

# Habilidades de comunicación en la práctica médica

Wilma Penzo (Coordinación)

Jordi Blanch

Jordi Delàs

---

## Índice

Organización.....	2
Test inicial.....	5
Test final .....	7
Tema 1. La entrevista diagnóstica. Texto.....	9
Tema 1. La entrevista diagnóstica. Preguntas guía .....	16
Tema 1. La entrevista diagnóstica. Actividades de aplicación .....	17
Tema 2. La entrevista para prescribir. Texto.....	18
Tema 2. La entrevista para prescribir. Preguntas guía .....	29
Tema 2. La entrevista para prescribir. Actividades de aplicación .....	30
Anexo I: Materiales para la autocorrección .....	32

## Organización

### Grupos

Para saber a qué grupo pertenece cada estudiante, hay que mirar el documento *Composición de los grupos*. Si hay algún error o quieren pedir un cambio, háganlo por correo electrónico.

Hay tiempo hasta el \_\_\_\_\_

### Programa y calendario

La asignatura se articula en dos temas o bloques temáticos.

Tema 1  La entrevista diagnóstica

Tema 2  La entrevista para prescribir

En la asignatura hay tres sesiones presenciales. El resto del tiempo es para el trabajo autónomo individual o en grupo.

### Sesiones presenciales

1ª \_\_\_\_\_ Explicación del funcionamiento de la asignatura y formación de los grupos

2ª \_\_\_\_\_ Comentario de las actividades de aplicación del primer tema (*Entrevista diagnóstica*) y de las entrevistas realizadas.

3ª \_\_\_\_\_ Comentario de las actividades de aplicación del segundo tema (*Entrevista para prescribir*) y de las entrevistas realizadas.

### Actividades que hay que realizar entre la primera y la segunda sesión presencial

#### 1. Test inicial

- Realizarlo antes de haber leído o estudiado el texto
- Enviarlo. Identificación del documento: **Apellido Nombre-Test inicial**
- Fecha límite para enviarlo: \_\_\_\_\_

#### 2. Estudio del Tema 1

- Los materiales de estudio son el **texto** (*La entrevista diagnóstica*), los **videos de ejemplos**, a los que se accede mediante enlaces en el texto, las **preguntas guía** y las **actividades de aplicación**.

#### 3. Actividades de aplicación

- Llevar el documento con las actividades de aplicación del Tema 1 al propio disco duro.
- Resolverlas individualmente.
- Poner en común las respuestas con los demás miembros del grupo y elaborar una respuesta consensuada
- Revisar el documento: *Actividades de aplicación 1. Respuestas* y usarlo como base para la corrección
- Enviar a la profesora un documento con la primera respuesta del grupo (punto c de este esquema) y su corrección, así como los posibles desacuerdos.
- Identificación del documento: **Grupo X-Actividades de aplicación 1**

#### 4. Entrevistas.

Cada estudiante recibirá una historia clínica. Las instrucciones sobre lo que tiene que hacer estarán al principio del documento.

- Realizar las entrevistas
- Enviar las historias corregidas y las grabaciones del grupo. Fecha límite: \_\_\_\_\_

## Actividades que hay que realizar entre la segunda y la tercera sesión presencial

---

### 1. Estudio del Tema 2

Los materiales de estudio son el **texto** (*La entrevista para prescribir*) los **videos de ejemplos**, las **preguntas guía** y las **actividades de aplicación**.

### 2. Actividades de aplicación

El procedimiento es igual que en el primer tema.

Identificación del documento que hay que enviar: **Grupo X-Actividades de aplicación 2**

### 3. Entrevistas

El procedimiento es igual que para las entrevistas del primer tema

Fecha límite para enviar las grabaciones: \_\_\_\_\_

## Actividades que hay que realizar después de la tercera sesión presencial

---

### 1. Test final

- a. Realizarlo.
- b. Enviarlo. Identificación del documento: **Apellido Nombre-Test final**
- c. Fecha límite: \_\_\_\_\_

## HOJA DE RUTA PARA LAS ENTREVISTAS

### Cada estudiante:

- Recibe la historia
- La completa (Ver, a continuación, **Apartados que ha de tener una historia**). Puede aumentar la información, sobre todo con detalles que tengan que ver con la biografía o con características del paciente (por ejemplo, que haya venido a la consulta presionado por sus familiares o tenga un conocido muerto por una enfermedad parecida a la que él padece).
- Pasa al paciente la parte que le corresponde, es decir, la **Sinopsis para el paciente**. Le aclara dudas.
- Asiste a la primera entrevista, en calidad de acompañante, por lo que puede aportar información cuando el paciente se quede cortado.
- Una vez acabada la primera entrevista, entrega la historia al médico, quien habrá de completar, si es necesario, el tratamiento y preparar la segunda entrevista. Puede buscar información en libros
- Asiste a la segunda entrevista en calidad de acompañante.

### Apartados que debe tener una historia

---

#### Información biográfica del paciente:

Género (ha de ser el de la persona que vaya a hacer de paciente)

Edad

Circunstancias sociales, familiares y laborales

Impacto y coste de la enfermedad para paciente y familiares

Recursos del paciente y familiares

Otros rasgos personales, si se considera oportuno.

## Historia clínica completa:

Motivo de consulta, exactamente con las palabras que va a usar el paciente cuando el médico le pregunte qué le pasa.

Enfermedad actual.

Atribuciones

Antecedentes personales fisiológicos. Hábitos y estilos de vida.

Antecedentes personales patológicos

Antecedentes familiares

Exploración física (si es necesario)

Exploraciones complementarias (si es necesario)

Diagnóstico

Pronóstico. Específico para **ese** paciente

Tratamiento. Específico para **ese** paciente. Ha de incluir las normas higiénico-dietéticas y los medicamentos. También la indicación quirúrgica, si es procedente.

## Relación del observador acompañante con el paciente.

### Sinopsis o resumen para el paciente.

Ha de contener sólo la información que puede tener un paciente y, por tanto, no ha de incluir ni el diagnóstico ni las exploraciones.

El motivo de consulta ha de estar formulado en las palabras exactas que ha de decir el paciente

---

## ENTREVISTA

La entrevista ha de ser lo más **verosímil** posible. Hay que utilizar una impreso normalizado para la historia clínica y escribir realmente en él. Ni el paciente ni el acompañante podrán consultar ninguna “chuleta” ni tener papeles delante.

**Duración.** La duración máxima ha de ser de 10 minutos.

**Lugar.** Las grabaciones se pueden hacer donde resulte más cómodo. Es necesario asegurarse de la calidad del sonido y de que sea mínimo el ruido ambiental, mediante una prueba con auriculares. Suele ser de mucha ayuda hacer la grabación al lado de una cortina, pues absorbe la reverberación y mejora el sonido.

Es recomendable llevar el **pelo recogido**, para facilitar la observación de los contactos visuales.

Si, durante la grabación, sobreviene un ataque de risa tonta que no se controla inmediatamente, hay que volver a empezar, porque la entrevista ha de ser **sin interrupciones**.

## GRABACIÓN

**Formatos:** MiniDV, DVD, Hi8. Pueden usarse móviles o cámaras de fotos, si el sonido es bueno, es decir, se oye claramente lo que dicen las personas implicadas. No hay que editar ni construir el DVD.

Puede usarse la misma cinta o DVD para todas las entrevistas que tiene que realizar el grupo.

Si algún grupo no tiene cámara, puede hacer las grabaciones en el Laboratorio de Habilidades de Comunicación (Seminario 2 D) a horas convenientes.

Cada grabación ha de empezar con un letrero con el **número de la historia**. En la etiqueta del material que se entregue (MiniDV, DVD,...) ha de constar esta misma información, de todas las entrevistas que contiene.

## ENVIO DEL MATERIAL

Entrega de las grabaciones. Fecha límite: \_\_\_\_\_

Lugar: \_\_\_\_\_

En un sobre cerrado se entregará la cinta con las grabaciones y los datos básicos. Éstos son: Número de historia, Nombre de quien ha hecho de médico, de paciente y de acompañante de cada una de las entrevistas.

Las historias se enviarán mediante el Campus Virtual, una vez realizada la segunda entrevista.

## Test inicial

**NOTA:** El test inicial tiene dos partes. Por favor, contesta en el orden en que aparecen a continuación.

### PRIMERA PARTE

Nombre \_\_\_\_\_ Apellidos \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

#### Tratamiento nº 1

**Datos personales:** Mujer de 53 años, granjera. Hija única. Vive en una masía fuera del núcleo urbano, con sus padres, mayores de 80 años. No tiene hijos, ni vive en pareja. No fuma.

**Diagnostico:** asma bronquial, hernia de hiato. Descartado *Helicobacter Pylorii*.

#### Tratamiento:

- Entre crisis, con buen estado general, si nota leves síntomas utilizará **Salmeterol**, 2 inhalaciones cada 12 horas
- Ante dificultad respiratoria importante, puede tomar **Salbutamol** 2 inhalaciones cada 4, 6, 8 o 12 horas, según sus necesidades.
- Si ha de utilizar **Salbutamol** antes de las 4 horas, se recomienda consultar con su médico de cabecera o considerar acudir a urgencias.
- Si necesita utilizar este último medicamento por un espacio inferior a las 4 horas, puede recurrir a **Metilprednisolona** 40 mgs intramuscular, que debería aprender a administrarse ella misma.
- No llevar ropa apretada, ni hacer la siesta, ni irse a la cama justo después de cenar.
- Comidas frecuentes y no muy abundantes.
- Evitar chocolate, picantes y comidas grasas.
- Si tiene ardor de estómago puede tomar **Almax Forte**. Si el dolor persiste puede tomar **Omeprazol**: 1 comprimido por la mañana y consultar a su médico de cabecera.
- Evitar sobrepeso.

**A TU ENTENDER, ¿QUÉ PROBLEMAS PUEDE TENER ESTA PACIENTE PARA CUMPLIR EL TRATAMIENTO?  
¿CÓMO HA SER LA PRESCRIPCIÓN PARA EVITARLOS?**

## SEGUNDA PARTE

Nombre \_\_\_\_\_ Apellidos \_\_\_\_\_

Observa el vídeo y comenta la entrevista que aparece en él.

Haz tu comentario anotando los puntos concretos en que te has fijado. Para cada uno, escribe: **1)** Una breve descripción (**Ítem**), **2)** Tu **valoración** (positiva o negativa) y **3)** La **justificación** de tu valoración (por qué ese punto te parece bien o mal)

Además, si lo deseas, puedes hacer una valoración global de la entrevista, diciendo qué te ha parecido y por qué.

..... Haz clic [aquí](#) para ver el vídeo

### VALORACIÓN GLOBAL

### COMENTARIOS ESPECÍFICOS

1. Ítem	2. Valoración	3. Justificación
	+ ± □	
	+ ± □	[Puntea el tabulador desde aquí para añadir una fila]

## Test final

**NOTA:** El test final tiene dos partes. Por favor, contesta en el orden en que aparecen a continuación.

### PRIMERA PARTE

Nombre \_\_\_\_\_ Apellidos \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

#### Tratamiento nº 2

**Datos personales:** Varón de 68 años, viudo, con 4 hijos, vive con uno de ellos. Jubilado.

**Diagnostico:** Cirrosis hepática alcohólica.

#### Tratamiento

(Nota: La cirrosis hepática es irreversible y por lo tanto el tratamiento tiene como objetivo evitar las complicaciones).

- Prohibición absoluta de la ingesta de alcohol
- Evitar AAS (Aspirina) y derivados. Si tiene dolor puede tomar **Paracetamol** (Gelocatil) o **Metamizol** (Nolotil)
- Si tiene retraso en las deposiciones de más de un día, **Duphalac** (Lactulosa): 1 cucharada en desayuno, comida y cena, hasta conseguir realizar deposiciones. Entonces disminuir progresivamente hasta ninguna cucharada al día.
- Si tiene problemas de sueño o de ansiedad, tiene que evitar tranquilizantes del tipo de las **Benzodiacepinas** (Valium, Diacepán).
- Evitar proteínas animales, sobre todo cárnicas y comidas copiosas. Las proteínas de origen vegetal son bien toleradas.
- Dieta hiposódica (sin sal añadida a los alimentos)
- Análisis de sangre cada 6 meses

**A TU ENTENDER, ¿QUÉ PROBLEMAS PUEDE TENER ESTE PACIENTE PARA SEGUIR EL TRATAMIENTO?**

**¿CÓMO HA SER LA PRESCRIPCIÓN PARA EVITARLOS?**

## SEGUNDA PARTE

Nombre \_\_\_\_\_ Apellidos \_\_\_\_\_

Observa y comenta la entrevista que aparece en el vídeo .

Para cada punto concreto en que te has fijado escribe: **1)** Una breve descripción (**Ítem**), **2)** Tu **valoración** (positiva o negativa) y **3)** La **justificación** de tu valoración (por qué ese punto te parece bien o mal)

Además, si lo deseas, puedes hacer una valoración global de la entrevista, diciendo qué te ha parecido y por qué.

Haz [aquí](#) para ver el vídeo

### VALORACIÓN GLOBAL

### COMENTARIOS ESPECÍFICOS

1. Item	2. Valoración	3. Justificación
	+ ± □	
	+ ± □	[Puntea el tabulador desde aquí para añadir una fila]



## Tema 1. La entrevista diagnóstica. Texto

### Contenidos: componentes

- A. Inicio o apertura
- B. Información sobre el motivo de consulta y la enfermedad actual
- C. Información sobre los antecedentes
- D. Cierre

### Procedimientos: técnicas de comunicación

1. Transiciones
2. Valoración de la gravedad
3. Tipos de preguntas
4. Procedimientos de facilitación. Señales de escucha

### Síntesis: Comunicación en la fase del motivo de consulta

La comunicación directa entre médico y paciente se establece en dos momentos: cuando se recaba la información para llegar al diagnóstico (entrevista diagnóstica) y cuando se comunica el diagnóstico al paciente y se prescribe el tratamiento (entrevista para la prescripción).

En la primera, a partir de la anamnesis y de la exploración física, se obtiene la información para formular hipótesis diagnósticas (**diagnóstico de presunción**) y solicitar las exploraciones complementarias adecuadas para llegar al **diagnóstico definitivo**.

### Contenidos: componentes

La entrevista diagnóstica en su formato más típico consta de cuatro partes:

1. Inicio o apertura
2. Información sobre el motivo de consulta y la enfermedad actual
3. Información sobre los antecedentes
4. Final o cierre.

## 1. INICIO O APERTURA

En esta fase se establece la toma de contacto entre el profesional, el paciente y, en caso de que exista, su acompañante.

### Contenidos:

Presentación

Información sobre los datos básicos: nombre, edad, profesión, estado civil, fecha y lugar de nacimiento, lugar de residencia.

Preguntar por el motivo de consulta (*¿Qué le pasa?*)

## 2. INFORMACIÓN SOBRE EL MOTIVO DE CONSULTA Y LA ENFERMEDAD ACTUAL

Haz clic [aquí](#) para ver un ejemplo en vídeo

Ésta es la fase decisiva de la entrevista. La información que se obtenga en ella va a orientar el diagnóstico y, en gran medida, el tratamiento. Es crucial que sea la mejor información posible, la que permita formular las hipótesis diagnósticas más acertadas, sin distorsiones ni condicionamientos. Por tanto, en esta fase las habilidades de comunicación cobran su mayor importancia.

### **Contenidos de información:**

El profesional tiene que terminar esta fase de la entrevista habiendo obtenido información sobre los siguientes puntos (en rojo, los principales):

- por qué ha acudido el paciente (y por qué lo ha hecho en ese momento).
- **qué tiene el paciente:** en qué sentido lo que refiere constituye un **cambio**, cómo estaba antes; cómo lo ha detectado.
- **desde cuándo** lo tiene o cuándo se hallaba previamente bien
- **a qué lo atribuye**
- qué atenúa el problema, qué hace el paciente para controlarlo, qué lo agrava
- el coste del problema, entendido en términos de las limitaciones que introduce en la autonomía de la persona
- los recursos que han desarrollado el propio paciente y su entorno para sobrellevar de la mejor forma posible el problema que ha aparecido, es decir, los recursos que han generado para adaptarse al cambio

Esta fase tendría que cerrarse sólo cuando el profesional estuviera en grado de formular las dos o tres hipótesis diagnósticas más plausibles con razonable seguridad, o, como mínimo, tuviera una idea de qué órgano o aparato puede ser el responsable.

## **3. INFORMACIÓN SOBRE LOS ANTECEDENTES**

Haz clic [aquí](#) para ver un ejemplo en vídeo

Esta parte de la entrevista puede faltar si no es la primera vez que el paciente acude a ese profesional, porque los datos ya constan en la historia clínica informatizada.

Esta fase tiene dos objetivos: a) obtener información de **contexto**, tanto personal como familiar, que pueda matizar o confirmar los datos obtenidos en la fase anterior y permita valorar la repercusión del cambio en la vida del paciente, y b) obtener algunas de las informaciones necesarias para elaborar el programa terapéutico, como, por ejemplo, los horarios, los gustos y preferencias o las condiciones laborales.

### **Contenidos de información:**

- Los antecedentes personales fisiológicos y los hábitos y estilos de vida. De estos últimos, los más generales y que pueden estar afectados en un mayor número de enfermedades son sueño, ingesta, sexo y trabajo y los hábitos y factores de riesgo.
- Los antecedentes personales patológicos
- Los antecedentes familiares. En ellos que se busca, en primer lugar, si existe alguna enfermedad que se repita en la familia y la información habitual sobre enfermedades tales como la hipertensión, hipercolesterolemia, diabetes, etc.

## **4. CIERRE**

Haz clic [aquí](#) para ver un ejemplo en vídeo

En esta fase, que va precedida, habitualmente, por la exploración física, se informa sobre las pruebas complementarias que se van a solicitar y su propósito, formulando, siempre que se pueda, una orientación diagnóstica básica para el paciente.

### **Contenidos:**

Comunicar la impresión diagnóstica, estando preparados para contestar a la pregunta: *¿Es grave?*

Formular y justificar la petición de exploraciones complementarias

Citar para la próxima visita.

## Procedimientos. Técnicas de comunicación

A continuación se describen algunos elementos de la comunicación, que pueden influir en la calidad de la información que se obtenga. Son numerosos, y su aprendizaje y consolidación requieren tiempo y práctica. Pero hay un principio general que los preside y que puede formularse así: Las entrevistas, todas, destinadas a recabar o dar información, a prescribir o a hacer un seguimiento, son **actos médicos** y, como todo acto profesional, exigen preparación.

La **Preparación** ha de entenderse en el sentido de asegurarse de que se conocen perfectamente:

- A. los principales contenidos de información para los motivos de consulta más frecuentes, por ejemplo, el dolor,
- B. las preguntas más eficaces para obtener la información correspondiente a cada contenido
- C. los posibles momentos conflictivos de una entrevista y el bagaje de recursos (verbales o no) para evitarlos o resolverlos airoosamente.

Para adquirir estos conocimientos, existen diversos medios: realizar entrevistas simuladas es uno de ellos y muy eficaz. Pero el más válido y universal de los recursos es la observación de los profesionales expertos. Observar cómo afrontan los “veteranos” los momentos difíciles de la entrevista, adquirir una serie de procedimientos para estas ocasiones y, en general, para formular las mejores preguntas o dar las mejores respuestas posibles.

## TRANSICIONES

En toda entrevista diagnóstica existen, por lo menos, dos momentos que pueden resultar problemáticos, especialmente para el profesional menos experto. El primero se da cuando se pasa de recoger información sobre la enfermedad actual a averiguar los antecedentes. El segundo, cuando, tras la exploración física, se pasa a pedir las exploraciones complementarias.

La transición de una fase de la entrevista a otra puede ser muy suave. Ejemplo: en la descripción del motivo de consulta el paciente ha explicado que últimamente le cuesta conciliar el sueño. El profesional puede hacer referencia a esta información (*Me ha dicho que tiene dificultad para dormir. Hábleme más de sus hábitos de sueño*) y seguir con el resto de los hábitos y antecedentes fisiológicos, para pasar a los patológicos del paciente y de su familia.

Pero no siempre se tiene la oportunidad o la sagacidad de “hacérselo venir bien” y la transición puede resultar más o menos desconcertante. Las transiciones se hacen menos bruscas mediante los “enlaces”: *Hemos tocado las enfermedades que ha habido en su familia, ahora me gustaría hablar de sus propios antecedentes*. En general, es suficiente con explicar por qué se cambia de tema y qué interesa saber, en cada caso.

## VALORACIÓN DE LA GRAVEDAD

En cualquier momento de la entrevista, pero sobre todo al final, antes de despedirse, suele producirse otro momento potencialmente problemático: cuando el paciente o el acompañante preguntan: *¿Es grave? ¿Tiene cura?*

El médico con experiencia y, sobre todo, con empatía, preve estas fuentes de preocupación y se anticipa a ellas, haciendo referencia, sin esperar la pregunta, al pronóstico o a lo que es previsible que preocupe al paciente.

Sea por iniciativa propia o como respuesta a la pregunta del paciente, el profesional ha de ser honesto, hacer referencia a la falta de información y evitar aventurarse en afirmaciones que carecen de fundamento o que no está autorizado a hacer en ese momento, por un mal entendido deseo de tranquilizar al paciente a toda costa: *Aún no tengo elementos para decir si se trata de algo banal o más importante. Hemos de esperar los resultados de la pruebas.*

## INFORMACIONES DE CONTENIDO EMOCIONAL

A lo largo de toda la entrevista el paciente puede ofrecer información sobre aspectos biográficos de contenido emocional o que vive como problemas. Otras veces, lo que provoca una respuesta emocional es la información que le damos.

También en este caso, la empatía permite anticiparse a la expresión de lo que preocupa al paciente: *Esto que me explica recuerda lo que tuvo su familiar, y Vd, en seguida ha pensado en lo peor, ¿verdad?* Es conveniente comunicar que se entiende y se encuentra razonable lo que siente el paciente (*Es comprensible que esté Vd. preocupado*), que no se es indiferente a sus sentimientos y que el profesional es capaz de ponerse en su lugar. En caso de no saber cómo actuar, se puede recurrir a mantener un breve silencio y luego continuar con el curso de la entrevista. Dar “acuse de recibo” ,“aparcar” y, si se ve conveniente, volver: *Luego volveremos sobre esto que me acaba de decir. Ahora explíqueme....*

Por encima de todo, hay que huir de los consejos rutinarios del tipo *No se preocupe* (sin decir por qué no tendría que hacerlo) o *Piense en positivo*. No son propios del ámbito ni del lenguaje clínico. Este tipo de respuestas estereotipadas suelen aparecer cuando se improvisa y es un grave error dejar estas cuestiones a la improvisación. El profesional pasará un mal rato y la inseguridad se transparentará en sus palabras. Por otra parte, cuando se improvisa no se inventa sino que se recurre a lo que se ha aprendido y se usa en otros contextos. En la vida de cada día, por ejemplo, decir: *No se preocupe. Hemos de confiar en que no sea nada*, puede ser adecuado. En un ámbito asistencial, tranquiliza poco y suscita fundadas dudas sobre la competencia profesional del médico.

## TIPOS O ESTILO DE PREGUNTAS

El principal procedimiento para obtener información son las preguntas. Pueden equipararse a cebos que permiten obtener la presa, o sea, los datos que el profesional necesita.

Las preguntas pueden ser:

- A. Relevantes y concretas
- B. Comprensibles
- C. Genéricas o particulares
- D. Abiertas o cerradas

### A. Preguntas relevantes y concretas.

Hay que tener presente que médico y paciente tienen diferentes modelos, conceptos de enfermedad y criterios de lo que es importante.

El tiempo es limitado y es probable que el paciente no sepa exactamente lo que quiere saber el médico. Para ello va a ser necesario utilizar preguntas **relevantes**, importantes para el proceso en cuestión, que van a ayudar a centrar al paciente y a impedir que se pierda en relatos sin interés.

La relevancia de las preguntas depende también de los conocimientos médicos y de lo acertadas que sean las primeras hipótesis que el profesional ha formulado.

Se suele obtener mejor información con preguntas **concretas**. Por ejemplo:

- Preguntar por una cantidad específica, en lugar de una estimación global. *¿Cuántas veces se levanta para orinar, durante la noche?* es preferible a *¿Orina a menudo durante la noche?*  
*En general, ¿cuántas horas pasa sentado al día?* es mejor que *¿Es de hábitos sedentarios?*
- Siempre que se pueda, se obtiene una información más objetiva haciendo referencia a indicadores, en lugar de pedir al paciente una impresión global, ya que ésta puede ser distinta de la nuestra. Por ejemplo, en lugar de preguntar: *¿Se le hinchan las piernas?*, puede obtenerse mejor información preguntando: *¿Ha notado estos últimos días que los calcetines le aprietan más y le dejan más marca?*

### **B. Preguntas comprensibles.**

Para que las preguntas sean comprensibles hay que escoger y adaptar cuidadosamente las palabras, conseguir que la construcción de la pregunta sea lo más simple posible, adaptar el lenguaje al paciente.

No existen criterios intrínsecos de “comprensibilidad”, válidos para todos los individuos y todas las situaciones. Puede que el paciente no entienda pero que no se dé cuenta o le dé apuro preguntar aclaraciones. Cuando el punto es importante es necesario comprobar su comprensión haciéndole preguntas dirigidas a este fin.

Otras veces es la comprensión del profesional la que se trata de comprobar, por ejemplo, preguntando: *¿En qué sentido dice Vd. que se cansa mucho?* O bien *A ver si le he entendido correctamente. Así dice que...*

### **C. Preguntas genéricas o particulares**

Al profesional le interesa conocer las tendencias generales de lo que le pasa al paciente. Pero la respuesta que se obtenga a la pregunta directa (por ejemplo *En general, ¿se encuentra cansado?*) puede informar mal, porque lo general, lo habitual y, sobre todo, lo normal, para un paciente puede ser muy distinto que para otro y para un profesional.

Para obtener esta información puede resultar más conveniente preguntar la descripción de algo concreto y particular y pedir al paciente que valore en qué grado es representativo de una pauta general. *¿Qué comió ayer?* *¿En qué es distinto de lo que come cualquier otro día?*

Algo parecido puede hacerse preguntando por un **ejemplo representativo**, en lugar de generalidades. Ejemplos:

*Imagine que está Vd. en el metro y éste se para entre dos estaciones. ¿Cómo reaccionaría?* genera mejor información que: *¿Suele angustiarse en lugares cerrados?*

*Imagínese que acaba de encender un cigarrillo. ¿Qué es lo más probable que haya pasado inmediatamente antes?* proporciona una mejor información que *¿Qué suele inducirle a fumar?* e incomparablemente mejor que *¿Por qué fuma?*

### **D. Preguntas de respuesta abierta o cerrada.**

Las preguntas de respuesta abierta permiten obtener una información relativamente poco condicionada por el profesional. Dentro del contexto de una anamnesis, y para recabar información sobre los hábitos y estilos de vida del paciente, el procedimiento de obtención de información más amplia y menos condicionadora posible es pedirle la descripción de un día típico.

Las preguntas cerradas son aquellas que se pueden contestar con una palabra y, en su máxima expresión, con monosílabos (Sí o No). *¿Cuántas veces se despierta durante la noche? ¿Cuántas cucharaditas de azúcar se pone en el café? ¿Le duele al levantarse?* Ejemplos: *¿Se despierta Vd. a menudo?* (pregunta cerrada) en contraposición a *¿Cómo duerme en la actualidad?* (pregunta abierta).

Uno y otro tipo son indispensables, pero tienen un *timing* diferente. De entrada, sobre todo en la fase de la descripción del motivo de consulta, interesa no condicionar al paciente ni influir en su información. El procedimiento más adecuado es empezar por preguntas de respuesta abierta y luego precisar la información mediante las de respuesta cerrada. Así no preguntaremos, de entrada, *¿Duerme Vd. bien?* sino *¿Cómo duerme, Vd?* , ni *¿Toma algún calmante cuando tiene dolor de cabeza?* sino *¿Hace algo cuando tiene dolor de cabeza? ¿Qué es?*

Luego se pasará a formular todas las preguntas cerradas necesarias para precisar la información expresada en la respuesta abierta

## PROCEDIMIENTOS DE FACILITACIÓN CUANTITATIVA. SEÑALES DE ESCUCHA

Dentro de este apartado se encuentran los recursos para conseguir que el entrevistado dé el máximo de información, hable o se revele lo más posible. Son señales para el paciente de que se le escucha e interesa lo que dice. Muchos de ellos, asimismo, son señales de atención social, que es, como se sabe, un poderoso reforzador.

### Tipos y ejemplos

- Utilizar o hacer referencia a las palabras del paciente (*feedback*). Probablemente es el signo de escucha más efectivo. Además, contribuye a clarificar la percepción que el paciente tiene de sí mismo y de sus dolencias y permite recapacitar al médico y reflexionar en voz alta sobre los síntomas y el diseño de la actitud terapéutica: *Usted me dijo que le costaba respirar... ¿Desde cuándo le ocurre esto?*
- Asentir lo que comenta el paciente, ya sea con las palabras o con gestos
- Animarle a que se siga aportando información. *Explíqueme más sobre este punto.*
- Escribir-mirar. Levantar la cabeza del papel en que se toman notas para mirar al paciente y así poder seguir lo que dice con mayor interés.
- Formular preguntas de ampliación. Por ejemplo: *Supongamos que no tuviera esto que me acaba de contar. ¿Estaría completamente bien o tendría alguna otra molestia, algún otro problema?*
- El uso del silencio, que ha de ser moderado y bien dosificado, para no provocar ansiedad.
- Como ejemplo negativo, hay que citar los comentarios morales o juicios que pueden interrumpir la relación de hechos e incluso llevar a omitir información. Ejemplos: *¿Sigue Vd. una dieta sana y equilibrada? ¿Ha caído Vd. en el consumo de alguna otra droga?*

## SÍNTESIS: COMUNICACIÓN EN LA FASE DE MOTIVO DE CONSULTA

Puesto que es la fase más importante, presentamos un ejemplo de la aplicación de estos principios de comunicación a la fase en que se averigua el motivo de consulta y la enfermedad actual.

Pasos del procedimiento:

- a) Saber con qué tiempo se cuenta y administrarlo en consecuencia.
- b) Dejar hablar al paciente. Callar, asentir y presentar otros signos para facilitar que hable

- c) No hacer preguntas, de entrada, o hacerlas sólo de tipo muy abierto: *¿Qué le pasa? ¿Cómo es este dolor?* o repetir las palabras del paciente. Hay que evitar, sobre todo, que el motivo de consulta se exponga sólo como un conjunto de respuestas al interrogatorio del profesional, porque se corre el riesgo de distorsionar la información, al haberla inducido con nuestras preguntas.
- d) Cuando el paciente ha finalizado la exposición de sus síntomas introducir las preguntas (cerradas, en general) que van a concretar mejor el problema, de manera que quede clara la información que se está buscando

**Acabar la entrevista:**

- preguntando qué es lo que más le preocupa, de los síntomas que ha explicado
- averiguando si le preocupan otros problemas además de los que ha mencionado.
- haciendo un **resumen** de la información recogida, para asegurarse de que es correcta.

## Tema 1. La entrevista diagnóstica. Preguntas guía

### INSTRUCCIONES

La función de las preguntas guía es orientar la lectura del texto y señalar sus puntos más importantes.

Para aumentar su eficacia como recursos de aprendizaje, es recomendable intentar contestarlas antes de leer el texto. De esta forma la ulterior lectura es más activa, porque se plantea como una búsqueda de la respuesta a las preguntas guía.

No se da la corrección porque la respuesta está en el texto y de forma literal. De todos modos, si se considera que una pregunta no está claramente contestada, indíquelo a la profesora en un mensaje.

1. Ordene estos acontecimientos en orden cronológico
  - \_\_\_ Diagnóstico definitivo
  - \_\_\_ Exploraciones complementarias
  - \_\_\_ Entrevista diagnóstica
  - \_\_\_ Exploración física
  - \_\_\_ Diagnóstico de presunción
2. Una entrevista diagnóstica típica consta de 4 partes. ¿Cuáles son?
3. Dentro de los antecedentes fisiológicos, se recoge información sobre los hábitos y estilos de vida del paciente. Enumere los que son más generales y pueden estar alterados en un mayor número de enfermedades.
4. ¿Cuál es la principal información que se suele buscar al estudiar los antecedentes familiares?
5. La auscultación (una parte de la exploración física), ¿es una exploración complementaria?
6. ¿En qué consiste la preparación de una entrevista diagnóstica?
7. Cite las principales transiciones que se producen habitualmente en una entrevista diagnóstica.
8. ¿Qué quiere decir anticiparse a la pregunta de un paciente? Cite un ejemplo.
9. Se suele decir que si se da pie al paciente a preguntar, animándole, por ejemplo, a que nos diga si tiene alguna duda, se evitan sus problemas de comprensión. ¿Está Vd. de acuerdo? Justifique su respuesta.
10. Reformule las siguientes preguntas para que proporcionen mejor información:
  - Contenido de información que se busca = Consumo de lípidos
  - Pregunta genérica = *¿Come comidas muy grasas?*
  - Pregunta concreta = .....
  
  - Contenido de información que se busca = Ejercicio físico
  - Pregunta genérica = *¿Le gusta a Vd. hacer deporte?*
  - Pregunta concreta = .....
11. ¿Por qué no se puede ni se debe utilizar sólo preguntas de respuesta cerrada en una entrevista diagnóstica?
12. Está Vd. realizando una historia clínica y la paciente se muestra poco comunicativa: se limita a responder a las preguntas y lo hace de forma sumamente concisa, casi con monosílabos. Indique qué recursos se pueden utilizar para aumentar la comunicación.
13. ¿Cómo tiene que acabar la entrevista diagnóstica?



# Tema 1. La entrevista diagnóstica. Actividades de aplicación

## INSTRUCCIONES

Realice las actividades de aplicación individualmente. Luego mire la hoja de autocorrección. Comente y ponga en común sus respuestas (y sus correcciones) con los otros miembros del grupo. Envíe el resultado final a la profesora, como respuesta de grupo. Identifique el documento así:

**Grupo\_x-Actividades de aplicación\_1**

### ACTIVIDAD DE APLICACIÓN Nº 1

A continuación hay unos segmentos de entrevistas. De cada uno, di si representa algún tipo de error en relación con la recogida de información y por qué lo es

1. Médico: *Me ha hablado Vd. de lo que suele comer. Ahora dígame algo sobre sus hábitos de sueño: ¿duerme Ud. después de las comidas?*
2. Médico: *¿Sigue Vd. una dieta equilibrada?*
3. Médico: *¿Tiene Vd. otros vicios, además de fumar?*
4. Paciente (de 80 años): *Desde hace algunos meses noto que se me duerme la pierna derecha cuando estoy mucho rato sentado.* Médico: *Esto es normal a su edad.*
5. Médico: *Me ha dicho Vd. que le duele a menudo la cabeza. ¿Toma aspirina para este dolor?*

### ACTIVIDAD DE APLICACIÓN Nº 2

- Repase el esquema de los contenidos de información que se han de obtener en un dolor
- Observe el clip y compare la información que ha obtenido el médico con su esquema
- Analice el procedimiento del médico para obtener esa información

Haga clic [aquí](#) para ver el clip de video

### ACTIVIDAD DE APLICACIÓN Nº 3

- Observe el clip, que representa toda la información sobre antecedentes y estilos de vida del paciente
- Diga qué contenidos de información se han obtenido y si le parecen suficientes

Haga clic [aquí](#) para ver el clip de vídeo

### ACTIVIDAD DE APLICACIÓN Nº 4

- Observe el clip y comente el modo en que se prescribe el autorregistro

Haga clic [aquí](#) para ver el clip de vídeo

### ACTIVIDAD DE APLICACIÓN Nº 5

- Observe el clip, en el que la médico está recogiendo información sobre antecedentes personales
- Comente la respuesta de la médico a la información sobre el estado de ánimo del paciente

Haga clic [aquí](#) para ver el clip de vídeo

### ACTIVIDAD DE APLICACIÓN Nº 6

- Observe el clip, en el que se representa la fase conclusiva de la entrevista.
- Comente la información que da la médico sobre la orientación diagnóstica y su respuesta a la pregunta sobre la gravedad del proceso que presenta el paciente.

Haga clic [aquí](#) para ver el clip de vídeo

## Tema 2. La entrevista para prescribir. Texto

### **DAR INFORMACIÓN. COMUNICAR:**

1. el diagnóstico
2. el pronóstico
3. el tratamiento

### **PRESCRIBIR EL TRATAMIENTO**

#### **Consideraciones generales**

1. Estilo de relación
2. Colaboración con el paciente
3. El tratamiento como aprendizaje
4. La posibilidad de incumplimiento
5. No basta la información para cambiar un comportamiento
6. Los procedimientos atemorizadores

#### **Elaboración del programa terapéutico**

##### **Preparación**

##### **Asegurar la comprensión**

- A. Planteamiento de problemas
- B. Los ensayos supervisados

##### **Facilitar el recuerdo**

###### **A. RECORDAR LA INFORMACIÓN**

1. Comprensión.
2. Esquema previo.
3. Orden.
4. Justificación.
5. Concreción.
6. Resumen final.

###### **B. ACORDARSE DE HACER ALGO**

1. Dar el tratamiento por escrito
2. Asociar el tratamiento a actividades o hechos habituales.
3. Otros recursos para recordar

##### **Facilitar la ejecución**

###### **A. REDUCIR LOS COSTES DEL TRATAMIENTO**

1. Información previa sobre la viabilidad del programa
2. Modificar el tratamiento
3. Aproximaciones sucesivas
4. Aumento de la capacidad de la paciente
5. La ayuda social
6. Alternativas a las prohibiciones
7. Tener siempre en cuenta la posibilidad de incumplimiento
8. Visitas de seguimiento

###### **AUMENTAR LOS BENEFICIOS DEL TRATAMIENTO**

1. Hacer más evidentes los efectos positivos del tratamiento
2. Incentivos sociales

## DAR INFORMACIÓN

Habitualmente, ésta es la segunda entrevista y, en ella, la acción del profesional se centra en la prescripción del tratamiento. Pero antes se ha de compartir con el paciente la información que le afecta. Por esto la entrevista para prescribir empieza dando información al paciente y a sus familiares. En concreto, se ha de informar sobre:

1. **La naturaleza de la enfermedad (el diagnóstico)**
2. El **pronóstico de la enfermedad**, personalizado a su caso
3. Las características del **tratamiento**
4. Las reacciones adversas o **efectos secundarios** que se pueden esperar del tratamiento, así como los peligros de su interrupción brusca o de otras formas de incumplimiento.

### 1. Comunicar el diagnóstico

Para hacer comprensible el diagnóstico suele ser de ayuda recurrir a la fisiopatología y describir a grandes rasgos las alteraciones en el funcionamiento del organismo que dan lugar al problema del paciente. Ejemplo: *La tos está ocasionada por insuficiencia cardíaca. El corazón no trabaja como debería hacerlo y hay dificultad para la llegada de la sangre al corazón, con lo que hay un estancamiento de la circulación en el pulmón. Esto dará lugar a paso de líquido de los vasos al espacio libre del pulmón, que ocasiona como resultado la tos.* Con este tipo de información, el paciente, no sólo se entera del diagnóstico global, sino que puede comprender también la razón de los síntomas principales y la justificación de los componentes del tratamiento.

Además de explicar el diagnóstico, hay que intentar saber si existe alguna idea previa que pueda modificar el significado de la información que se da. El conocimiento de estas creencias del paciente permite despejar dudas o reservas y explicar con claridad el diagnóstico. Ejemplo: *¿Qué significa para usted insuficiencia cardíaca?* En ocasiones es oportuno cifrarlo al momento actual: *¿Sabe lo que, hoy en día, implica tener insuficiencia cardíaca?* En general, el desarrollo de la medicina y ciencias afines ha mejorado la evolución de las afecciones y es posible que nuestros interlocutores tengan una idea más desfavorable del diagnóstico, como resultado de experiencias antiguas.

### 2. Comunicar el pronóstico

Una vez conocido el diagnóstico, el objeto de interés del paciente suele ser el pronóstico y los riesgos ulteriores y se suele formular de manera muy simple y directa: *Lo que tengo, ¿es grave?*

No es fácil establecer un pronóstico y, por ello, a menudo se recurre a las estadísticas. Pero, en general, la persona necesita oír un pronóstico **personalizado**, es decir, adaptado a su realidad, a su caso concreto. Necesita saber cómo concurren los diferentes factores de riesgo y de protección que él presenta de forma exclusiva.

### 3. Comunicar el tratamiento

El diagnóstico introduce a lo que hay que hacer, el tratamiento. Hay que explicar su alcance y sus posibles efectos secundarios, así como justificar el **coste** que va a tener para la persona. Hay que dejar bien claro lo que puede ocurrir si el paciente opta por seguir el tratamiento o deja de hacerlo, los riesgos del incumplimiento, los beneficios esperables del cumplimiento.

Cuando exista más de una opción de tratamiento, hay que proporcionar la información adecuada para que el paciente y sus allegados puedan escoger. No es suficiente con enumerar las posibles alternativas, sino que el paciente ha de saber qué implica cada una de ellas, sus riesgos y sus ventajas.

## PRESCRIBIR EL TRATAMIENTO

La parte de la entrevista destinada a prescribir es un ejemplo de comunicación dirigida a persuadir al interlocutor para que haga algo. En este caso, lo que se persigue es que la persona siga el tratamiento que se le prescribe.

Hay que distinguir entre tratamiento y plan o programa terapéutico. El tratamiento es lo que se encuentra en un tratado de medicina. Es estándar para cada enfermedad. El plan o programa terapéutico es el tratamiento adaptado a las características del paciente y diseñado para maximizar las posibilidades de cumplimiento.

Todo tratamiento ofrece un margen de maniobra para su administración. Por ejemplo, Cada 6 horas no quiere decir que se haya de administrar precisamente a las 8, las 14, las 20 y a las 2. Respetando la distancia de 6 horas entre toma y toma, se puede elegir una distribución acorde con los horarios habituales del paciente, sus necesidades o su conveniencia. Éste sería un componente del programa terapéutico para un paciente concreto. Así, pues, el enunciado Cada 6 horas pertenece al tratamiento, el enunciado Una toma a las 9, otra a las 15, otra a las 21 y la última a las 3, pertenece al programa terapéutico.

La diferencia entre programa terapéutico y tratamiento es importante, sobre todo cuando éste es complejo o de alto coste, lo que supone varias medicaciones y un conjunto de medidas que afectan a los hábitos y estilos de vida del paciente. Los principios y procedimientos que se describen a continuación hallan su campo de aplicación precisamente en estos casos.

### **Consideraciones generales**

#### **1. Estilo de interacción**

Los procedimientos para facilitar el cumplimiento tienen un elemento común, relacionado con la actitud del profesional. Este principio común es lo que hace de toda actuación médica la aplicación concreta de un estilo general de entender la relación asistencial: un estilo igualitario.

Tan solo si el médico se dirige a su paciente dando por supuesto que es un ser racional y normalmente inteligente, tan solo si la relación es de colaboración en una tarea común, los procedimientos concretos encuentran su aplicación adecuada; sólo entonces son realmente eficaces. Muchos de los problemas, insolubles en apariencia, que nutren la resistencia de los médicos a considerar los aspectos psicológicos de su ámbito de actuación desaparecerían o se redimensionarían si aprendiesen a apelar a las capacidades y a los recursos de las pacientes y, en lo mejor sentido de la expresión, a servirse de ellos.

#### **2. Colaboración con el paciente**

La colaboración del paciente es algo imprescindible. Por muy competente que sea el profesional, por muy sensible y "empático", nunca puede estar seguro de haber tenido en cuenta todas las posibles dificultades de un paciente para seguir un tratamiento. Para conseguir la mayor eficiencia posible, más que hacerse con un recetario exhaustivo de normas concretas, el profesional tiene que establecer una estrategia de relación que haga posible que el paciente le guíe. Esta orientación puede consistir, por ejemplo, en

manifestar los problemas que le afectan, señalar los puntos de difícil comprensión y pedir aclaraciones, indicar las dificultades de aplicación de una determinada medida, sugerir alternativas. Todo esto es difícil en una situación de mala comunicación o en una relación desigual, en la que sólo uno de los miembros pretenda llevar todo el peso de las decisiones y de las iniciativas.

En resumen, el cumplimiento se asegura cuando el programa terapéutico se plantea como una tarea o un problema común; cuando el médico transmite a la paciente que entiende las dificultades que puede suponer el tratamiento; cuando pide y ofrece colaboración. Esta actitud de complicidad es lógica y necesaria también con los niños, a los que es conveniente implicar en el tratamiento, tanto como a sus padres.

La colaboración con el paciente puede ser un mero discurso político o un patrón de comportamiento real. Para saber cuándo se trata de uno u otro basta con fijarse en un indicador: en qué medida el paciente tiene la posibilidad de tomar decisiones. La colaboración sólo es posible y es real cuando el paciente tiene esta posibilidad. Por otra parte, son muchos los ámbitos en que eso no sólo es posible sino necesario. Los horarios de ingestión de los medicamentos o las opciones de tratamiento (por ejemplo, supresión brusca o gradual en el caso de un hábito patógeno) son sólo algunos casos en que el paciente puede decidir, sin que esto afecte a la seguridad terapéutica.

### **3. El tratamiento como aprendizaje**

Cuando prescribe un tratamiento, el terapeuta tiene mucho en común con el docente, en cuanto a la necesidad de ponerse en el lugar de quien aprende y de prever sus posibles dificultades. La analogía con la enseñanza no es retórica. Todo tratamiento complejo implica un proceso de aprendizaje de nuevas conductas, nuevas discriminaciones, nuevas estrategias de toma de decisión. Por otra parte, es un hecho constatado que, por ahora, el lugar donde las personas adquieren la mayoría de sus conocimientos de educación sanitaria es la consulta asistencial.

Hay tratamientos que requieren un aprendizaje especialmente difícil. Es el caso, por ejemplo, de las decisiones que debe tomar un enfermo diabético sometido a un tratamiento con insulina: controlar la glucemia, adaptar la dosis de insulina, modificar la dieta, modificar el ejercicio físico o el gasto energético y avisar al médico cuando el caso lo requiera.

### **4. La posibilidad de incumplimiento**

Aunque pueda parecer paradójico, el estilo de relación igualitario se concreta también en el hecho de pensar siempre en la posibilidad de incumplimiento. No como consecuencia de una perversión intrínseca de las pacientes ni por un deliberado deseo de antagonismo (cuando éste se da, es preciso preguntarse en qué medida pueda ser reactivo), sino de las dificultades que los tratamientos puedan plantear.

La comprensión y previsión sistemáticas de los obstáculos que una paciente puede encontrar para seguir adecuadamente un tratamiento puede tener consecuencias sutiles y de largo alcance. Una de ellas es evitar el efecto en bola de nieve, en virtud del cual la paciente que ha dejado de cumplir una vez actúa como si ya no mereciera la pena seguir intentándolo. El médico que prevé esta posibilidad puede reducir el riesgo de abandono y de ulteriores complicaciones. Una actitud comprensiva evitará que la paciente, temerosa de ser "reprendida", deje de acudir a la consulta y, por lo tanto, de recibir la necesaria ayuda.

## 5. La información y la modificación del comportamiento

Un estilo de relación igualitario se contrapone a una actitud muy difundida entre los profesionales y ciertamente curiosa. Se trata de la creencia (casi se podría hablar de fe) en el poder mágico de la palabra. Según este mal entendido racionalismo, es suficiente con hacer saber a las personas qué es lo que les conviene para que, automáticamente, cambie su comportamiento.

Es ésta una idea desprovista de fundamento. Los comportamientos no se cambian sólo con mensajes verbales; éstos son necesarios, pero no suficientes. Se requiere, además, la conjunción de otros muchos factores, tales como la práctica, la accesibilidad, las condiciones ambientales favorables, los efectos inmediatos, etc. Por otra parte, cualquier pretensión de que la correcta información pueda cambiar un estilo de vida se hace añicos ante la constatación de que los médicos son tan malos cumplidores como cualquiera de sus pacientes y, en conjunto, en cuanto a los hábitos de salud, constituyen un grupo humano de riesgo.

## 6. Los procedimientos atemorizadores

Una actitud complementaria a lo anterior se basa en intentar asegurar el cumplimiento, sobre todo referido al cambio de hábitos, recurriendo a argumentos atemorizadores, en ocasiones presentados con tanta acritud que se diría que se está castigando al paciente. Sorprende que un método de tan dudosa eficacia se utilice con tanta frecuencia. La única explicación plausible es que puede ser eficaz en el momento de aplicarlo, o sea, a muy corto plazo. Pero, al cabo del tiempo, su acción es aleatoria y sus efectos, imprevisibles.

Por otra parte quien profiere este tipo de amenazas y reproches no está actuando como corresponde a un contexto asistencial sino de una forma propia de otros ámbitos, un confesionario, por ejemplo, o un correccional. Si el médico considera que consumir tabaco es un problema de salud, tiene que tratarlo como un problema de salud y no un problema moral, objeto de castigos y reprimendas. Si se siente impotente para resolverlo, no tiene que convertir la frustración por su falta de competencia en una actitud propia de un censor. Así como a nadie se le ocurriría culpabilizar a un paciente porque ha variado su hematocrito, sino que le presentaría todos los recursos disponibles para normalizar este parámetro, no se entiende por qué el médico deja de actuar como tal frente a un problema de hábitos patógenos y no hace lo que se espera de un médico: asesorar al paciente y poner a su alcance los recursos necesarios para resolver el problema.

## Elaboración del programa terapéutico

### 1. Preparación

Muchos de los problemas de comunicación que pueden comprometer el cumplimiento tienen una raíz común: el hecho de basarse en la intuición y la falta de preparación. Como se vio en el tema anterior, los problemas surgen cuando los profesionales de la salud usan y aplican sólo los conocimientos sobre el comportamiento y la comunicación propios de la psicología natural y la relación social. Las entrevistas son actos médicos y, como tales, se **han de preparar**, con la misma escrupulosidad, al menos, que cualquier otra intervención clínica, hasta que los procedimientos implicados se conviertan en pautas habituales de comportamiento.

Preparar la entrevista quiere decir, básicamente, dos cosas: a) haber puesto a punto, el material –recetas, tablas, pautas del tratamiento, gráficos– que se va a usar y b) haber

revisado el tratamiento y la historia clínica del paciente e identificado los puntos en que es previsible que se planteen problemas para el cumplimiento.

Esquemáticamente, se puede considerar el programa terapéutico como un proceso con tres componentes: comprender, recordar y ejecutar las prescripciones. El incumplimiento se puede derivar del fallo de cualquiera de ellos. En otras palabras, una paciente puede no cumplir porque:

- A. no ha entendido qué debe hacer, cómo lo debe hacer o cuándo.
- B. lo ha entendido pero no lo recuerda en el momento o en el lugar necesarios
- C. lo ha entendido y lo recuerda en el momento apropiado, pero no lo hace.

Las estrategias y procedimientos para asegurar el cumplimiento tienen que dirigirse a los tres componentes y se clasifican en estrategias para asegurar:

- A. la comprensión
- B. el recuerdo
- C. la ejecución.

## 2. Asegurar la comprensión

Es muy difícil recordar y realizar correctamente alguna cosa si no se ha entendido en qué consiste y por qué hay que hacerla. Sin embargo, en los estudios sobre el tema, los pacientes refieren no haber entendido entre el 30 y el 50% de lo que el médico les ha dicho sobre el diagnóstico, las causas de la enfermedad, el pronóstico o el tratamiento. En cuanto a este último, la falta de inteligibilidad afecta también a la información escrita, es decir, la que aparece en los prospectos de los medicamentos, o las indicaciones para la preparación para una exploración.

El problema de comprensión puede derivar de **creencias** del paciente que están en contradicción con lo que el médico prescribe. Algunos de los ejemplos más frecuentes son la convicción de que la reducción de ingesta conduce inevitablemente a la debilidad, de la relación directa del dolor con la actividad física o de los peligros del consumo pautado de analgésicos y psicofármacos.

La falta de comprensión también puede ser debida a la **ansiedad** que experimenta el paciente. En este caso, si no se le puede tranquilizar, suele ser necesario contar con la colaboración de la persona que le acompaña y, en último extremo, volver a dar las explicaciones en una sucesiva visita, cuando esté en mejores condiciones para asimilarlas.

Los problemas de comprensión en la prescripción del tratamiento suelen ser sutiles y, en la mayoría de los casos, no derivan del uso de jerga técnica o de un lenguaje particularmente hermético. Los principales problemas surgen a partir de términos que son perfectamente adecuados en la comunicación social, pero que dejan de serlo en la comunicación profesional. En el lenguaje corriente no plantean problemas expresiones tales como: **un poco** de ejercicio, **reducir** las grasas, reposo **absoluto**, o **lo normal**. En el lenguaje técnico, se trata de expresiones ambiguas porque los dos interlocutores □ médico y paciente □ pueden entender cosas diferentes, sin darse cuenta.

Por más que se lo proponga, el médico no conseguirá prever y atajar todas las fuentes de error y de mala interpretación de lo que prescribe. Se ha visto que incluso una instrucción tan concreta como: *Tome una cucharada de este jarabe cuatro veces al día*, puede ser interpretada de múltiples maneras.

Para asegurar la comprensión, no se puede dejar todo en manos del paciente. No se puede confiar en que *si no entiende, ya preguntará*, porque no suele hacerlo, bien por ansiedad, bien por no dar una imagen negativa de sí mismo o bien porque no sabe cómo formular las preguntas y las peticiones de aclaración. Tampoco es suficiente con pedirle

que diga qué es lo que no ha entendido porque puede que no se dé cuenta de qué es lo que no entiende o de que no conozca las implicaciones y la importancia de lo que el profesional le ha dicho.

Sólo hay un medio para asegurar la comprensión del paciente y es **comprobándola**. El profesional no lo hará de todos los puntos, claro está, sino de los más importantes o de los más complejos. Aparte del procedimiento, bastante inútil y descortés, de hacer repetir a la paciente lo que se le ha dicho, los dos recursos para comprobar la comprensión de lo que se ha prescrito son: los problemas y los ensayos supervisados.

### **A. Planteamiento de problemas**

La profesional plantea preguntas o problemas que hagan relevante la información crítica y que, basándose en su experiencia, sabe que pueden ser una posible fuente de malentendidos. Por ejemplo, le puede dirigir una pregunta de este tipo: *Durante un tiempo tiene que dejar el café porque es perjudicial para su estómago. Si le ofrecen un cortado, ¿cree que puede tomarlo?*

### **B. Los ensayos supervisados**

En los ensayos supervisados la paciente, bajo la vigilancia de la profesional, hace la tarea cuya comprensión se quiere comprobar. Por ejemplo, la médico acaba de explicar a su paciente con lumbalgia cuál es la manera más adecuada de levantar pesos. Acto seguido le pide que desplace una garrafa, estratégicamente dispuesta en un lugar de paso. Otro ejemplo: realizar un autorregistro de prueba, anotando lo que ha pasado esa mañana, para asegurarse de que la paciente ha entendido cómo se tiene que cumplir.

El ejemplo más frecuente de aplicación del ensayo supervisado es la comprobación de que el paciente ha entendido cómo llevar a cabo un procedimiento, por ejemplo, usar un inhalador o administrarse insulina subcutánea. Sólo cuando el paciente realiza delante del profesional todos los pasos del procedimiento se se puede estar seguros de que lo ha comprendido. Esta seguridad no se consigue cuando el paciente se limita a observar lo que el profesional hace, para demostrar el procedimiento.

## **3. Procedimientos para facilitar el recuerdo**

También en este ámbito, los resultados de los estudios realizados son preocupantes. No se suele recordar más del 50-60% de lo que la profesional dice. Y esto es aplicable tanto a los pacientes como a las madres de pacientes, en las cuales hay que suponer que la motivación es especialmente elevada.

Por otra parte, el envejecimiento de la población, con la mayor prevalencia de patología múltiple que conlleva, y el aumento de los recursos terapéuticos hacen que sea cada vez más frecuente la plurimedicación. La consecuencia es que la necesidad de acordarse de todo cuanto se debe hacer o tomar para seguir el tratamiento puede suponer un esfuerzo considerable.

La elevada frecuencia de olvidos depende de múltiples factores, algunos vinculados a la paciente, otros, a la actuación del profesional. En lo que concierne a las características de la paciente, no parece influir ni la edad, ni el nivel de inteligencia. Se observa, en cambio, una relación con los conocimientos médicos (que facilitarían el recuerdo) y con la ansiedad (que lo dificultaría).

En lo que concierne a la actuación del profesional, los procedimientos serán distintos según de trate de recordar la información y de acordarse de hacer algo. En el caso de la información, las ayudas son recursos para recordar **qué** hay que hacer. Cuando se trata de acordarse de hacer algo, las ayudas son para recordar **cuándo** hay que hacerlo



## A. RECORDAR LA INFORMACIÓN

### 1. Comprensión.

En primer lugar, y como todo estudiante sabe muy bien, es difícil recordar alguna cosa que no se haya comprendido. Por este motivo y como se ha indicado, el primer objetivo del profesional es asegurarse de que el paciente ha entendido en qué consiste el tratamiento.

### 2. Esquema previo.

Este procedimiento, se conoce técnicamente como **Categorización explícita**. Las pacientes recuerdan más cuando el orden en que se van a exponer las explicaciones y prescripciones del profesional se presenta al principio de la explicación, como se hace con el esquema o el guión de una clase. Un ejemplo podría ser el siguiente: *Ahora le explicaré en que consiste el tratamiento. Tiene dos partes: la medicación y lo que afecta a sus hábitos de vida: la dieta y unas medidas para mejorar la calidad del sueño. En cuanto a la medicación: ...*

### 3. Orden.

Tiene a recordarse más aquello que se dice de una forma ordenada, es decir, siguiendo un hilo conductor, que pasando de un punto a otro sin conexión aparente. Una explicación desordenada puede resultar amena e interesante, sobre todo cuando se basa en anécdotas. Pero eso no quiere decir que se recuerde más.

### 4. Justificación.

Se recuerdan más las cosas que han sido justificadas, o sea, de las que se sabe el por qué. Por ejemplo, es más probable que el paciente recuerde tomar la pastilla si se le ha explicado para qué sirve y por qué mecanismo contribuirá a mejorar sus síntomas, que si le dice simplemente: *Tome este comprimido cada ocho horas*. Si, además de justificarlo, se recalca que el punto es importante –cuando lo es–, la probabilidad de recuerdo aumenta.

### 5. Concreción.

Se recuerdan más las prescripciones presentadas en forma de enunciados concretos. Por ejemplo: *Tiene que caminar todos los días el equivalente a tres manzanas*, es más probable que se recuerde que: *Tiene que hacer más ejercicio* o *Tiene que andar un poco cada día*.

### 6. Resumen final.

Consiste en hacer un breve resumen o recapitulación final, subrayando los puntos más importantes.

## B. ACORDARSE DE HACER ALGO

### 1. Dar el tratamiento por escrito.

Las instrucciones escritas permiten que el paciente las consulte en caso de duda. Por esto, son probablemente la principal ayuda para recordar qué se debe hacer.

El simple hecho de entregar una hoja con el tratamiento no es suficiente. Como saben muy bien los estudiantes, es más útil tener el guión de la clase al principio de la explicación que después. Esto quiere decir tener preparadas dos copias, una para el paciente y una para el profesional e ir señalando los puntos a medida que se tratan.

En lo que concierne a la medicación, en los casos más complicados se suele presentar una tabla con la indicación de los momentos en que se tiene que ingerir cada medicamento, indicado con la imagen escaneada de su caja.

El tratamiento por escrito no se tiene que limitar a la medicación sino que debe incluir también el resto de prescripciones, especialmente las medidas que afectan los hábitos y estilos de vida.

## 2. Asociar el tratamiento con actividades o hechos habituales.

Este procedimiento consiste en hacer que el cumplimiento coincida con las actividades propias de las rutinas diarias. De esta forma, las **actividades habituales** ayudan a recordar las prescripciones.

Este tipo de procedimientos se ha utilizado en medicina, de una manera empírica, desde tiempo inmemorial. Vincular la ejecución de la prescripción a los momentos significativos del día, como por ejemplo las comidas, es un recurso generalmente tan justificado para facilitar el cumplimiento como por razones farmacocinéticas. El consejo de poner el medicamento donde se guardan las servilletas, o el cepillo de dientes, de adherir el prospecto a la puerta de la nevera o establecer una hora fija para realizar las actividades prescritas, son otros tantos recursos dirigidos a hacer que los propios hábitos de la paciente faciliten el recuerdo de lo que tiene que hacer.

## 3. Otros recursos para recordar

Un recurso usado frecuentemente consiste en usar un **contenedor** en el que el paciente o un familiar coloquen todos los medicamentos que debe tomar durante el día o durante una semana, en diferentes lugares según las horas en que se tienen que tomar. De esta manera la persona dispone de una ayuda también para darse cuenta fácilmente de si ha tomado o no la pastilla que le tocaba, en un momento dado.

Para asegurar el cumplimiento en el momento indicado, en algunos centros asistenciales se **avisa** por carta o correo electrónico cuando se acerca la fecha de una visita prescrita. Aún más común es implicar a los **familiares** para que recuerden al paciente cuando “toca” hacer alguna cosa.

Por último, hay que mencionar los recursos que todos utilizamos, precisamente para no tener que recordar: las **agendas** (electrónicas o no), **alarmas** en el móvil, señales bien evidentes en el **calendario** y situar la pauta de medicación en un **lugar visible** de la casa (habitualmente, la puerta de la nevera).

La eficacia de las ayudas para recordar será tanto más elevada cuanto mejor haya sido la información recogida sobre las **costumbres** del paciente y las características de su estilo de vida. No serán las mismas para una persona que vive sola o que para una que viva en familia, para alguien de costumbres irregulares o más bien metódicas. Por lo tanto, las ayudas para recordar no pueden ser estándar sino adaptadas a las necesidades y las características del paciente y del tratamiento.

## 4. Procedimientos para facilitar la ejecución

Dentro de este apartado se pueden incluir procedimientos de índole muy diversa. De hecho, cada componente del tratamiento puede requerir unas ayudas diferentes para facilitar su ejecución. Para dar un esquema general que haga más fácil su recuerdo clasificamos estos procedimientos en base a la relación costes/beneficios del tratamiento. La logística de las medidas para facilitar la ejecución tendría, pues, dos vertientes complementarias: reducir el coste y aumentar los beneficios, tanto para el paciente como para las personas de su entorno. Esto equivale a decir:

1. Hacer más fácil la ejecución del tratamiento
2. Aumentar sus posibles ganancias o beneficios

## A. REDUCIR LOS COSTES DEL TRATAMIENTO

El coste del tratamiento depende de muchos factores. Además del económico, es preciso tener en cuenta el tiempo dedicado a transportes o a esperas, la necesidad de buscar una persona que se ocupe de los niños, las repercusiones en el trabajo, los cambios en los estilos de vida, la alteración y las interferencias en éstos, e incluso la posible estigmatización social de un tratamiento determinado. Un conjunto de factores de coste, especialmente importante, deriva de las características del tratamiento: duración, complejidad, número y semejanza de los diversos medicamentos o dificultad de manipulación (envases de seguridad).

### 1. Información previa sobre la viabilidad del programa

Para reducir estos costes, existen diversos procedimientos, dirigidos a racionalizar el tratamiento y aumentar la capacidad del paciente para seguirlo. La correcta elección de los procedimientos dependerá de la información de que disponga el profesional. Por lo tanto, el primer requisito para facilitar la ejecución del programa terapéutico es haber recogido previamente la información necesaria sobre la **viabilidad** del tratamiento en cuanto a factores tales como los horarios y el estilo de vida del paciente, las preferencias y hábitos, la disponibilidad o no de ayudas.

### 2. Modificar el tratamiento

La primera posibilidad al alcance del profesional (cuando exista más de una opción) es la más lógica e inmediata: **modificar el tratamiento**, simplificándolo y haciéndolo más racional. Eso implica, en primer lugar, disminuir las interferencias en la vida cotidiana del paciente y reducir el número de acciones que se deben llevar a cabo.

Es necesario considerar el entorno social del paciente e intentar reducir las incomodidades o el malestar que pueda ocasionar el tratamiento en el cónyuge, los padres o los maestros y, en general, en los que rodean o están al cuidado del enfermo. Un factor que hay que tener en cuenta, sobre todo en los niños, es el elemento de diferenciación y de posible marginación que puede representar tener que tomar un determinado medicamento.

Uno de los más importantes factores del coste de un tratamiento es el número y el tipo de prohibiciones: alimentos, condimentos, bebidas, otras sustancias o actividades. Para reducirlo, es necesario acompañarlas siempre de una propuesta de **alternativas** que hagan el cumplimiento lo más llevadero posible.

### 3. Aproximaciones sucesivas

En los casos más complicados, sobre todo cuando el tratamiento supone un cambio muy importante en los estilos de vida se puede plantear una estrategia de **aproximaciones sucesivas**; en ellas el tratamiento se va implantando por etapas. En sucesivas revisiones se comprueba el cumplimiento del paciente, se le informa positivamente sobre los resultados obtenidos y se van introduciendo nuevas exigencias o nuevas metas.

Un requisito fundamental de este tipo de estrategias es proceder en pequeños pasos, sobre todo al principio, de manera que en cada etapa se tengan las máximas garantías de que el paciente conseguirá los objetivos propuestos. De esta forma, irán aumentando su seguridad y su confianza en las propias capacidades. Es éste un buen ejemplo de las ventajas de la colaboración con el paciente, ya que, sin su información, resulta imposible establecer objetivos realistas y asequibles.

### 4. La ayuda social

Un importante recurso para reducir las dificultades del tratamiento es la ayuda de los familiares y personas que conviven con el paciente, así como contar con la disponibilidad del profesional para ser consultado en caso de dudas o dificultades.

Una posibilidad muy interesante son los **grupos de autoayuda o grupos de usuarios**, contactados personalmente o por medio de la Red. Los profesionales tienden cada vez más a dirigir al paciente a uno de estos grupos y a colaborar estrechamente con ellos. En estos casos, el paciente no solo recibe la ayuda más pertinente y completa sino que puede beneficiarse de todo cuanto implica el soporte social; esto es, de la exposición a modelos útiles y de los recursos generados por personas con problemas parecidos. Muchos de los programas de deshabituación (por ejemplo, al tabaquismo) se basan en este tipo de procedimientos o lo tienen como uno de sus componentes.

## **5. La posibilidad de incumplimiento**

Como se ha dicho, siempre se debe tener en cuenta la posibilidad de incumplimiento, por olvido, por cambios en las condiciones de vida o por cualquier otro motivo. El profesional tiene que contemplar esta posibilidad e informar al paciente de cómo tiene que actuar en el supuesto, por ejemplo, de que se olvide de tomar el medicamento, de que tome una dosis diferente a la prescrita o de que haya interrumpido durante unos días el régimen u otras pautas.

## **6. Visitas de seguimiento**

Pese a todas las precauciones y la cuidadosa preparación, es posible que el tratamiento plantee dificultades no previstas ni por la profesional ni por el paciente, que puedan afectar el cumplimiento. Contar con esta posibilidad conlleva, como lógica conclusión, que un tratamiento complejo ha de ir seguido siempre de una revisión para introducir los ajustes necesarios. De aquí que sea buena norma programar sistemáticamente una visita al cabo de poco tiempo (una o dos semanas, al principio) para efectuar estas revisiones y supervisar el cumplimiento inicial.

## **B. AUMENTAR LOS BENEFICIOS DEL TRATAMIENTO**

### **1. Hacer más evidentes los efectos positivos**

Aumentar los beneficios derivados del cumplimiento de las prescripciones, supone, en primer lugar, hacer más acusados, inmediatos y perceptibles los efectos positivos del tratamiento. Generalmente eso consiste en hacerlo más enérgico. A veces, como suele ocurrir en los procesos crónicos, esto no es posible, no por la inexistencia de tratamientos eficaces, sino porque cualquiera de ellos lo es de manera demorada y gradual. En tal caso, el objetivo es mejorar la percepción de la paciente, a fin de que pueda apreciar la importancia y el significado de un cambio que, siendo aparentemente pequeño, es el único posible y constituye el primer paso en el camino correcto. En otras palabras, suele tratarse no sólo de mejorar las percepciones de la paciente sino de destruir creencias erróneas e introducir una sana dosis de realismo en sus expectativas.

### **2. Incentivos sociales**

Una segunda modalidad de acción consiste en introducir otros efectos positivos e incentivos, además de los propios de la mejoría clínica. Uno de los incentivos más poderosos es, junto con la atención social, la información, sobre todo cuando es positiva, cuando es de progreso. Si se unen las dos cosas –atención social e información de progreso– como suele suceder cuando es el profesional quien proporciona esta información, la eficacia es aún más elevada. Se llega así a la expresión más clara de la colaboración; en ella, paciente y profesional valoran en un plano de igualdad los progresos y las dificultades que se han presentado y superado.

## Tema 2. La entrevista para prescribir. Preguntas guía

1. Cuando se comunica el diagnóstico, ¿es suficiente con decir la enfermedad que padece el paciente o hay otra información que es conveniente dar?
2. ¿Qué quiere decir Pronóstico *personalizado*?
3. ¿Cuál es la diferencia entre un tratamiento y un programa terapéutico?
4. ¿Cuál es el principal indicador de la colaboración con el paciente?
5. Para asegurar el cumplimiento, ¿es suficiente con hacer entender al paciente qué es lo que le conviene? Justifique su respuesta
6. ¿En qué consiste la preparación de la prescripción?
7. Cite dos ejemplos de creencias comunes entre los pacientes que pueden interferir en la comprensión y el seguimiento del tratamiento
8. ¿Por qué se considera que prescripciones como *Haga más ejercicio* pueden plantear problemas de comprensión?
9. Tras su explicación, el médico pregunta al paciente: ¿*Le ha quedado claro*? El paciente contesta que sí. Puede que sea porque lo ha entendido todo. Exponga otras posibilidades.
10. ¿Qué factores, propios de los pacientes, han demostrado tener influencia en el recuerdo de las prescripciones?
11. ¿A qué elemento de una explicación en clase se asemeja la categorización explícita?
12. En términos generales, ¿cuáles son los procesos implicados en el recuerdo de las prescripciones?
13. ¿En qué consiste el procedimiento de dar el tratamiento por escrito? ¿Cómo hay que hacerlo? ¿Cuándo?
14. ¿Qué quiere decir *Asociar el tratamiento a las actividades habituales*?
15. ¿Qué tipo de información hay que haber obtenido previamente para reducir los costes del tratamiento?
16. En una prescripción, ¿de qué debería ir siempre acompañada una prohibición (por ejemplo, de beber alcohol)?
17. De las dos estrategias siguientes, ¿cuál es aconsejable en un programa por aproximaciones sucesivas, y por qué?
  - a. Empezar con incrementos rápidos y seguir con pasos más lentos
  - b. Empezar lentamente y seguir con pasos rápidos
18. Enumere las ventajas de los grupos de usuarios
19. tras prescribir un tratamiento complejo, ¿cuándo es mejor citar al paciente para la próxima visita? Elija una respuesta y justifique su elección.
  - a. Al cabo de dos semanas
  - b. Al cabo de un mes
  - c. Al cabo de dos meses
  - d. Al cabo de seis meses
20. ¿En qué consiste la intervención para aumentar los beneficios del tratamiento?

## Tema 2. La entrevista para prescribir. Actividades de aplicación

### DEMO

Observe el clip de vídeo. Fíjese en cómo el médico realiza la prescripción y en el clima social entre él, la paciente y la acompañante.

Haga clic [aquí](#) para ver el vídeo

### ACTIVIDADES DE APLICACIÓN

#### ACTIVIDAD DE APLICACIÓN Nº 1

*Un médico prescribe un medicamento del que se debe tomar una cucharadita de café tres veces al día. El envase del preparado no lleva dosificador.*

*¿Qué puede hacer el médico para asegurarse de que el paciente entiende lo mismo que él lo que “una cucharadita de café”?*

#### ACTIVIDAD DE APLICACIÓN Nº 2

*Observe las dos prescripciones de supresión del tabaco. Compare las estrategias seguidas en una y otra entrevista.*

Haga clic [aquí](#) para ver la primera entrevista  
Haga clic [aquí](#) para ver la segunda entrevista

#### ACTIVIDAD DE APLICACIÓN Nº 3

*Comente el modo en que la médico explica el diagnóstico a la paciente.*

Haga clic [aquí](#) para ver el clip de vídeo

#### ACTIVIDAD DE APLICACIÓN Nº 4

*Diga qué recurso utiliza la médico para facilitar el recuerdo de la prescripción*

Haga clic [aquí](#) para ver el clip de vídeo

#### ACTIVIDAD DE APLICACIÓN Nº 5

*Diga qué recursos utiliza la médico para facilitar la comprensión y el recuerdo de la prescripción*

Haga clic [aquí](#) para ver el clip de vídeo

#### ACTIVIDAD DE APLICACIÓN Nº 6

*Comente el modo en que la médico prescribe el tratamiento. Fíjese en la claridad y el clima social*

Haga clic [aquí](#) para ver el clip de vídeo

#### ACTIVIDAD DE APLICACIÓN Nº 7

**PREPARE LA PRESCRIPCIÓN DEL SIGUIENTE TRATAMIENTO, ESPECIFICANDO LOS COMPONENTES QUE PUEDEN ORIGINAR PROBLEMAS PARA EL CUMPLIMIENTO.**

El Sr. Gómez es un hombre de 59 años, soltero, camarero en un bar. Vive solo y sus horarios son bastante irregulares. No es fumador. En su tiempo libre se dedica a su principal afición, los videojuegos.

**Diagnóstico:** Insuficiencia cardíaca.

**Tratamiento farmacológico:**

- **Enalapril.** 2,5 mg cada 12 horas. No importa la relación con las comidas
- **Furosemida.** 20 mg dos veces al día. No importa la relación con las comidas.

**Nota.** En función de la evolución de la enfermedad, se modificará la dosis, el intervalo de administraciones e incluso el tipo de medicamentos.

- Vacuna antigripal (cada año, en octubre)

#### **Otras medidas**

- Control diario del peso (un aumento puede ser signo de retención de líquidos y de que la función de bombeo del corazón está empeorando)
- Restricción de líquidos (limitar la ingesta de agua a  $\frac{1}{2}$  l al día)
- Restricción de sal (2-3 g al día)
- Supresión del consumo de tabaco
- Restricción del consumo de alcohol (no sobrepasar los 30 g / día de alcohol)
- Control semanal de la tensión arterial, siempre en las mismas condiciones

## Anexo I: Materiales para la autocorrección

### Tema 1. La entrevista diagnóstica

#### ACTIVIDAD DE APLICACIÓN Nº 1

1. M: <i>Me ha hablado Vd. de lo que suele comer. Ahora dígame algo sobre sus hábitos de sueño: ¿duerme Ud. después de las comidas?</i>	Si es la primera pregunta (y parece que lo es) es de respuesta cerrada.
2. M: <i>¿Sigue Vd. una dieta equilibrada?</i>	Es una pregunta ambigua. "Equilibrada" puede no querer decir lo mismo para el médico que para el paciente
3. M: <i>¿Tiene Vd. otros vicios, además de fumar?</i>	No es lenguaje médico, sino ético. En medicina no existen "vicios"
4. Paciente (de 80 años): <i>Desde hace algunos meses noto que se me duerme la pierna derecha cuando estoy mucho rato sentado. M: Esto es normal a su edad.</i>	La otra pierna tiene la misma edad y no se presenta el problema. La supuesta explicación es banal y rutinaria
5. M: <i>Me ha dicho Vd. que le duele a menudo la cabeza. ¿Toma aspirina para este dolor?</i>	Primera pregunta, de respuesta cerrada

#### ACTIVIDAD DE APLICACIÓN Nº 2

(Clip 51) Esquema dolor. Procedimiento

##### RESPUESTA:

*Esquema de dolor (subrayados los contenidos de información sobre los que se ha preguntado en el clip):*

1. Características o cualidades,
2. Localización,
3. Desde cuándo lo tiene,
4. A qué lo atribuye,
5. Coste del síntoma (limitaciones que el dolor introduce en su autonomía),
6. Qué lo provoca o lo aumenta,
7. Qué lo atenúa (incluyendo medicamentos),
8. Síntomas acompañantes.

Procedimiento: Muy bueno. **Deja hablar**, dando señales de seguir con atención. **No pierde el control** de la entrevista y completa la información mediante preguntas. Hace un **resumen final**.

#### ACTIVIDAD DE APLICACIÓN Nº 3

(Clip 41) *Antecedentes y estilos de vida del paciente*

##### RESPUESTA:

Pregunta sobre fumar, consumo de alcohol, alergias y medicación.

Introduce la pregunta sobre el fumar **bruscamente**. La relevancia de los hábitos y estilos de vida para la salud va bastante más allá del consumo de alcohol y tabaco. La información es muy limitada y probablemente insuficiente.

#### ACTIVIDAD DE APLICACIÓN Nº 4

(Clip 17) *Prescripción de un autorregistro*

##### RESPUESTA:

Se prescribe el autorregistro de forma poco precisa. La paciente ha de anotar: a) *Siempre que tiene dolor de cabeza*; b) *La intensidad*; c) *La duración*.

Es un autorregistro sumamente **costoso**.

Es un autorregistro imposible de cumplir porque el dolor, en general, no aparece y desaparece bruscamente sino de forma gradual. ¿Cómo sabemos cuándo empieza y cuándo acaba? Y, si no lo sabemos, ¿cómo podemos registrar la **duración**?

**No se comprueba** que la paciente haya entendido lo que tiene que hacer.



## ACTIVIDAD DE APLICACIÓN Nº 5

(Clip 67) *Respuesta de la médico a la información sobre el estado de ánimo del paciente*

### RESPUESTA:

La médico hace un comentario banal y rutinario: *Le convendría distraerse un poquito*. Si de verdad esto pudiera mejorar el estado de ánimo del paciente, habría que formular la indicación mucho más en serio, sugiriendo y dando recursos sobre cómo hacerlo.

Además, no se tendría que hacer en este momento, en una entrevista dedicada a recoger información, sino cuando se planteara el tratamiento

## ACTIVIDAD DE APLICACIÓN Nº 6

(Clip 69) *Orientación diagnóstica y valoración de la gravedad*

### RESPUESTA:

El médico intenta tranquilizar a la paciente con vaguedades: *Grave, tampoco es. / Creo que podrá llevar una vida bastante normal*. Es poco probable que pueda afirmar nada de esto con autoridad o credibilidad, dada la información de que dispone (anamnesis y probablemente exploración física) y sin los resultados de las exploraciones complementarias. En este caso, lo más adecuado sería manifestar simpatía por la preocupación de la paciente pero insistir en que, por el momento, no es posible emitir ningún diagnóstico, ni hacer una valoración de la posible gravedad.

## Tema 2. La entrevista para prescribir

### ACTIVIDAD DE APLICACIÓN Nº 1

Un médico prescribe un medicamento del que se debe tomar una cucharadita de café tres veces al día. El envase del preparado no lleva dosificador.

¿Qué puede hacer el médico para asegurarse de que el paciente entiende lo mismo que él lo que “una cucharadita de café”?

Comprobándolo mediante un ensayo supervisado, por ejemplo, con cucharas de diferentes medidas.

### ACTIVIDAD DE APLICACIÓN Nº 2

Observe las dos prescripciones de supresión del tabaco. Compare las estrategias seguidas en una y otra entrevista.

	Supresión tabaco 1	Supresión tabaco 2
Cita la Hipoventilación	Sí	Sí
Cita la Menor saturación	Sí	?
Referencia a la inutilidad de los filtros	Con desprecio	Sin despreciar
Pregunta por experiencias previas de abandono del hábito	No	Para tener información
<b>Permite elegir el método</b>	No	Sí
<b>Valoración</b>	No comenta la reducción del consumo por el paciente	<i>Es difícil. Valora su esfuerzo.</i>
<b>Juicios</b>	<i>Vicio. Irresponsable</i>	No hace
Procedimiento	Dejarlo, y punto	Aproximaciones (aunque no es correcto)
<b>Ofrece ayudas o soluciones a la petición del paciente</b>	No. Sólo se remite a la <i>Fuerza de voluntad</i>	Chicle para el cigarrillo de después de comer Parche para resto del día Grupo de AA como recurso
<b>Alarma</b>	Sí (*)	No
Nombrar los <b>beneficios</b>	No	Sí
Próxima cita	1 mes. Para controlar	1 semana
Disponibilidad (móvil)	No	Sí
<b>Importancia de la implicación personal</b>	Sí. Es lo único que cuenta	Sí. Junto con la dificultad del tratamiento
Acompañante	Acusa y se hace cómplice del médico	Acusa, pero lo deja, ya que el médico no entra en el juego.
És greu	(*)	<i>Si no es tracta, sí.</i>

### ACTIVIDAD DE APLICACIÓN Nº 3

Comente el modo en que la médico explica el diagnóstico a la paciente.

Muy bien. Apoyándose en un gráfico. Sin sobre simplificar

### ACTIVIDAD DE APLICACIÓN Nº 4

Diga qué recurso utiliza la médico para facilitar el recuerdo de la prescripción

Hace un resumen final.

Otros aspectos que hay que considerar: su disponibilidad; el lenguaje que usa: exceso de diminutivos; escasa seguridad (*esperemos que no pase, pero...*)

### ACTIVIDAD DE APLICACIÓN Nº 5

*Diga qué recursos utiliza la médico para facilitar la comprensión y el recuerdo de la prescripción*

Comprensión: le hace repetir el tratamiento (Procedimiento discutible)

Recuerdo: da el tratamiento por escrito; señala los puntos en la hoja de la paciente; justifica los elementos del tratamiento

### ACTIVIDAD DE APLICACIÓN Nº 6

*Comente el modo en que la médico prescribe el tratamiento. Fíjese en la claridad y el clima social*

Se expresa de forma muy clara (*res de sal, res d'embotits*). Esto puede afectar el clima social, que puede aparecer malo por las imposiciones.

### ACTIVIDAD DE APLICACIÓN Nº 7

*Prepare la prescripción del siguiente tratamiento, especificando los componentes que pueden originar problemas para el cumplimiento.*

La respuesta se puede enfocar de dos maneras: en base a los tipos de problemas posibles (comprensión, recuerdo o ejecución) o en base a los componentes del tratamiento. Esta última parece la más intuitiva.

#### PUEDE PLANTEAR PROBLEMAS DE:

*Información sobre el diagnóstico:* **comprensión**, sobre todo en cuanto a la relación de la insuficiencia cardíaca con la retención de líquidos y otros componentes del tratamiento.

*Tratamiento*

*Medicamentos:* **recuerdo**, sobre todo si no se asocian con las comidas

*Vacuna antigripal:* **comprensión** si no se entiende que una infección respiratoria puede empeorar el proceso; **recuerdo**, al ser su periodicidad anual

*Control del peso:* **recuerdo** y **ejecución**, si no se justifica por qué hay que hacerlo. **comprensión**, si no se comprueba de que ha entendido qué quiere decir "en las mismas condiciones cada día"

*Restricción de líquidos:* **comprensión** si no entiende que una cosa es el agua bebida directamente y otra el agua contenida en los alimentos; **ejecución** según cuáles sean sus gustos y preferencias en esta materia.

*Restricción de sal.* Valen las mismas consideraciones que en el caso anterior. El problema de **comprensión** puede deberse también a que no entienda qué quiere decir "2-3 gramos" y de no saber qué alimentos son ricos en sal.

Para atenuar el problema de **ejecución**, hay que sugerir posibles alternativas a las prohibiciones; concretamente, hay que especificar qué condimentos sí puede utilizar.

*Restricción del consumo de alcohol:* **comprensión** por no entender qué quiere decir "restricción" o "30 g / día". Otro problema de **comprensión** puede deberse a la creencia de que las bebidas **sin alcohol** realmente lo son; **ejecución** según el consumo habitual de alcohol.

*Control semanal de la tensión arterial:* **comprensión** si no entiende qué quiere decir "siempre en las mismas condiciones"; **recuerdo** por la periodicidad semanal.