

ORIGINAL

Impacto de la formación en entrevista motivacional para médicos: diseño y evaluación de un Programa Formativo (MOTIVA)



Nieves Barragán-Brun^{a,e,*}, Remedios Martín-Álvarez^{a,e},
Josep M. Bosch-Fontcuberta^{b,e}, Manuel Campiñez-Navarro^{a,e}, Julia Bóveda-Fontan^{c,e}
y Luis Ángel Pérula-de-Torres^{d,e}

^a EAP Vallcarca, EBA Vallcarca, Barcelona, España

^b EAP Encants, Institut Català de la Salut, Barcelona, España

^c CS Colmeiro, SERGAS, Vigo, Pontevedra, España

^d Instituto Maimónides de Investigación Biomédica-IMBIC, Hospital Reina Sofía, Córdoba, España

^e Miembro del Grupo Programa Comunicación y Salud de semFYC

Recibido el 25 de abril de 2019; aceptado el 6 de septiembre de 2020

PALABRAS CLAVE

Entrevista
motivacional;
Formación médica
continuada;
Evaluación;
Competencia
profesional

Resumen

Objetivo: Desarrollar un programa de formación en Entrevista Motivacional (EM) para Médicos de Familia y evaluar el impacto.

Diseño: Ensayo clínico multicéntrico a doble ciego y aleatorizado, con 2 ramas (experimental (GE) y control (GC)) de Médicos de Familia, con un seguimiento de 12 meses.

Emplazamiento: 32 Centros de Atención Primaria.

Descripción de la muestra: 54 médicos (GC = 28, GE = 26).

Intervenciones: Programa de formación MOTIVA en EM con un curso presencial inicial (16 h), seguido de actividades en línea durante 12 meses y reuniones presenciales (entrevistas basadas en problemas con feedback de expertos).

Medidas principales: las habilidades comunicativas en EM se evaluaron en base a videograbaciones (VG) con la escala EVEM 2.0, por parejas de revisores. Se analizaron 236 VG con pacientes estandarizados y 96 VG con pacientes reales.

Resultados: Los resultados promedio en la escala EVEM (hasta 56 puntos) al inicio del estudio fueron GE = 21,27 (IC 95% 15,8-26,7) y GC = 20,23 (IC95% 16,4-23,9) sin diferencias entre ambos grupos ($p = 0,79$). Después del curso, la puntuación GE aumentó en 13,89 puntos ($P < 0,001$), promedio 35,16 (IC 95% 29,8-40,6). Las VG de pacientes reales en GE durante el periodo de 12 meses mantiene sus habilidades en EM con un promedio de 36,9 puntos (IC 95% 30,3-43,6) versus GC 15,9 puntos (IC 95% 9,8-22,0). Una vez finalizado el Programa de Formación MOTIVA, el GE mantiene las habilidades adquiridas: GE promedio final = 37,6 (IC 95% 33,2-41,1) versus GC = 24,3 (IC95% 19,0-29,2) ($p < 0,001$).

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: nbarragan@ebavallcarca.cat (N. Barragán-Brun).

Conclusiones: El Programa de Formación MOTIVA mejora significativamente las habilidades de entrevista motivacional, mejorando después de un curso presencial y actividades secuenciales de mantenimiento. La eficacia del programa ha sido probada en el tercer y cuarto escalón de la Pirámide de Miller.

© 2020 Los Autores. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

KEYWORDS

The motivational interview;
Continuing medical education;
Assessment training;
Competence professional

Impact of training on Motivational Interviewing (MI) for Family Physicians: Design and assessment of a Training Program (MOTIVA)

Abstract

Aim: To develop a training program in Motivational Interviewing for Family Physicians and assess the impact.

Study design: Multicenter, double blind and randomized clinical essay, with 2 arms, Experimental (EG) and Control (CG) of Family Physicians with a follow up of 12 months.

Location: 32 Primary Healthcare Centers.

Sample description: 54 physicians (CG = 28, EG = 26).

Interventions: Training Program MOTIVA in ME with an initial presential course (16 h), followed by online activities during 12 months, and presential meetings (Problem Based Interviewing with expert feedback).

Main measurements: Communicative skills in MI were assessed based on video-recordings (VR) with the EVEM 2.0 scale by peer reviewers. 236 VR with standardized patients and 96 VR with real patients.

Results: Average results in EVEM scale (up to 56 points) at the beginning of the study were EG = 21.27 (CI 95% 15.8-26.7) and CG = 20.23 (CI 95% 16.4-23.9) with no differences between both groups ($P = .79$). After the training, EG punctuation increased by 13.89 points ($P < .001$), average 35.16 (CI 95% 29.8-40.6). Real patients' VR in EG over a 12 month period keep their MI skills with an average of 36.9 points (CI 95% 30.3-43.6) versus CG 15.9 points (CI 95% 9.8-22.0). Once ended the MOTIVA Training Program, the EG maintains the acquired skills: final average EG = 37.6 (CI 95% 33.2-41.1) versus CG = 24.3 (CI 95% 19.0-29.2) ($P < .001$).

Conclusions: The MOTIVA Training Program improves Motivational Interviewing skills, significantly improving after a presential course and sequential keep-alive activities. The effectiveness of the Program has been proven in the Third and Fourth steps of Miller's Pyramid

© 2020 The Authors. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY license (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

Introducción

Los profesionales sanitarios orientan a sus pacientes sobre hábitos y estilos de vida haciendo uso de sus habilidades en comunicación. Cabe preguntarse si la formación en entrevista clínica podría mejorar esas habilidades y qué tipo de actividades formativas serían las más efectivas para mejorar esta competencia profesional esencial. Las revisiones de la literatura sobre estudios de efectividad en *Educación Médica Continuada*, valoran hasta 8 tipos de intervenciones formativas¹ (guías, conferencias y talleres, encuentros con formadores, opinión de colegas, opinión de pacientes, audit/feedback, recordatorios de actividades e intervenciones multifaceta). Destacan 3 aspectos fundamentales para el aprendizaje: el profesional debe sentir la necesidad de aprender^{2,3}, el formato debe ofrecer la posibilidad de *practicar habilidades*^{2,4} y el *diseño* de las actividades formativas debe ser *multifacético* y *secuenciado*^{2,5,6}. Los estudios concluyen que las sesiones didácticas aisladas no tienen impacto en la práctica habitual.

La entrevista motivacional (EM) desarrollada por W. Miller y S. Rollnick (1983) es uno de los modelos de comunicación clínicos más estudiados para favorecer cambios de conducta⁷. No hemos encontrado en el entorno de Atención Primaria (AP) estudios con programas formativos multifacéticos en EM ni que utilicen las videograbaciones (VG) en la consulta para su evaluación.

El presente estudio plantea el diseño del *Programa Formativo MOTIVA (PF MOTIVA)* en EM en el entorno de la AP, con el objetivo de responder 2 preguntas clave: *¿la formación puede mejorar el perfil comunicativo de los médicos para motivar a los pacientes?*, y *¿qué tipo de acciones formativas son más efectivas?* El análisis se centró en el impacto del programa en la práctica clínica de médicos de Familia (MF).

Metodología

Diseño del estudio: ensayo clínico multicéntrico, abierto, controlado, a doble ciego y aleatorizado por clúster, con

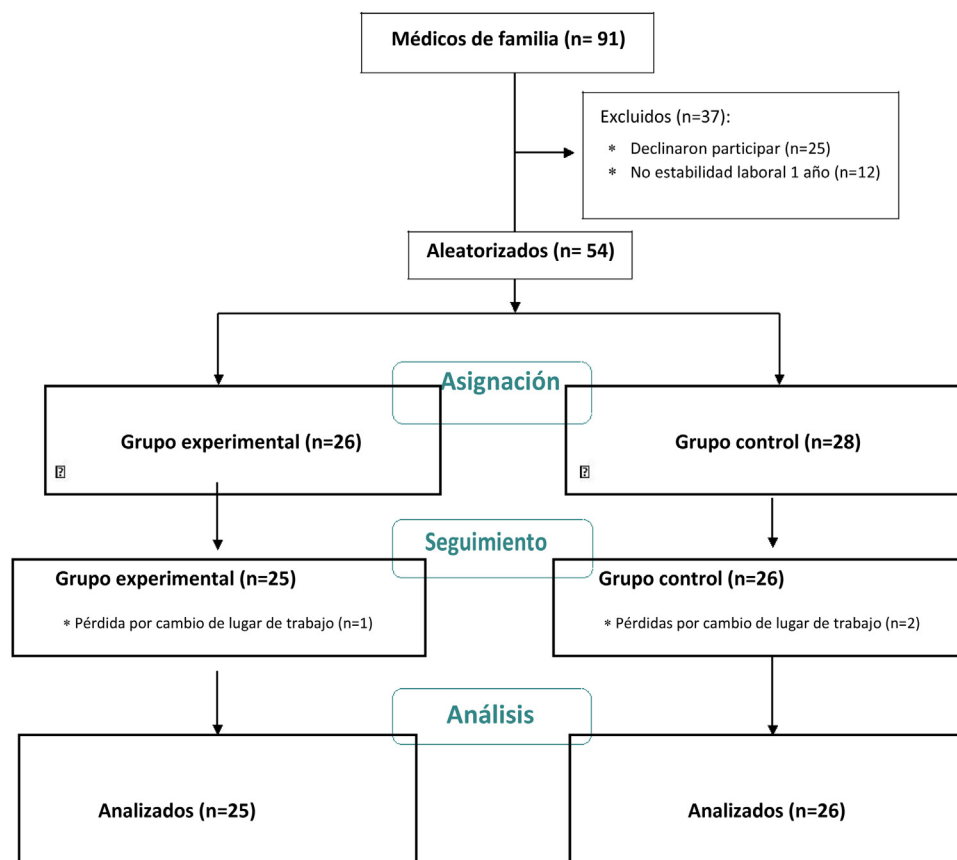


Figura 1

2 brazos paralelos formados por MF con el objetivo de estudiar el impacto de un programa formativo en EM.

Participantes: fueron seleccionados por muestro de conveniencia 54 MF en Barcelona, Córdoba, Vigo y algunos pueblos cercanos, para participar en un estudio sobre manejo de pacientes con dislipidemia (Dislip-EM⁸). Inicialmente, recibieron formación en las guías de práctica clínica y, posteriormente, se distribuyeron por aleatorización simple (Epidat 3. [fig. 1]. Todos, grupo control (GC) y grupo experimental (GE), incluyeron a pacientes que fueron atendidos con *el estilo habitual de entrevista clínica y consejo médico (GC)* o con *el modelo de EM (GE)*. Los pacientes podían ser tributarios o no de tratamiento farmacológico según las guías. Se realizó un seguimiento de 12 meses. El PF MOTIVA fue la intervención realizada al GE del Dislip-EM.

Criterio de inclusión: previsión de trabajo del MF en el centro de salud durante 12 meses.

Intervención: PF MOTIVA. Dirigido por expertos en EM y coordinado desde una unidad docente de MF. Incluyó las actividades: *curso de EM* presencial de 16 h siguiendo las 8 etapas de aprendizaje de Miller y Moyers⁹, y utilizando metodología interactiva con role-play. Se realizó consecutivamente en las 3 ciudades citadas antes de la captación de pacientes. *Lectura del libro* La entrevista motivacional¹⁰. *Lectura de 5 artículos* sobre EM. *Ejercicio escrito de reflexión sobre 2 casos clínicos* enviados. *Recepción de micropíldoras formativas* por email y WhatsApp cada 15 días. *Redacción de un incidente crítico* sobre EM acaecido en su consulta y feedback posterior. *Sesiones de problem*

based interviewing (PBI): técnica de análisis de VG mediante el feedback grupal y la autorreflexión. Se ofrecieron 3 sesiones en la que cada MF presentó una de sus VG (fig. 2).

Cada MF se *videograbó* con uno de sus pacientes (el 3.º incluido de manera aleatoria) en todas las visitas de seguimiento (12 meses). Se videograbaron 2 entrevistas con pacientes estandarizados (PE) antes del PF MOTIVA, tras el curso y al final del PF MOTIVA. Los casos clínicos «simulados» se diseñaron con metodología ECOE¹¹ centrados en hábitos de vida y factores de riesgo cardiovascular.

Variables de estudio y medidas de evaluación. Se recogieron los datos demográficos de los MF (edad, sexo), los años trabajados en AP y la formación en comunicación, específicamente en EM (tabla 1).

La *evaluación del PF MOTIVA* fue mediante el análisis de las VG utilizando la *escala EVEM 2.0*, que valora la calidad o el grado de adherencia a la EM¹². Se analizó el comportamiento de los MF en consultas simuladas con PE, que corresponde al nivel de competencia clínica del 3.º *escalón de la pirámide de Miller*^{13,14} («*Demuestra cómo hacerlo*») y en consultas con sus pacientes reales (PR), en condiciones clínicas habituales, el 4.º *escalón de Miller* («*Lo hace en situaciones habituales*»).

Los pacientes firmaron el consentimiento de cesión de imagen y utilización en el entorno docente. Las VG fueron anonimizadas para la aleatorización y revisión por pares de expertos. La videoteca estuvo en *vimeo.com*, con su correspondiente clave de acceso para cada VG. Los evaluadores recibieron un listado de enlaces a vídeos y claves de acceso.

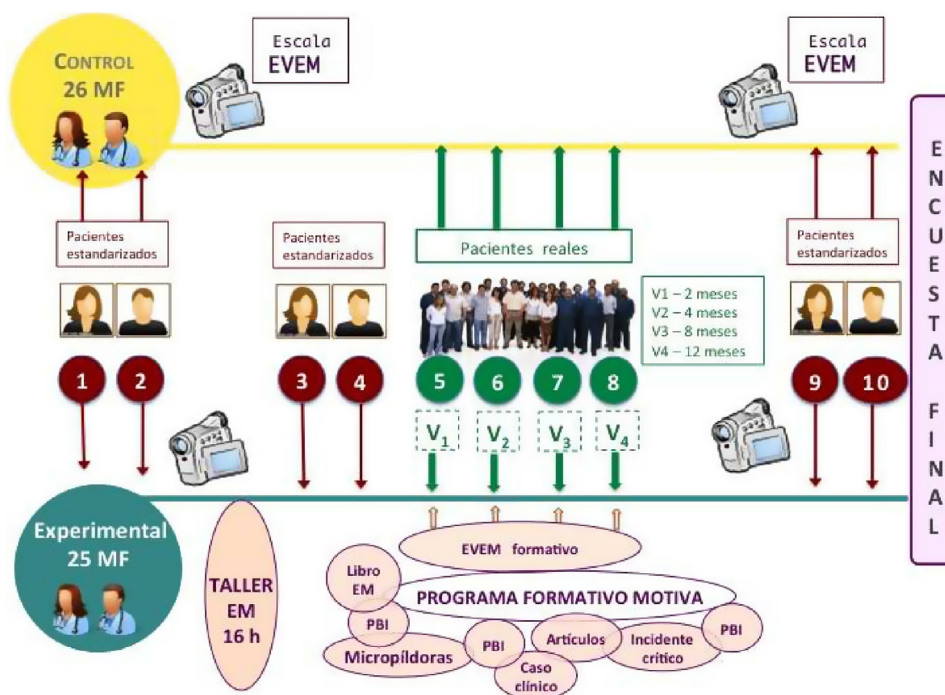


Figura 2 Esquema gráfico de PF MOTIVA.

Las puntuaciones de la escala EVEM se introdujeron en un formato online. La base de datos recogía para cada MF: evaluación EVEM de sus vídeos, actividades formativas realizadas, datos demográficos y encuesta final de evaluación.

Se diseñó un indicador sintético (IS) de adherencia al PF MOTIVA para dar valor a las 14 herramientas docentes en comunicación, y que valora la potencia formativa de cada una de ellas en el impacto sobre el aprendizaje en EM. Se creó un comité de expertos con 17 profesionales docentes en comunicación clínica seleccionados por su trayectoria y prestigio dentro del grupo comunicación y salud. Un experto matemático elaboró una fórmula que dio un valor numérico para la ponderación de cada actividad.

Encuesta de satisfacción. Al final del estudio se realizó una encuesta online de valoración del proyecto que abordó aspectos logísticos y de factibilidad del estudio, así como la percepción de utilidad para el aprendizaje de cada una de las actividades o herramientas docentes.

Medidas de evaluación. Es un estudio por intención de tratar, siendo la unidad de estudio el MF. Se realizó el análisis comparativo basal de ambos grupos empleando la prueba de la t de Student y de la ji al cuadrado. El análisis de adquisición de habilidades se realizó con el test ANOVA para medias pareadas en diferentes momentos: tras el taller de EM, en 4 visitas anuales y al final.

Se consideraron estadísticamente significativos los valores $p < 0,05$. Se calcularon los intervalos de confianza del 95% (IC del 95%). El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS v23 de IBM.

Resultados

Participaron 54 médicos, distribuidos aleatoriamente en GE=26 y GC=28. Hubo una pérdida en GE y 2 en GC.

La adherencia al PF MOTIVA fue: taller presencial 100%, feedback experto al vídeo con PE tras taller 100%, PBI 62%, micropíldoras 64%, lectura (libro y artículo en EM de Miller y Rollnick 33%), lectura artículo «Fumar es un placer» 24%, informe de autorreflexión 56%, reflexión caso clínico 52%, incidente crítico 32%, VG y autoevaluación entrevista 32%.

La tabla 2 muestra la descripción de variables. Se analizaron 332 (VG): GC = 140, GE = 192. VG con PE: preintervención GC = 48 y GE = 46, posttaller GE = 48 VG, al finalizar GC = 47, GE = 49. VG con PR: Durante los 12 meses GC n = 45, GE n = 49.

Las medias para la escala EVEM (máximo 56 puntos) antes del estudio fueron GE = 21,27 (IC del 95%, 15,8-26,7), un 38% del total (IC del 95%, 28-47%) frente a GC = 20,23 (IC del 95%, 16,4-23,9), un 36% del total (IC del 95%, 29-42%), sin diferencias entre ambos grupos ($p = 0,79$). Eficacia en el tercer escalón de la pirámide de Miller: Tras el curso, la media con EVEM fue de 35,16 (IC del 95%, 29,8-40,6), un 63% del total (IC del 95%, 53,2-72,5), lo que supone un aumento de 13,89 puntos en la media de la escala (IC del 95%, 6,9-19,5) ($p < 0,001$). Al final del PF MOTIVA, la media GE fue 37,6 (IC del 95%, 33,2-41,1), un 68% del total (IC del 95%, 59,3-75,1) frente a la media del GC que fue de 24,3 (IC del 95%, 19,-29,2), un 43% del total (IC del 95%, 35,1-51,9), con una diferencia significativa ($p < 0,001$).

Eficacia en el cuarto escalón de la pirámide de Miller: la media de GE fue de 36,9 (IC del 95%, 30,3-43,6), un 64% del total (IC del 95%, 54,5-73,4) frente al GC, que fue de 15,9 (IC del 95%, 9,8-22), y un total de 28,2% (IC del 95%, 16,9-39,5). Estas diferencias fueron estadísticamente significativas ($p < 0,001$), con una diferencia de medias de 21 puntos (19,2-22,8) (tabla 3).

La figura 3 muestra cómo los cambios en el GE se mantienen en el tiempo. El valor del IS fue de mayor a menor: PBI 3,44, feedback de experto 3,33, taller interactivo presencial

Tabla 1 Características sociodemográficas de los médicos participantes

variables	Grupo experimentaln = 25	Grupo controln = 26	Valor de p
Edad, media \pm DE	45,5 \pm 8,3	47,6 \pm 7,5	0,36
Sexo, n (%)			0,55
Mujeres	11 (44)	12 (46,2)	
Hombres	15 (56)	14 (53,8)	
Años de práctica asistencial (sin residencia), n (%)			0,46
2-5	2 (8)	2 (7,7)	
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)	
Formación en entrevista clínica, n (%)			0,31
No	3 (12)	1 (3,8)	
Sí	22 (88)	25 (96,2)	
Formato de formación recibida en entrevista clínica, n (%)			0,43
Presencial	20 (80)	21 (80,8)	
Ambas (online + presencial)	2 (8)	4 (15,4)	
NS/NC	3 (12)	1 (3,8)	
Horas de formación presencial en entrevista clínica, n (%)			0,77
0	3 (12)	1 (3,8)	
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 (%)			0,89
Sí	12 (48)	13 (50)	
No	13 (52)	13 (50)	

Tabla 2 Videograbaciones realizadas en cada fase del PF MOTIVA

Grupo	Fase 1. Nivel EM basal	Fase 2. Nivel EM postaller	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

2,91, incidente crítico 2,81, autoevaluación de la VG 2,55, informe de autorreflexión 2,41, comentario escrito sobre caso clínico de comunicación 2,2, libro de entrevista clínica 1,89, artículo sobre comunicación 1,42, recibir micropíldoras formativas 1,39 y clase magistral 0,96.

El taller de EM es la actividad con mayor impacto junto a la realización de sesiones PBI ($p=0,024$). El perfil competencial de los participantes al inicio del programa no se relacionó con la adherencia al PF MOTIVA ($p=0,82$), siendo la escala EVEM al final del PF MOTIVA la que presenta una relación positiva con la adherencia ($p=0,017$).

Respecto a la formación previa, el 88% del GE había realizado el curso básico de entrevista clínica durante la residencia MIR y el 96% del GC. Respecto a la EM, el 88% había

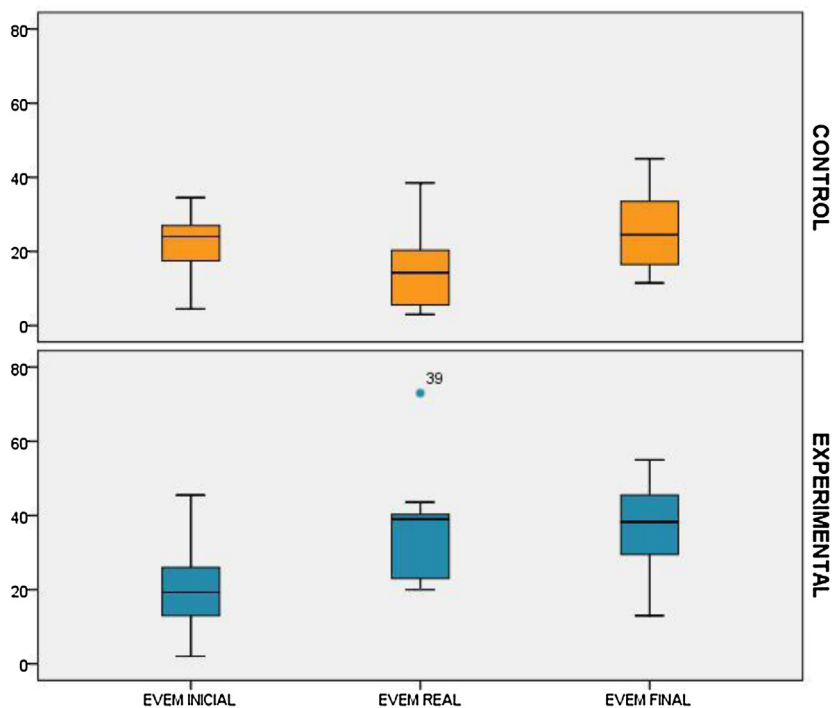
realizado formación presencial en el GE y 96,2 en el GC. Los resultados de la encuesta de satisfacción señalan que el 100% de los participantes tuvieron una clara percepción de mejora en la relación con sus pacientes y en la incorporación de nuevas habilidades de EM. Las 3 herramientas más valoradas para aprender fueron: taller EM (88%), PBI (64%) y feedback personalizado (60%). El 100% recomendaría este programa a sus compañeros.

Discusión

Existen pocos estudios comparables con el PF MOTIVA y ninguno en nuestro país. El tamaño muestral es similar o mayor

Tabla 3 Valoración de las videograbaciones de médicos de familia con pacientes estandarizados y encuentros reales, utilizando la escala EVEM 2.0

VARIABLES	Grupo experimental n = 25 (ptos ± DE), %	Grupo control n = 26 (ptos ± DE), %	Diferencia de medias (IC del 95%)	Diferencia de medias (%)	Valor p
<i>Tercer escalón pirámide Miller (videograbaciones con pacientes estandarizados)</i>					
EVEM inicial, media ± DE (%)	21,27 ± 12,34 (38%)	20,23 ± 8,54 (36%)	1,04 (0,6 a 2,8)	2%	0,79
EVEM postaller, media ± DE (%)	35,16 ± 12,73 (63%)	-	-	-	-
EVEM final, media ± DE (%)	37,64 ± 10,40 (68%)	24,37 ± 10,98 (43%)	13,27 (11,9 a 14,2)	25%	0,001
Diferencia de medias pareadas inicial_final (12 meses) (IC del 95%)	16,37 (14,4-17,4)	4,14 (2,6-5,3)	-	-	-
<i>Cuarto escalón pirámide Miller (videograbaciones en encuentros clínicos con pacientes reales)</i>					
EVEM paciente real 2-4 meses, media ± DE (%)	35,43 ± 12,6 (62%)	15,8 ± 11,5 (31%)	19,6 (18,53 a 21)	31%	0,001
EVEM paciente real 8- 12 meses, media ± DE (%)	35,8 ± 11,4 (66%)	16,7 ± 12,6 (31%)	19,1 (17,9 a 20,3)	35%	0,001
EVEM paciente real global, media ± DE (%)	36,9 ± 12,9 (64%)	15,9 ± 11,1 (28%)	21 (19,2-22,8)	36%	0,001

**Figura 3** Comparación de la escala EVEM con la implantación del Programa MOTIVA.

al de otros estudios de formación en EM en AP¹⁵⁻¹⁷. En la mayoría de ellos utilizan audiograbación y solo algunos VG, aunque con una muestra menor que esta¹⁸⁻²². El estudio EMMEE (Miller et al.²³, 2004) tiene un diseño similar con un taller de 2 días para profesionales del entorno de abuso de sustancias, con 5 brazos que incluye, entre otros, feedback escrito a las audiograbaciones de PR, otro coaching telefónico o ambos. Las conclusiones muestran cómo decae el aprendizaje 4 meses tras el taller. Sin embargo, el feedback y el coaching mantienen dicho aprendizaje.

Durante los 12 meses de desarrollo del PF MOTIVA, las habilidades en EM valoradas mediante la escala EVEM muestran una estabilidad en el tiempo, sin cambios intragrupos (fig. 3).

En el entorno de AP, la escala EVEM representa la mejor opción para evaluar el aprendizaje del estilo motivacional porque tiene validez aparente, de consenso, de contenido, ha demostrado una elevada consistencia interna, excelente reproducibilidad y validez convergente con la escala BECCI²⁴. La misma escala permite evaluar PE y PR. Así,

asumimos que con los PE se evalúa el tercer escalón de Miller y con los PR evaluamos el cuarto.

En un programa formativo largo y con actividades muy variadas, inmerso en el contexto laboral, preocupó *la factibilidad de su desarrollo*. La viabilidad en el contexto de la AP se fue demostrando a medida que avanzaba el programa, consiguiéndose la participación de todos los MF sin diferencias por 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 actividades²⁵, destacando el trabajo del equipo coordinador que se reunía periódicamente online (Second Life, Skype).

El diseño multicéntrico simultáneo del programa cuidó diversos aspectos formativos: contenidos teóricos de EM, autorreflexión sobre práctica clínica, feedback docente, entrenamiento de habilidades comunicativas, participación activa. Se intercaló el trabajo presencial, online, individual y de equipo.

El PF MOTIVA ha integrado las actividades con más evidencia en el impacto del aprendizaje en la bibliografía internacional. No ha incluido charlas magistrales con menos impacto en habilidades, optando por herramientas más interactivas como talleres²⁶ con role-play²⁷, feedback docente²⁸ con metodología PBI²⁹, utilización de PE¹³, incidentes críticos, estudio caso clínico y lectura del libro de referencia en EM¹², y de otros artículos de interés. Se han utilizado recordatorios de conceptos relevantes con un listado imantado adherido al ordenador que recordaba las tareas fundamentales de la EM y micropildoras formativas por WhatsApp y email.

El curso de la EM ha sido la actividad más relevante y una de las mejor valoradas⁹. El ambiente participativo potenció la aportación de experiencias clínicas y el desarrollo de habilidades comunicativas. Cada MF analizó y trabajó el proceso de «desaprender», cuando era necesario, con el objetivo de asimilar e integrar el estilo motivacional en su práctica clínica. No es posible separar el impacto aislado del taller y de los PBI debido a la diferente adherencia al programa de los participantes, por la participación irregular a lo largo del año en función de situaciones personales. Para aislar este impacto debería plantearse un estudio donde estas 2 actividades fueran una rama diferenciada de investigación. Algunos estudios que incluyen solamente un taller también encuentran un incremento del perfil motivacional, pero no realizan seguimiento a largo plazo²³.

Las sesiones de visualización grupal de VG con metodología PBI²⁹ se incluyeron en el PF MOTIVA por la experiencia del grupo coordinador (Programa Comunicación y Salud de SemFYC). Son sesiones donde se comparten el conocimiento y la experiencia de la comunicación médico-paciente con la percepción unánime de generar un gran aprendizaje: el análisis de VG de la propia consulta junto con el feedback de los compañeros y un experto.

Aparte del taller de EM inicial, la actividad que mayor impacto ha demostrado es la participación en las sesiones de PBI ($p=0,024$). Las 3 actividades más valoradas por los expertos en la construcción del IS (taller teórico-práctico, feedback docente y PBI) coinciden con la percepción de los participantes en la utilidad para aprender habilidades de comunicación.

La evaluación sumativa con la escala EVEM determina si el participante ha alcanzado los objetivos específicos de adquisición de habilidades en EM. La evaluación inicial de competencias (baseline) está presente también en muchos estudios de intervención en la formación en EM^{15,16,23,30}. Una vez finalizado el curso de EM, se objetivó la adquisición de habilidades en EM con PE de manera significativa. Estos resultados son congruentes con estudios similares¹⁵.

No encontramos estudios que puedan corroborar la estabilidad en el aprendizaje. El estudio de Baer (2004) mostró una pérdida de habilidades 2 meses después de realizado el curso. Las tareas posteriores, secuenciadas y con feedback probablemente han mantenido las habilidades, permitiendo incorporarlas como hábito en la entrevista clínica. El esfuerzo de los MF por grabarse con sus pacientes y dejarse evaluar por expertos demuestra un interés genuino por aprender. Tal vez el sesgo «del voluntario» influya en la gran adherencia que ha presentado el PF MOTIVA.

La valoración de los encuentros reales demostró diferencias entre ambos grupos y una tendencia mantenida durante 12 meses (GC y GE). El análisis de las VG de los PR del GE objetiva que las habilidades adquiridas durante el taller de EM se llevan a la práctica clínica diaria, mientras el GC sigue utilizando sus habilidades habituales.

Los resultados de la encuesta de satisfacción señalan que todos los participantes tuvieron una clara percepción de mejora en la relación con sus pacientes y en la incorporación de nuevas habilidades de EM, lo que nos estimula en esta línea docente. La eficiencia no se evaluó en este proyecto, sin embargo, ya que no precisó materiales específicos, el coste se acotó al curso formativo y a las sesiones de feedback docente. Los PE no forman parte del diseño del programa, sino de su evaluación, por lo que no se contabilizan como coste de formación. En contraposición a los costes, el PF MOTIVA ofrece a los médicos una herramienta muy útil para problemas de salud prevalentes en AP relacionados sobre todo con hábitos de vida no saludables. Permite alternativas al tratamiento farmacológico y estimula el autocuidado de los pacientes, factores que aumentan la eficiencia.

Para concluir, podemos afirmar que el PF MOTIVA diseñado y evaluado en este proyecto tiene gran aplicabilidad en el entorno profesional de la AP, ha demostrado su factibilidad, los MF han expresado su satisfacción al concluirlo y ha mostrado un claro impacto en la aplicación del modelo comunicativo de la EM.

Financiación

Este trabajo recibió una Beca Isabel Fernández 2012 de la semFYC.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés relacionado con el contenido del manuscrito.

Agradecimientos

A los médicos de Familia que han participado voluntariamente de forma altruista, permitiendo las VG de sus

consultas y el uso de esos vídeos en el foro de trabajo de esta investigación; a los pacientes, que nos permitieron grabarlos en la consulta de su médico de Familia, con la conciencia de que así contribuían a mejorar el conocimiento científico; al Dr. José Antonio Prados, también codirector de esta tesis; al equipo de expertos, Dr. Jesús Novo y Dr. Juan Carlos Arbonés, por su trabajo altruista en el análisis de las VG; a Margarita Criado, por su buen hacer en la secretaría del proyecto, y al Grupo Programa Comunicación y Salud de semFYC, por ser el marco de referencia para el desarrollo y reflexión en nuestro trabajo.

Bibliografía

- Mazmanian PE, Davis DA. Continuing medical education and the physician as a learner: Guide to the Evidence. *JAMA*. 2002;288:1057-60, <http://dx.doi.org/10.1001/jama.288.9.1057> [consultado 5 Mar 2021] Disponible en: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=195246>.
- Davis DA, Thomson MA, Oxman AD, Haynes RB. Changing physician performance: A systematic review of the effect of continuing education strategies. *JAMA*. 1995;274:700-5, <http://dx.doi.org/10.1001/jama.274.9.700> [consultado 5 Mar 2021] Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7650822>
- 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 n.º 10. *Med Teach*. 2008;30:124-45, <http://dx.doi.org/10.1080/01421590701881699> [consultado 5 Mar 2021] Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18464136>
- 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 physician behavior or health care outcomes? *JAMA*. 1999;282:867-74 [consultado 5 Mar 2021] Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17391579>.
- Cervero RM, Gaines JK. Effectiveness of continuing medical education: updated synthesis of systematic reviews. Accreditation Council for Continuing Medical Education. 2014, 652.20141104 [consultado 5 Mar 2021] Disponible en: https://www.acme.org/sites/default/files/652.20141104_Effectiveness_of_Continuing_Medical_Education_Cervero_and_Gaines.pdf
- Lundahl BW, Kunz C, Brownell C, Tollefson D, Burke BL. A meta-analysis of motivational interviewing: Twenty-five years of empirical studies. *Research on Social Work Practice*. 2010;20:137-60, <http://dx.doi.org/10.1177/1049731509347850>.
- Pérula L, Bosch J, Bóveda J, Campiñez M, Barragán N, Arbonés 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 [consultado 5 Mar 2021] Disponible en: <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>
- Miller W, Moyers T. Eight stages in learning motivational interviewing. *Journal of Teaching in the Addictions*. 2006;5:3-17 [consultado 5 Mar 2021] Disponible en: https://cdn.mednet.co.il/2017/12/Eight_Stages_of_MI-1.pdf
- Miller W, Rollnick S. *Motivational interviewing: Helping people change*. NY, London: Guilford Press; 2013.
- 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.
- Campiñez M, Pérula L, Bosch JM, Barragán N, Arbonés JC, Novo J, et al. Measuring the quality of motivational interviewing in primary health care encounters: The development and validation of the motivational interviewing assessment scale (MIAS). *European Journal of General Practice*. 2016;22:182-8, <http://dx.doi.org/10.1080/13814788.2016.1177508> [consultado 5 Mar 2021] Disponible pdf: <https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/13814788.2016.1177508?needAccess=true>
- Miller GE. Conference summary of Consensus on the use of Standardized Patients in the Teaching and Evaluation of Clinical Skills. Washington D.C. December 3-4, 1992. *Acad Med*. 1993;68:471-8.
- Miller GE. The assessment of clinical skills /competence /performance. *Academic Medicine*. 1990;65:563-7 [consultado 5 Mar 2021] Disponible en: <http://winbev.pbworks.com/f/Assessment.pdf>.
- 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*. 2016;99:300-3, <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2015.08.013>.
- 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 2 models. *Patient Educ Couns*. 2015;98:61-8.
- Carroll KM, Ball SA, Nich C, Martino S, Frankforter TL, Farentinos C, et al. Motivational interviewing to improve treatment engagement and outcome in individuals seeking treatment for substance abuse: a multisite effectiveness study. *Drug Alcohol Depend*. 2006;81:301-12, <http://dx.doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2005.08.002>.
- Stoller R, Geertsma R. Construction of a final examination to assess clinical judgment in psychiatry. *J Med Educ*. 1958;33:837-40.
- 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;71:744-8 [consultado 5 Mar 2021]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9158342/>
- Hulsman RL, van der Vloodt J. Self-evaluation and peer-feedback of medical students' communication skills using a web-based video annotation system. Exploring content and specificity. *Patient Educ Couns*. 2015;98:356-63, <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2014.11.007>.
- 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 Fam Pract*. 2006;7 [consultado 5 Mar 2021] Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1471-2296/7/62.pdf>
- 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 [consultado 5 Mar 2021] Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1365-2923.2010.03917.x>
- Miller WR, Yahne CE, Moyers TB, Martinez J, Pirritano M. A randomized trial of methods to help clinicians learn motivational interviewing. *J Consult Clin Psychol*. 2004;72:1050-62, <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.72.6.1050>.
- Lane C, The Behaviour Change Counselling Index (BECCI). Manual for coding behaviour change counselling. Medicine UoWCo, editor; 2002 [consultado 5 Mar 2021]. Disponible

- en: <https://www.motivationalinterviewing.org/sites/default/files/BECCIManual.pdf>
25. Ruiz Moral R. Educación médica: manual práctico para clínicos. Madrid: Médica Panamericana; 2009.
 26. 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. *Cochrane Database Syst Rev.* 2009;15:CD003030, <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD003030.pub2> [consultado 5 Mar 2021] Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7138253/>.
 27. 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 Educ Couns.* 2011;98:152–62 [revisado 5 Mar 2021]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20673620/>.
 28. Hattie J, Timperley H. The power of feedback. *Review of Educational Research.* 2007;77:81–112 [consultado 5 Mar 2021]. Disponible en: <https://educacion.udd.cl/files/2018/04/The-Power-of-Feedback.pdf>
 29. 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 [consultado 5 Mar 2021]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1313440/>
 30. 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 [consultado 5 Mar 2021]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18452516/>