Seguro que mi paciente me miente. ¿Qué hago?

Manuel de la Flor Benítez
Médico de Atención Primaria. Centro de Salud Nuestra Señora de Gracia. Carmona (Sevilla)

CASO CLÍNICO

Varón de 36 años de edad que acude al servicio de Urgencias de su centro de salud por cuadro de opresión retroesternal y disnea. Los síntomas aparecen la noche anterior y el paciente lo achaca en principio a una cena copiosa, por lo que no acude de inmediato.

Días antes padece un proceso faringoamigdalar que se trata con antibioterapia.

Exploración: presión arterial de 145/90 mmHg; glucemia de 275 mg/dl; saturación de oxígeno del 99 %; electrocardiograma en ritmo sinusal a 61 spm con ascenso de ST en II, III y aVF.

Ante la sospecha de un síndrome coronario agudo se procede al traslado asistido al hospital de referencia, donde, tras ser valorado, ingresa en la Unidad de Cuidados Coronarios.

Durante su estancia se le practica una coronariografía sin evidenciar lesión de vasos y una ecocardiografía sin alteraciones de interés.

El paciente evoluciona favorablemente y se le da el alta con los diagnósticos de perimiocarditis, hipertensión arterial y diabetes mellitus (DM) tipo 2.

Entre sus antecedentes personales destacan cifras conocidas elevadas de presión arterial y de glucemia basal, detectadas en los exámenes laborales de empresa. A pesar de antecedentes familiares de hipertensión arterial y DM, el paciente no hace tratamiento, pues no lo considera necesario, ya que hasta entonces se había encontrado bien.

Hábitos: fumador de unos 20 cigarrillos al día. Bebedor moderado. Presenta obesidad exógena con índice de masa corporal de 35,3 kg/m^2.

Una vez en la consulta de Atención Primaria, y tras el episodio sufrido, muestra preocupación por su salud e inicia tratamiento dietético y farmacológico con metformina (850 mg) cada 12 horas y ramipril (2,5 mg) cada 24 horas.

Revisión a los tres meses: ha bajado 7 kg de peso. Controles de glucemia capilar entre 157 y 189 mg/dl. Hemoglobina glucosilada (HbA_{1c}): 8,2 %.

Revisión a los seis meses: mantiene el mismo peso y la HbA_{1c} es del 8,6 %. Ha faltado a una consulta de enfermería y asegura hacer el tratamiento.

Revisión al año: ha recuperado 3 kg de peso y la HbA_{1c} es del 8,9 %. El paciente asegura hacer la dieta y ejercicio recomendados y tomar la medicación.

Se comprueba en la agenda la ausencia a varias citas de enfermería y en la prescripción electrónica se observa incumplimiento terapéutico, pues existen intervalos en los que no ha sacado la medicación de la farmacia en la fecha que debiera.

IMPORTANCIA DEL CONTROL DE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN LOS PACIENTES CON DIABETES

En relación con los sujetos con DM tipo 2, las principales sociedades científicas (American Diabetes Association [ADA] y European Association for the Study of Diabetes [EASD]), establecen un riesgo *a priori* alto o muy alto, y por ello recomiendan utilizar objetivos preventivos concretos[1].

A pesar de ello, el control de estos se consigue aproximadamente en el 10-15 % de los casos.

Recomendaciones

Modificación del estilo de vida. Dieta, ejercicio físico y tabaquismo

En nuestro medio, la dieta mediterránea se considera la mejor en cuanto a cardioprotección, lo que hace que sea la más recomendable.

La importancia del ejercicio físico de forma regular radica en el aumento de la captación de glucosa. Se recomienda que los pacientes con DM realicen al menos 150 minutos por semana de actividad física aeróbica moderada, repartidos en al menos tres días en la semana.

Dentro de los factores de riesgo cardiovascular (FRCV), el tabaco es especialmente importante, por ser un factor modificable. Se debe aconsejar al paciente con DM que deje de fumar, ya que está demostrado el aumento del riesgo cardiovascular total, mortalidad, ictus e infarto agudo de miocardio en el paciente con DM y fumador.

Obesidad

El objetivo del tratamiento de la obesidad es disminuir el porcentaje de grasa corporal para reducir las complicaciones cardiovasculares. Se recomienda la pérdida de peso en todo individuo con sobrepeso u obesidad, por su efecto beneficioso, entre otras cosas, sobre la resistencia a la insulina.

Pequeñas pérdidas de peso, del 5-10 %, conllevan un mejor control de parámetros clínicos y metabólicos.

Control glucémico

La disminución de la HbA_{1c} a cifras cercanas al 7 % reduce las complicaciones micro y macrovasculares. Hoy se recomienda individualizar el grado de control glucémico en función de las características de cada paciente, sobre todo atendiendo a la edad y a la presencia de comorbilidades.

Presión arterial

El objetivo del control de la presión arterial en el paciente con DM debe individualizarse; no obstante, se aconseja de forma global mantener una presión arterial sistólica menor de 140 mmHg. La presión arterial diastólica debe estar por debajo de los 90 mmHg.

Lípidos

En la DM tipo 2 es necesaria la prevención precoz e intensiva mediante tratamiento hipolipemiante, además de cambios en los estilos de vida. En pacientes con DM y enfermedad cardiovascular o enfermedad renal crónica y que tienen uno o varios FRCV, se debe tender a cifras de colesterol ligado a lipoproteínas de baja densidad por debajo de 70 mg/dl. La ADA recomienda el uso de estatinas en pacientes con DM sin enfermedad cardiovascular, con más de 40 años y uno o más FRCV (antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular, hipertensión arterial, tabaquismo, dislipemia o albuminuria).

Se aconseja mantener los triglicéridos por debajo de 150 mg/dl y el colesterol ligado a lipoproteínas de alta densidad por encima de 40 mg/dl en varones y por encima de 50 mg/dl en mujeres.

Ácido acetilsalicílico

En prevención primaria el beneficio no está demostrado. Se recomienda en varones por encima de los 50 años o en mujeres mayores de 60 años que tienen al menos un FRCV mayor.

SOSPECHA DE QUE EL PACIENTE MIENTE

En la relación medico-paciente, la veracidad es un principio fundamental, y la expresión por parte del paciente de todos los síntomas, creencias, miedos y vivencias, junto con la detección de los signos físicos que lo acompañan, permite al clínico llegar al diagnóstico correcto para poder poner los medios oportunos[2].

La sospecha de simulación se da cuando:

- No existe una clara correlación entre las quejas del paciente y la exploración clínica.
- Aparece una discrepancia manifiesta entre las pruebas médicas objetivas y la situación clínica.
- No existe la debida cooperación del paciente durante el proceso de valoración diagnóstica o cuando se incumplen los tratamientos prescritos.

Para reconocer que un paciente está simulando contamos con las herramientas que se detallan a continuación.

La entrevista clínica

Durante la entrevista es muy importante tener en cuenta los siguientes elementos.

La información no verbal que nos transmite el paciente

Sus componentes más importantes son:

- *El contacto visual-facial*. La persona que está mintiendo va a tratar de hacer todo lo posible para evitar tener contacto con los ojos de otra persona.
- *Gestualidad*. Muchos sujetos reducen su gestualidad global en el acto de mentir. Disminuyen los movimientos

ilustradores y aumentan los adaptadores y el encogimiento de hombros.

- *Movimientos de brazos y piernas*. Cuando se dice la verdad, las palmas de las manos suelen estar visibles y hacia arriba. Las piernas tienden a estar estiradas y con total movilidad.
- *Movimientos corporales*. Cuando se miente, se dan más cambios posturales y falta de coordinación y asimetría entre estos, así como cambios en la intensidad de la voz y los gestos, con respecto a cuando se dice la verdad.
- *Sonrisa*. Es la expresión facial más compleja. Su sola presencia no nos proporciona indicios de veracidad o falsedad.

El relato verbal

El paciente simulador no está dispuesto a brindar un testimonio preciso, con detalles. Sus respuestas no parecen naturales y normalmente impresionan como ensayadas y poco espontáneas. Con frecuencia se ve a la persona distraída y al indagar por los síntomas se muestra dubitativa o contradictoria.

En el mundo real no suelen existir claves perfectas. Tanto la conducta verbal como la no verbal no son indicadores totalmente fiables para detectar el engaño. Las personas que dicen la verdad y las que mienten se comportan y hablan de manera muy similar[3].

Manifestaciones fisiológicas

Inspiración más profunda de lo normal tras la emisión de un mensaje falso. Pulsaciones visibles de la carótida, sequedad de boca, carraspeo, cambios en el ritmo respiratorio, cambio de color en la cara y sudoración.

Exploración física y pruebas complementarias

La falta de convergencia entre la sintomatología que refiere el paciente y los signos clínicos obtenidos obliga a realizar pruebas complementarias para llegar a un diagnóstico diferencial.

Test psicométricos

Desarrollados sobre todo desde el campo de la psicobiología, la salud mental y la actividad forense, para confirmar la sospecha de que un determinado paciente está simulando. En Atención Primaria no son de aplicación práctica, dada la escasez de tiempo en las consultas.

INCUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO

En España, Emilio Márquez Contreras ha definido cumplimiento de la siguiente manera: «La medida en que el paciente asume las normas o consejos dados por el médico o personal sanitario, tanto desde el punto de vista de hábitos o estilo de vida recomendados como del propio tratamiento farmacológico prescrito, expresándose con él el grado de coincidencia entre las orientaciones dadas por el profesional y la realización por parte del paciente, realizadas estas tras una decisión completamente razonada por este»[4].

Las características de numerosos problemas de salud y sus tratamientos hacen necesaria la participación activa de los pacientes, y el incumplimiento de las prescripciones terapéuticas supone un incremento de los riesgos con los correspondientes efectos sobre los indicadores de morbimortalidad.

Se estima que una media de un 40 % de los pacientes no cumple adecuadamente las recomendaciones terapéuticas de sus médicos.

La primera vía de evaluación del cumplimiento como forma más directa es preguntar al propio médico que atiende al paciente y que se basa en la información que el médico obtiene de su paciente en la entrevista clínica y mediante pruebas como, por ejemplo, el test de Haynes-Sackett.

La segunda vía también directa es preguntar al paciente, por ejemplo, mediante autorregistros.

La tercera vía es preguntar a algún familiar que convive con el paciente.

Otras formas más objetivas son contar las pastillas restantes en el envase en tiempo determinado y calcular el porcentaje de cumplimiento según diversas fórmulas para establecer si sigue la pauta de ingestión establecida.

Otro procedimiento es utilizar dispensadores mecánicos o electrónicos que registren el número de tomas y el momento en que se producen.

La valoración de la asistencia a citas programadas también se usa para evaluar el cumplimiento. Finalmente, otra forma objetiva es la de emplear pruebas bioquímicas.

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA CONDUCTA DE CUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO5

- *Variables sociodemográficas:* sexo, edad, clase social y estado civil.
- *Características del propio régimen terapéutico:* los tratamientos tienen características muy diferentes en complejidad,

duración, coste, efectos secundarios y grado en que exigen modificación de los hábitos de vida del paciente.
- *Factores relacionados con las características de la enfermedad:* en particular, la gravedad de la enfermedad percibida por el paciente, así como la vulnerabilidad percibida ante la enfermedad o sus consecuencias.
- Factores relacionados con los *costes derivados del tratamiento.*
- *Características psicosociales del paciente:* factores cognitivos y emocionales.

Uno de los factores más relevantes para el cumplimiento es la interacción entre el médico y el paciente. Cuando el estilo del médico se centra en el paciente, aumenta el cumplimiento y la satisfacción.

La gestión de la calidad asistencial está ligada a la gestión del cumplimiento terapéutico.

Por lo que se refiere a los médicos, el camino más importante pasa por mejorar su estilo de relación con el paciente, que incluye simplificar las instrucciones mediante el empleo de un lenguaje claro, usar oraciones específicas y concretas y dividir los tratamientos complicados y complejos en partes más cortas y sencillas.

Una mejor gestión del cumplimiento terapéutico en la Atención Primaria ha de mejorar a su vez la calidad de la asistencia sanitaria.

La mayor parte de las variables que tienen que ver con el cumplimiento de las prescripciones terapéuticas está relacionada con las percepciones del paciente, y se sabe que la percepción del paciente es extremadamente importante en los modelos de gestión total de la calidad.

En resumen, si se quiere asegurar el éxito terapéutico y conseguir así calidad asistencial, son necesarias unas condiciones de trabajo con un entorno y tiempo mínimo para atender al paciente muy alejadas de la situación actual.

Hoy en día es conocida la asociación entre el incumplimiento del tratamiento farmacológico y el menor grado de control de las enfermedades crónicas e incluso su asociación con una mayor morbimortalidad cardiovascular.

MÉTODOS DE MEDIDA DEL CUMPLIMIENTO EN LA DIABETES

Métodos directos

Se basan en el análisis de las concentraciones en orina o en sangre del fármaco. Su uso no se ha extendido en la práctica clínica.

Métodos indirectos

Los mayores inconvenientes de los métodos indirectos son la falta de objetividad y una baja sensibilidad:
- *Método basado en el control de la enfermedad.* Ante un paciente con DM y una HbA_{1c} mayor del 7 % hay que plantearse en primer lugar si el paciente cumple correctamente con las medidas del tratamiento.
  Un paciente puede ser mal cumplidor habitual y, sin embargo, ante la proximidad de la visita de control de la DM cumplir correctamente con el tratamiento los días previos. En ese caso las cifras de glucemia pueden estar bajo control, pero no así la HbA_{1c}.
- *Método basado en el conocimiento sobre la enfermedad.* Un paciente conocedor de su enfermedad es mejor cumplidor. En España, el test de Batalla es el más conocido. Las preguntas incluidas en el test de Batalla adaptadas a la DM podrían ser las siguientes: «¿La DM es una enfermedad para toda la vida?», «¿La DM se puede controlar con dieta y medicación?», «Cite dos o más órganos que se vean afectados por la DM».
- *Asistencia a visitas programadas.* Se considera incumplidor al paciente que no acude de manera reiterada a las visitas programadas.
- *Método basado en el juicio clínico del médico.* Se basa en la experiencia práctica del profesional.
- *Método basado en la presencia de efectos colaterales del fármaco.*
- *Técnica de la comprobación fingida.*
- *Método del cumplimiento autocomunicado:*
  - Haynes y Sackett consideran cumplidor a aquel sujeto cuyo porcentaje de cumplimiento autocomunicado está entre el 80 y el 100 %. La sensibilidad es baja, aunque muy específica. Se intenta crear un ambiente adecuado de conversación y se le comenta al paciente la dificultad de los enfermos para tomar la medicación mediante la siguiente frase: «La mayoría de pacientes tiene dificultades en tomar todos sus comprimidos. ¿Tiene usted dificultades en tomar los suyos?». Si responde que no, es posible que no nos diga la verdad.
  - El test de Morisky-Green es otro método indirecto que realiza las siguientes preguntas: «¿Se olvida alguna vez de tomar los medicamentos para la DM?», «¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?», «Cuando se encuentra mejor, ¿deja de tomar la medicación?», «Si alguna vez le sientan mal los medicamentos, ¿los deja de tomar?».
  - Una sola respuesta incorrecta califica al paciente como incumplidor.
  - Test de Prochaska y Diclemente. En este test se consideran incumplidores aquellos individuos que se encuentran en las fases de precontemplación,

contemplación y preparación, mientras que son cumplidores quienes se encuentran en las fases de acción y mantenimiento.
  - Test de Hermes.
  - Test de Herrera Carranza.
- *Método basado en el recuento de comprimidos*. Recuento a través de monitores electrónicos de control de la medicación y recuento simple de comprimidos.
- *Método basado en aplicaciones informáticas*. El sistema informático en la consulta permite saber con certeza si el paciente ha adquirido la medicación. Ahora bien, como ocurre en todos los métodos indirectos, esto no garantiza que el paciente tome los medicamentos, aunque sí permite conocer a los incumplidores que no acuden a la farmacia en la práctica clínica. Si bien es recomendable evaluar el cumplimiento en todos los pacientes con patologías crónicas en las que se interviene con cambios de estilo de vida y fármacos, ello no siempre es posible.

Hay un número importante de enfermos que mienten cuando dicen que toman la medicación.

Es evidente que la identificación de los pacientes incumplidores resulta fundamental. Por ello, los profesionales de la salud deben aplicar estos métodos incorporándolos a la práctica asistencial diaria.

Aunque sean menos fiables que los métodos directos, los indirectos son más sencillos y económicos, por lo que resultan extremadamente útiles en Atención Primaria.

El test más usado es el de Morisky-Green. Se sugiere la utilización (como método más práctico, ágil e idóneo para valorar el cumplimiento terapéutico en Atención Primaria y para intentar obtener un conocimiento del cumplimiento lo más exacto y cercano a la realidad) de la combinación de dos test validados en diferentes enfermedades: el de Morisky-Green y el de Batalla, por la alta especificidad y el alto valor predictivo positivo del primero y la buena sensibilidad del segundo[6].

La Organización Mundial de la Salud considera la falta de cumplimiento de los tratamientos crónicos y sus consecuencias negativas (clínicas y económicas) un tema prioritario de la salud pública[7].

ESTRATEGIAS PARA MEJORAR EL CUMPLIMIENTO EN LA PRÁCTICA CLÍNICA DIARIA

En nuestro país, en prevención cardiovascular, siempre llegamos demasiado tarde, y ello se debe a que se conoce solo la mitad de los FRCV en la población. De ellos solo se trata la mitad, y de estos están controlados la mitad. Esta regla de las mitades se acepta para factores de riesgo tan prevalentes y asintomáticos como la hipertensión arterial, la dislipemia y la DM[8].

Ayudar a las personas a convivir con su DM requiere que entiendan la problemática que genera dicha enfermedad en su ambiente y entorno familiar, laboral y social.

Desde la escuela canadiense se acepta que las mejores estrategias para mejorar el cumplimiento tienen que ser mixtas. Es decir, el conocimiento *per se* es insuficiente y hay que completarlo con técnicas que modifiquen conductas. Además, estas intervenciones tienen que ser permanentes y continuas durante el seguimiento, si no el beneficio se agota en el tiempo.

Los principios fundamentales en las estrategias para modificar el incumplimiento dentro de los FRCV, y sobre todo en DM, son:

- En todo paciente que no esté bien controlado, antes de modificar el tratamiento, hay que preguntar por su cumplimiento, tanto higienicodietético como farmacológico. Se debe valorar si acude a las citas de seguimiento.
- Hay que evaluar la relación entre grado de control y cumplimiento terapéutico.
- Integración del cumplimiento autocomunicado o test de Haynes-Sackett. La elección de las intervenciones tiene que ser individualizada en función del conocimiento del paciente. El sanitario debe conocer los cuatro principios fundamentales que influyen en la relación con los pacientes a la hora de valorar si estos cumplen o no. Son: comunicación eficaz, entrevista clínica motivacional, empatía y toma de decisiones compartidas.

Ya advertía Hipócrates a sus discípulos de que, cuando un paciente afirma cumplir lo que se le ha indicado, habitualmente no manifiesta la verdad.

Ante un paciente incumplidor, antes de establecer una estrategia que modifique su conducta y aumente su adherencia al tratamiento, tenemos que hacerle dos preguntas: «¿Por qué incumple?» y «¿Cuáles son los motivos?».

Los seis grandes factores que influyen en el incumplimiento terapéutico son: el paciente como decisor razonado, las características del profesional sanitario, su relación con el paciente, el entorno del paciente, la percepción subjetiva sobre la enfermedad y el tipo de tratamiento.

En la DM podemos teorizar que, cuando estos pacientes sufran complicaciones sintomáticas, el cumplimiento será mayor,

ya que la percepción subjetiva sobre la gravedad de su situación aumenta y pierde peso el carácter asintomático de la DM que favorecería el incumplimiento. Es muy difícil abordar creencias de pacientes cuando estos toman la decisión de ser incumplidores en función de sus vivencias, opiniones, actitudes y percepciones.

La selección de las intervenciones tiene que ser individualizada en función de un conocimiento exhaustivo del paciente.

Las estrategias más eficaces son:

- Mejorar el conocimiento orientado a conseguir que el paciente cumpla regularmente todos los días el régimen terapéutico prescrito. Numerosos pacientes tienen creencias erróneas sobre el tratamiento prescrito.
- Simplificación del régimen terapéutico.
- Consejo estructurado. Valorar las creencias, circunstancias personales, información que tiene y percepciones del paciente junto con sus preocupaciones.
- Educación diabetológica grupal.
- Estrategias basadas en recuerdos periódicos de la toma correcta. Recuerdo del horario de la toma de la medicación. El 25 % de los individuos comunica que el olvido en una o más tomas es la causa de su incumplimiento. Asociar la toma de medicamentos a situaciones diarias como lavarse los dientes.
- Apoyos familiares y sociales.
- Favorecer la percepción de los beneficios terapéuticos.
- Favorecer la comprensión del régimen terapéutico.

El paciente puede decidir seguir los consejos terapéuticos o puede decidir no tomar la medicación, modificar el número de dosis o su periodicidad, en muchas ocasiones con un motivo no comunicado.

Una vez conocida la opinión de su médico, se formará su propia opinión, que contrastará con sus creencias, su situación personal y familiar y el desarrollo de sus actividades diarias. Si estas coinciden y no se produce un conflicto entre ellas, el paciente será probablemente un buen cumplidor.

ENTREVISTA MOTIVACIONAL

Una de las tareas prioritarias de los profesionales sanitarios es promover comportamientos saludables en los pacientes, tanto para mejorar su nivel de salud como para prevenir enfermedades.

La motivación o deseo de cambio para modificar conductas y hábitos insanos depende de muchos factores.

Las técnicas motivacionales se basan principalmente en el respeto al paciente, a sus creencias y escala de valores.

No es posible motivar a nadie para sacrificarse si no ve muy claro que va a sacar beneficio[9].

Modelo de estadios del cambio

Prochaska y Diclemente describieron el modelo de estadios del cambio, donde estos se sitúan circularmente y no funcionan como etapas en un solo sentido. Cada estadio registra una actitud mental diferente e implica un tipo de motivación también distinto. Son:

- *Precontemplación.* El paciente no ve o no quiere ver ningún problema en su conducta. Podemos incrementar el nivel de contradicción, pero hay que evitar las resistencias.
- *Contemplación.* Empieza a sopesar los pros y contras, aunque no se ve todavía con ánimo de intentar un cambio. Nuestra actuación se centrará en desarrollar estrategias adecuadas para moverlo hacia la preparación.
- *Preparación.* Decide intentar un cambio y requiere tener confianza en poder controlar la nueva conducta. Tenemos que evitar las prisas y evaluar el nivel de compromiso para el cambio.
- *Acción.* Se pone en práctica la decisión tomada. Debemos incrementar el sentido de autoeficacia del paciente.
- *Mantenimiento.* Mantener el cambio y consolidarlo. Evaluar con el paciente las situaciones de riesgo alto y desarrollar habilidades de afrontamiento.
- *Recaída.* Vuelve a la conducta anterior y a estadios anteriores. Evaluar los intentos previos de cambio y los sentimientos asociados a la aparición de la conducta.

Podemos identificar en qué fase del proceso está el paciente y ayudarle a ir transitando dentro del círculo hacia el cambio de hábitos y su mantenimiento.

Resulta útil en Atención Primaria por varias razones:

- Facilita un trabajo más realista y eficiente.
- Plantea una ayuda continuada.
- La recaída no se considera un fracaso del paciente ni del profesional. Los intentos fallidos sirven de aprendizaje.

La motivación o deseo de cambio fluctúa de un momento a otro y de una situación a otra.

La entrevista motivacional es un tipo de entrevista clínica centrada en el paciente que, fundamentalmente, le ayuda a explorar y resolver ambivalencias acerca de una conducta o hábito insano para promover cambios hacia un estilo de vida más saludable. Permite al profesional de Atención Primaria provocar un aumento en la motivación del paciente teniendo en cuenta cuál es su nivel de motivación basal y respetando siempre sus últimas decisiones sin penalizarlo por ello.

La entrevista motivacional se basa en cinco principios:

- Expresar empatía.
- Desarrollar la discrepancia.
- Evitar argumentar y discutir con el paciente.
- Trabajar la resistencia del paciente.
- Apoyar y fomentar el sentido de autoeficacia.

No podemos olvidar que el paciente es responsable de escoger y realizar el cambio, y nosotros le prestamos ayuda si lo desea. Ofrecemos cinco técnicas para intentarlo:

- *Preguntas abiertas*. Una persona, cuando habla, elabora información y emociones asociadas a lo que va diciendo.
- *Escucha reflexiva*. Es una de las habilidades fundamentales de la entrevista motivacional. Con la escucha reflexiva se intenta comprender lo que el paciente quiere decir con exactitud.
- *Reestructuración positiva*.
- *Resumir*.
- *Afirmaciones de automotivación*.

El trabajo del profesional en este tipo de entrevista es facilitar la expresión por el propio paciente de los argumentos para cambiar.

Entrevista motivacional breve

Necesitamos técnicas breves y eficaces para aplicar la entrevista motivacional a la realidad del tiempo de consulta en Atención Primaria. Hay dos principios básicos:

- Evitar la confrontación con el paciente.
- Facilitar que el paciente verbalice motivos de preocupación por su conducta.

Tiene cuatro momentos diferenciados:

- Inicio de la entrevista.
- Exploración de motivos de preocupación.
- Elección de opciones para el cambio mediante preguntas abiertas y escucha reflexiva.
- Realizar un sumario de lo expresado por el paciente y preguntarle si es correcto.

La entrevista motivacional puede ser eficaz incluso en intervenciones breves de menos de 15 minutos, y tener más de un encuentro aumenta la probabilidad de conseguir un efecto positivo.

Es una intervención que podría ser beneficiosa para motivar cambios de conducta en algunas afecciones prevalentes en Atención Primaria, consideración que debemos tener presente, ya que ha demostrado sus beneficios incluso de forma abreviada. Requiere el aprendizaje de ciertas habilidades para su implementación en la práctica clínica habitual[10].

CONCLUSIÓN

Presentamos el caso de un paciente con enfermedad crónica y riesgo de desarrollar complicaciones cardiovasculares. Sin embargo, sus creencias y su entorno lo llevan a no dar importancia a su estado de salud, asintomático hasta entonces. Tras un evento, el miedo le hace iniciar un tratamiento que no continúa en el tiempo. Incumple el régimen terapéutico y miente a su médico. Detectada la situación de incumplidor, y ante las características individuales del paciente y el conocimiento que de él tenemos desde el punto de vista profesional, se decide intervenir utilizando como herramienta la entrevista emocional, para intentar conseguir influir en las etapas de cambio y que sea él quien tome las decisiones respecto al control de su enfermedad. Somos conscientes de que es una tarea lenta y debe ser continuada en el tiempo.

BIBLIOGRAFÍA

1. American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes. Diabetes Care 2016;39(Suppl 1):S60-71.
2. Rodríguez Sanz J, Kurtz Luna C. Sospechar que un paciente está simulando. FMC 2011;18:642-5.
3. De Paulo BM, Lindsay JJ, Malone BE, Muhlenbruck L, Charlton K, Cooper H. Cues to deception. Psychol Bull 2003;129:74-118.
4. Márquez Contreras E. El incumplimiento en el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 en España. Hipertensión y Riesgo Vascular 2012;29(Supl 1):S8-13.
5. Rodríguez-Marín J. Cumplimiento de regímenes terapéuticos y calidad asistencial. Revista de Calidad Asistencial 2006;21:255-63.
6. De la Figuera M. Métodos de medida del cumplimiento terapéutico en la diabetes tipo 2. Hipertensión y Riesgo Vascular 2012;29(Supl 1):S14-9.
7. WHO. Adherence to long-therm therapies. Evidence for action. Geneve: World Health Organization; 2004. Disponible en: http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_introduction.pdf. Último acceso: 18 de octubre de 2017.
8. Márquez Contreras E, Casado Martínez JJ. El incumplimiento farmacológico en las enfermedades cardiovasculares. Med Clin 2001;116(Supl 2):S54-6.
9. Rivera Mercado S, Villouta Casinelli MF, Ilabaca Grez A. Entrevista motivacional: ¿cuál es su efectividad en problemas prevaleces en Atención Primaria? Aten Primaria 2008;40:257-61.
10. Lizarraga S, Agarra M. Entevista motivacional. Anales del Sistema Sanitario de Navarra 2001;24(Supl 2):S45-53.