0%
3	0	0%
4	0	0%
5	0	0%
6	0	0%
7	5	20%
8	3	12%
9	6	24%
Mucho: 10	11	44%

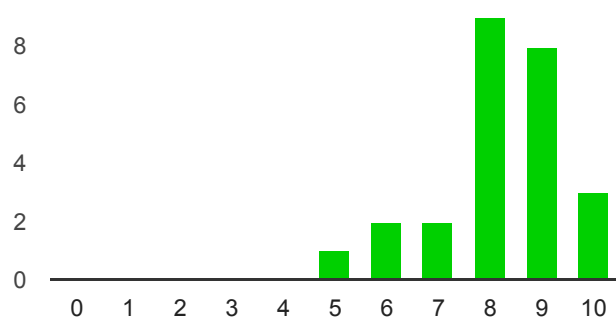
¿Cuál es tu nivel de motivación para seguir mejorando en entrevista motivacional?



5	0	0%
6	2	8%
7	8	32%
8	6	24%
9	3	12%

Muy alta: 10 **6** 24%

¿Cuál es tu valoración global del proyecto?



Muy baja: 0	0	0%
1	0	0%
2	0	0%
3	0	0%
4	0	0%
5	1	4%
6	2	8%
7	2	8%
8	9	36%
9	8	32%

Muy alta: 10 **3** 12%

D.- INFORME DE AUTORREFLEXIÓN

¿Que has aprendido de la EM?

Facilitar que el paciente tome sus decisiones, eso es lo que mas beneficios reporta al paciente, una vez que se implica ya es todo pan comido.

A aplicarla mejor en la consulta, y a poder adaptarla al tiempo real de una consulta de primaria

Herramienta útil para el abordaje de pacientes que precisen un cambio

En centrame en cada uno de los pacientes, en no querer salir con un resultado de cada consulta, a escuchar.

he aprendido todo , antes utilizaba elementos motivacionales sin saber que lo era , ahora conozca mas y me son de gran utilidad aunque no lo utilizo siempre ,si creo que en situaciones especiales con paciente dificiles , agresivos , oen cambios importantes me seran de gran utilidad

técnicas y acercamiento a los pacientes Cuidarme un poco

Otra forma de relacionarme con los pacientes, que creo puede ser muy adecuada para muchos casos.

Motivar en tiempo, aprender otro lenguaje de comunicación con el paciente , valorar y enriquecer mas la entrevista

dar espacios evitar acciones paternalistas

- centrar la entrevista en el paciente ,intentar no ser tan directiva ,saber escuchar ,no interrumpir y aceptar la decisión del pacieente

La motivación es más efectiva que la "dirección".

Escuchar a los pacientes, sin reaccionar para aconsejarles A aceptar sin reticencias sus opiniones

Estilo de entrevista teóricamente útil a la hora de promover el cambio pero que en las condiciones actuales es difícil, por no decir imposible ponerla en práctica en la consulta diaria.

En muchos momentos de nuestras entrevistas "se nos ve el plumero". La Motivación del paciente es lo importante.

A intentar empatizar más con los paciente. Intentar hablar menos y dejar al paciente que participe más. Ser más flexible y negociadora con el paciente. No imponer el tratamiento sino negociar y hacerle más partícipe.

He adquirido herramientas y destrezas para mejorar las entrevistas con los pacientes

Es una herramienta muy útil en nuestra profesión y a todos los niveles; cuando se maneja y se va perfeccionando es muy agradecida

MEJORA LA COMUNICACIÓN LA ENTREVISTA LA ASERTIVIDAD

Cómo analizas y encuentras problemas de salud de los pacientes y cómo ellos mismo son capaces de autoresolverlos.

-Escuchar reflexivamente y facilitar la automotivación

LA GRAN DIFICULTAD QUE EN REALIDAD CONLLEVA CAMBIAR LOS HÁBITOS Y LA GRAN TORPEZA CON LA QUE PRETENDÍA QUE MIS PACIENTES LO HICIERAN

Con metodo, y si puede ser contrastado o validado, se pueden conseguir mejoras
Mejora en la capacidad de abordar al paciente desde otro enfoque terapéutico.

Que existe otro modo mas productivo de relacionarse con los pacientes

-El paciente tiene su "tiempo y su momento para cambiar" -yo le sirvo de guía y el protagonista es él -en muchas ocasiones yo puedo ser también una barrera para su cambio

¿Que aspectos crees que has mejorado en tus habilidades motivacionales?

Escucha

Empatía y asertividad

Ser más consciente de lo que hago en la entrevista

Creo que he mejorado en prácticamente todas ellas.

mejorar en la comunicación con el paciente y sacar del paciente información y compromiso

mas profundidad

La escucha, en pasarle "la pelota" al paciente, en no dar "mis" soluciones.

Hacer sumarios. Escucha más reflexiva. Empatizar más con el paciente.

Alguna técnica, en especial la reflexión y el reconocimiento de los resúmenes.

Creo que no ha supuesto mucho cambio.

Me he dado cuenta de la importancia de conceder más protagonismo al paciente en su proceso de cambio, cederle el tiempo para elaborar por sí mismo su plan (no lo consigo siempre, pero al menos ahora soy consciente de cuándo no he hecho las cosas bien)

-Estilo de entrevista

Hacer preguntas abiertas, la escucha reflexiva, validar al paciente incluso en las recaídas.

EMPATIZAR, TRATAR DE CONOCER EL PUNTO DE VISTA DEL PACIENTE Y SUS ASPIRACIONES Y CONDICIONES PARA EL CAMBIO

ESCUCHA ACTIVA DELIMITAR LAS ACTUACIONES E INTERVENCION Y FEED-BACK

aprender a escuchar mas

Escucha y la capacidad de mostrar al paciente sus ambivalencias.

creo que he aprendido a trabajar la ambivalencia , a evitar resistencias , a trabajar la fase de mantenimiento y el respecto a los pacientes que esta en la fase de contemplacion

Método

Mis relaciones con los pacientes y mi empatia

Comunicación y escucha reflexiva.

Tener consciencia de que se puede trabajar de otra forma e intentarlo en el dia a dia

Saber escuchar ,preguntas abiertas i escucha reflexiva
escucha activa, resúmenes, técnica de reflejo
Evitar la creación de barreras por parte de mis pacientes

¿Cómo lo has conseguido?

TRAS LA FORMACIÓN Y LA PRACTICA

Reflexionando sobre mi propia práctica

.

con todo el proyecto

Sobretudo viendo los vídeos de las entrevistas

Leyendo, con el taller, PBI y con la autoevaluación de las entrevistas realizadas.

Utilizando lo aprendido en el curso

con paciencia y Tiempo además de ambiente tranquilo en la consulta

La lectura de los artículos remitidos, el libro (menos porque no he leído todo lo que quisiera y debo leer). La visualización de entrevistas, en solitario y sobre todo en PBI.

con la formación y la práctica

Practicando en consulta y dedicando más tiempo con el paciente.

Practicando en la consulta y con los pacientes que puedes. Una vez que has tenido ya experiencias en el estudio dislip-em y en las sesiones.

En base a profundizar en la formación y en la puesta en práctica de los conocimientos adquiridos

INTENTANDO UTILIZAR LOS CONOCIMIENTO Y HABILIDADES ADQUIRIDOS
CADA DÍA

con el taller ,con los PBI realizados i con la visualización de las grabaciones
principalmente tras verme en el video

con todo lo que ha surgido a raíz de este estudio de investigación

Me ha ayudado mucho releer y releer el EVEM formativo del principio, y sobretudo los PBI; ver mis cintas y la de los compañeros. Ver a otros ayuda a ver otras estrategias, también.

He intentado poner en práctica cada día una herramienta concreta motivacional al menos en las consultas haciendo énfasis en ella y comprobar su resultado

Con las actividades formativas realizadas y su posterior valoración.

De momento estoy en ello. Creo que me falta mucho para "conseguirlo", pues la inercia y el tiempo de trabajo tiran por otro lado aún. Hago mis "pinitos" en pacientes ya algo "motivados"

Escuchando a mis compañeros en las videograbaciones grupales Asesorados por Jose A. Prados en los talleres y en las videograbaciones, nos hace ver como mejorar ante determinadas situaciones

Con cursos . talleres...

Con ayuda de todo lo que me ha aportado éste trabajo.

-Con reflexión, lecturas y estudio.

¿Qué te queda por mejorar en tus habilidades Motivacionales?

Creo que en todos los pasos, tendría bastante que mejorar, pero me parece interesante seguir en esta línea. Difícil cuando las cosas se estancan o hay recaídas, buscar estrategias para evitar dirigir al paciente.

Todo. Practicar, practicar y practicar... y asistir a más cursos como éstos.

...mucho. Saber pedir permiso, preguntar las habilidades del paciente, saber hacer paradojas....

Poner en práctica la mayor parte de las herramientas de la entrevista motivacional perfeccionar todo lo que he dicho anteriormente y más ...que todavía no he aprendido

aprender a escuchar activamente

MÚLTIPLES FACETAS

-La escucha reflexiva en situaciones de presión asistencial

Conseguir compromiso del paciente.

Casi todo pero sobre todo aprender a compatibilizar este tipo de entrevista con la consulta diaria

mucho, creo que esto hay que cultivarlo continuamente y tenerlo presente para sacarle partido

por lo menos no perder lo aprendido

Mejorar en todas ellas y aumentar la puesta en práctica en mi actividad profesional diaria.

Seguir utilizándolas para consolidar los conocimientos adquiridos.

Mejorar en el tema de la validación, y hacer mejores resúmenes

LA PRINCIPAL ES LA DE ADECUAR LAS MEDIDAS QUE YO ACONSEJO CON EL ESTADO EN LA RUEDA DEL CAMBIO DEL PACIENTE

PBI

Saber redirigir la entrevista con más motivación

¡Tánton! Necesito echar el freno y no correr a establecer el plan. Empatizar más.

Aclarar bien el "diagnóstico" (posición en la rueda). Cuidar más no generar barreras

Todo y espero que durante mucho tiempo

Muchísimo.

Cómo romper las resistencias del paciente y como romper los bucles

Seguir practicando para que estén incorporadas en la práctica diaria y surjan de manera fluida.

Ser capaz de aplicar muchas más herramientas que aun no tengo completamente integradas .Practicar practicar practicar .

Me sigue costando y mucho el manejo de las resistencias del paciente y el establecer un plan de actuación, nunca se si es conveniente poco y hacerlo o es

demasiado poco.

COMPROMISO DE CAMBIO: Después del programa que le gustaría cambiar de su práctica

-Poder dedicar más tiempo a la consulta para poder aplicar los conocimientos y habilidades adquiridas.

Dedicar más tiempo para conseguir una adecuada entrevista motivacional.

Cambiar el estilo de consulta tradicional por el motivacional en todos los sentidos.

Empatía. Escucha reflexiva. Plan de acción.

- Mejorar los resúmenes - Ser menos impaciente

Las he señalado en el cuadro anterior

Ser capaz de dejar que el paciente busque sus recursos y respetar su decisión.

-Mejorar más el estilo de entrevista

.

- Motivar más a los pacientes para que sean más independientes y responsables de su salud.

mejorar escucha evitar acción protectora dejar de ser tan directivo

Aplicar con mayor frecuencia la técnicas de la entrevista motivacional en el día a día aplicar más métodos motivacionales

Seguir intentándolo, como comentaba pues me parece un tipo de relación mucho más saludable para todos. Evitar "dirigir a mis pacientes

El actuar de forma directiva con los pacientes.

El tiempo que tengo por paciente. Los objetivos de mi empresa La formación que me presta la empresa

Dejar hablar más al paciente. Saber manejar mejor los incidentes críticos.

AUMENTO DE SILENCIOS TOMA DE DECISIONES COMPARTIDAS (NEGOCIACIÓN)

Conseguir mejores resultados en salud a través de la motivación

-aplicar más motivacional en gral --escuchar más la agenda que lleva el paciente -

MAYOR GRADO DE EMPATÍA MEJOR DIAGNÓSTICO DEL ESTADO DEL PACIENTE EN LA RUEDA DEL CAMBIO

CRECER EN PSICOTERAPIA

hacer sumarios de lo que dice el paciente, siempre se me olvida. No se todavía manejar bien las resistencias que presenta el paciente al cambio, es más no se a veces si debo intervenir

realizar entrevista según las necesidades del paciente adaptado siempre al tiempo que disponemos

mi situación laboral

empatía, interés por la EM, aceptar las resistencias

¿Cómo lo vas a hacer?

mantener contacto. revisar videos propios, enseñando a los resis..

MÁSTERY CURSOS DIVERSOS PERO PARTIENDO DE LOS CONCEPTOS DE LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL

con paciencia y releendo evem, borrando el tener un objetivo concreto a conseguir en la consulta

Con una bomba de neutrones

Proponiendo objetivos de realizar la intervención de forma adecuada en pacientes concretos.

-Gestionando la demanda de mi cupo

REPASAR EL LIBRO DE ENTREVISTA MOTIVACIONAL Y UTILIZAR EL EVEM

Seguiré grabando de vez en cuando las entrevistas con mis pacientes, para su análisis y autoevaluación.

haciendo mas cursos de EM, leer y reflexionar otra vez todo el material que nos habeis entregado, a veces vamos a salto de mata y leemos pero no interiorizamos lo que leemos

Voy a continuar grabándome y estableciendo "tareas motivacionales " en las consultas de cada día practicando herramientas concretas. Continuar participando en PBI online en la medida de lo posible

con la practica , con la lectura y saalgun curso

- Potenciando la entrevista motivacional.

Seguiré intentando aprovechar oportunidades en cursos, lectura y ojalá encuentre hueco para contactos con compañeros del GCyS.

seguir practicando y estudiar y ampliar conocimientos en entrevista motivacional

Haciendo más grabaciones de las consultas con los pacientes reales.

Poniendo un mayor interés a la hora de hacer recomendaciones a mis pacientes

Creo que poniendo en practica esta experiencia con mas pacientes, y seguir formandome para ello

Leyendo articulos y aplicarlos en la consulta diaria

Practicando en la consulta, leyendo artículo y asistiendo a cursos y talleres de entrevista motivacional.

-Leyendo. Asistiendo a cursos si se organizan y puedo

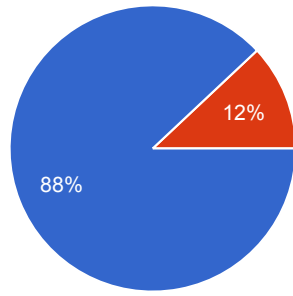
Con la práctica de cada día

no lo se...pero voy intentándolo

no puedo hacerlo, no depende de mí

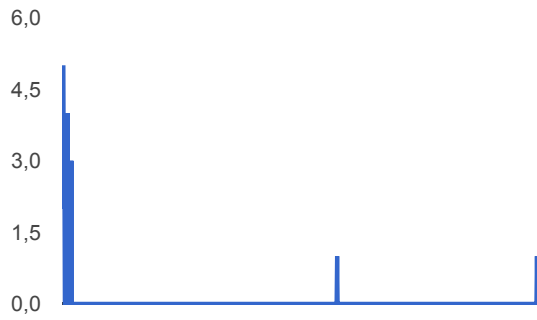
PRÁCTICA DIARIA TALLERES Y CURSOS DE FORMACIÓN CON PACIENTES ESTANDARIZADOS

¿Te gustaría seguir trabajando en este tema y/o participar en alguna publicación que se extraiga del material recogido?



Si	22	88%
No	3	12%

Número de respuestas diarias



ANEXO 9.4 Resultados encuesta final Grupo Control

22 respuestas

[Ver todas las respuestas](#) [Publicar datos de análisis](#)

Resumen

Fecha de la entrevista

28/05/2014

27/11/2012

26

27/11/12

28.11.2012

26/11/12

4/12/2012

22/5/2014

230514

28/11/2012

12/12/2012

26/11/2012

Nombre del investigador/a

Francisco

Alexis

Miriam

Antonio

maria

Isabel

María Dolores

Azucena

Enrique

Gina

MANUEL

Alfredo

Ana

FCO JAVIER

felix

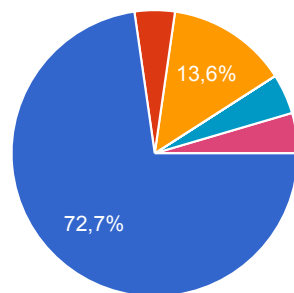
Luis

Francisco
DOLORES
Rosana
Susana
Juan Manuel

Ciudad investigador/a

Córdoba
badajoz
Huelva
FERNAN NUÑEZ (CORDOBA)
Còrdoba
cordoba
Barcelona
CORDOBA
Vigo
Villafranca de Córdoba

Entrevistadora



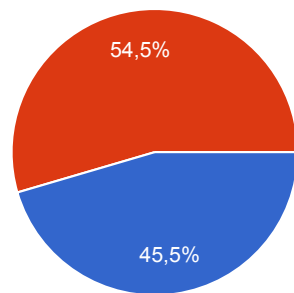
Nieves Barragán	16	72.7%
Julia Bóveda	1	4.5%
Luis Perula	3	13.6%
Manu Campiñez	0	0%
Jose Maria Bosch	0	0%
Jose Antonio Prados	1	4.5%
Margarita Criado	1	4.5%

A.- Aspectos sobre el desarrollo del proyecto (logística)

¿Cuántos pacientes has incluido en el estudio?

- 10
- 6 (acabaron 3)
- 0
- 1
- 2
- 3
- 6
- 7
- 8
- 9
- no lo recuerdo

¿Habías recibido alguna formación en entrevista motivacional (EM) previa al estudio?



Si	10	45.5%
No	12	54.5%

Cual?

Ninguna

Curso de EM básico (no recuerdo las horas pero no eran muchas)

He hecho algún curso hace años, durante la residencia en Medicina familiar solo alguna lectura.

Algún taller hace varios años.

Curso de Entrevista motivacional

Curso de Entrevista Motivaciónal.

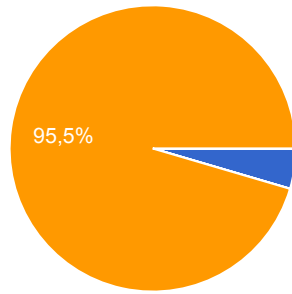
Nivel básico durante la residencia.

Realicé os cursos que se imparten durante la foración MIR

Curso de Entrevista Motivacional en la UDMFyC de Huelva

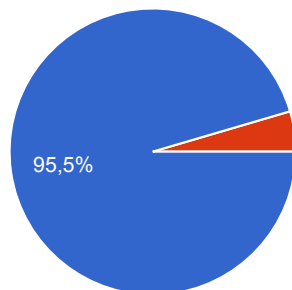
No recuerdo el nombre de la actividad. Fue de nivel básico y de escasa duración no formacion previa

¿Qué piensas sobre los contactos desde el equipo de coordinación/formativo?



Muy escasos	1	4.5%
Escasos	0	0%
Adecuados	21	95.5%
Excesivos	0	0%
Muy excesivos	0	0%

¿Qué piensas sobre la perioricidad de los contactos desde el equipo de coordinación/formativo?



Adecuada	21	95.5%
Inadecuada	1	4.5%

¿Por qué?

porque ha estado en contacto mia mail las veces que he precisado asi como ha ido dando informacion de manera muy organizada

porque fue difícil acabar el estudio con varios pacientes y ellos me estimulaban a terminar

No han agobiado, ni abandonado.

Servían de recordatorio para continuar el estudio y preguntaban sobre las dificultades para realizar las entrevistas. Además el gráfico del seguimiento del estudio me ha servido para intentar cumplir los plazos establecidos.

Me hacía mantenerme " vivo" en el proyecto a pesar del día a día de la consulta.Muchas veces las llamadas justo en el momento de la consulta me ayudaban a " refrescar" que tenía que hacer una u otra entrevsita pendientes.

porque nos sirvió para mantener activo el proyecto.

Han dado información periódica adecuada sobre la evolución y seguimiento en cada fase de los pacientes. Su paciencia y comprensión con la situación actual y

complejidad de nuestra práctica clínica.

Pienso que debería ser más tiempo, y no solo limitarse a mandar estadísticas; debería haber mas comunicación, skipe, hangoust, etc...

Considero que han realizado un adecuado seguimiento , me han resuelto las dudas y nos han animado constantemente

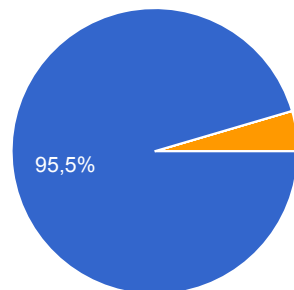
POR QUE SON LOS NECESARIOS. SI HUBIERA TENIDO MAS DUDAS SOBRE ALGUN ASPECTO, HUBIERA RECURRIDO MAS VECES AL EQUIPO

Sin resultar excesivos han realizado llamadas telefónicas regulares recordando en que fase nos encontramos y recordando lineas a seguir.

No lo he contado exactamente, pero creo que el contacto ha sido mas o menos mensual (telefónicamente) de tal manera que no podias olvidarte, pero tampoco te sentias agobiado.

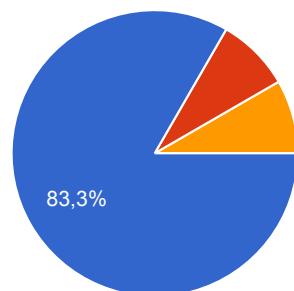
Ha sido correcta en todo momento

¿Has podido preguntar con facilidad cualquier aspecto al equipo organizador/formativo?



Si	21	95.5%
No	0	0%
No lo he necesitado	1	4.5%

¿Te pareció útil la presentación inicial del estudio Dislip-EM junto con la Guía de práctica clínica en dislipemia?"

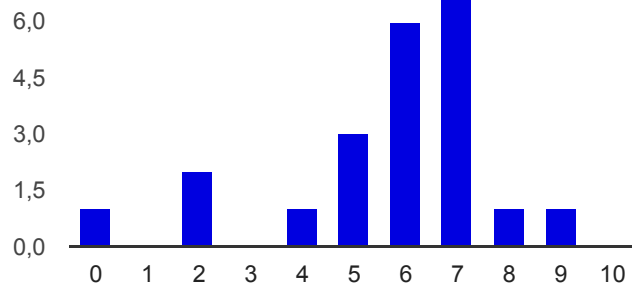


Muy útil	10	45.5%
Bastante útil	1	4.5%
Util	1	4.5%

Poco útil	0	0%
Nada útil	0	0%
No lo sé	0	0%

B.- Valoración global de impacto

¿Crees que has mejorado tu estilo motivacional?



Nada: 0	1	4.5%
1	0	0%
2	2	9.1%
3	0	0%
4	1	4.5%
5	3	13.6%
6	6	27.3%
7	7	31.8%
8	1	4.5%
9	1	4.5%
Mucho: 10	0	0%

¿Qué cosas mejorarías del Proyecto?

Me parece un buen proyecto, porque me parece muy importante la entrevista con el paciente para cualquier cambio de hábitos

me parece todo adecuado

Es difícil conseguir pacientes nuevos en un cupo con el que llevamos años trabajando.

Me parece adecuado

* La encuesta de actividad física * El cuestionario sobre la dieta

Quizá los cuadernillos de recogida de información en algunos momentos no resultaban del todo ágiles (" buscar los diferentes tipos de riesgo cardiovascular..").

Creo que faltaba algún elemento para valorar la calidad de vida de los pacientes y la

percepción del profesional sobre su estilo de EM.

EN GENERAL ESTA BIEN. ES LARGO EN EL TIEMPO Y SON MUCHAS VISITAS POR PACIENTE, PERO TAMPOCO SON DEMASIADOS PACIENTES. ADEMÁS LOS PACIENTES QUE SE HAN PRESTADO HAN SIDO MUY COLABORADORES

La verdad es que no puedo valorar mucho porque me cambié de Centro de Salud y no tuve casi participación

La captación de pacientes para mí ha sido muy complicada, de los captados se retiraron del estudio todos.

La verdad es que el procedimiento me ha parecido correcto, el problema que he encontrado ha sido ofrecer videograbación a los pacientes incluidos en el estudio.

Quizás sea excesiva la cantidad de información en los CRD

Reduciría el número de visitas de seguimiento.

Creo que el estudio es excelente porque hace un abordaje muy interesante de la entrevista clínica pero para realizar las entrevistas y los perfiles de riesgo requerido me ha resultado muy difícil conseguir pacientes puros sólo con DLP. Además a lo largo del estudio cuesta mucho seguir a los pacientes porque debido a las cosas de la vida (de ellos) no son regulares en las citas y a veces los he tenido que perseguir, cosa que en la consulta normal habría dejado que ellos mismos volvieran cuando hubiesen escogido.

Espero formarme posteriormente en este aspecto

Lo que he comentado antes

Ampliarlo a otros factores de riesgo cardiovascular y estilos de vida.

Mayor simplicidad en el cuaderno de recogida de datos

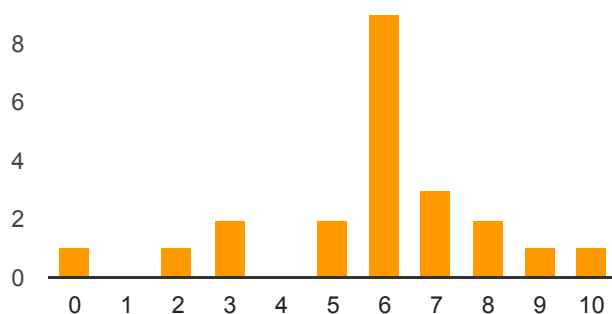
El tiempo transcurrido entre el inicio del proyecto y el trabajo de campo fue excesivo.

Creo que debería haber sido más corto.

Excesivamente prolífico en datos, encuestas al paciente y variables. Ha costado bastante completar todo el estudio en los pacientes

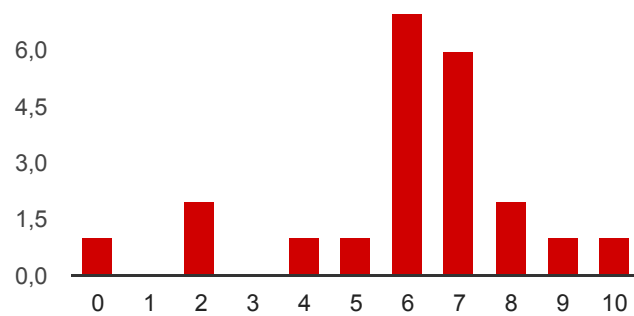
ha estado bien

En qué grado consideras que ha mejorado tu relación médico paciente



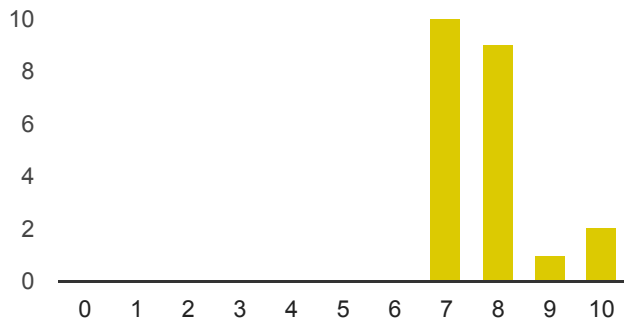
Nada: 0	1	4.5%
1	0	0%
2	1	4.5%
3	2	9.1%
4	0	0%
5	2	9.1%
6	9	40.9%
7	3	13.6%
8	2	9.1%
9	1	4.5%
Mucho: 10	1	4.5%

Crees que ha sido útil el proyecto para tu práctica mejorando tus habilidades en EM?



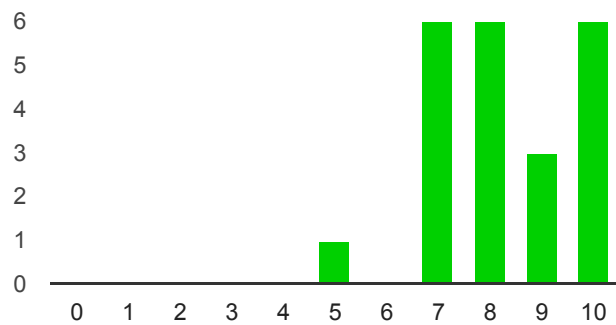
Nada: 0	1	4.5%
1	0	0%
2	2	9.1%
3	0	0%
4	1	4.5%
5	1	4.5%
6	7	31.8%
7	6	27.3%
8	2	9.1%
9	1	4.5%
Mucho: 10	1	4.5%

¿Cuál es tu valoración global del proyecto?



3	0	0%
4	0	0%
5	0	0%
6	0	0%
7	10	45.5%
8	9	40.9%
9	1	4.5%
Muy alta: 10	2	9.1%

¿Cuál es tu nivel de motivación para mejorar en entrevista motivacional?

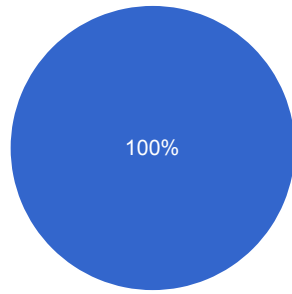


Ninguno: 0	0	0%
1	0	0%
2	0	0%
3	0	0%
4	0	0%
5	1	4.5%
6	0	0%
7	6	27.3%
8	6	27.3%
9	3	13.6%
Muy alto: 10	6	27.3%

¿Te gustaría seguir trabajando en este tema y/o participar en alguna

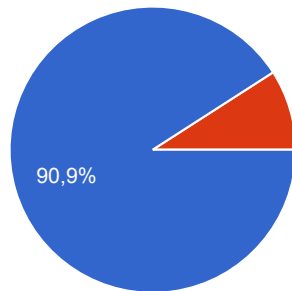
publicación que se extraiga del material recogido?

Si	22	100%
No	0	0%



¿Harías el taller en entrevista motivacional y/o el programa formativo completo en el próximo trimestre?

Si	20	90.9%
No	2	9.1%



Número de respuestas diarias

