

## LA ENTREVISTA PARA PRESCRIBIR

### INDICE

Preguntas guía

Vídeo: <http://hdl.handle.net/2445/8022>

#### DAR INFORMACIÓN

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

#### PRESCRIBIR EL TRATAMIENTO

Consideraciones generales

Elaboración del programa terapéutico

Preparación

Asegurar la comprensión

Facilitar el recuerdo

- A. Recordar la información
- B. Acordarse de hacer algo

Facilitar la ejecución

- A. Reducir los costes del tratamiento
- B. Aumentar los beneficios del tratamiento

Actividades de aplicación

## PREGUNTAS GUÍA

Pulse aquí para  
ir a la respuesta

- Pg\_01** Cuando se comunica el diagnóstico, ¿es suficiente con decir la enfermedad que padece el paciente o hay otra información que es conveniente dar?
- Pg\_02** ¿Qué quiere decir Pronóstico *personalizado*?
- Pg\_03** ¿Cuál es la diferencia entre un tratamiento y un programa terapéutico?
- Pg\_04** ¿Cuál es el principal indicador de la colaboración con el paciente?
- Pg\_05** Para asegurar el cumplimiento, ¿es suficiente con hacer entender al paciente qué es lo que le conviene? Justifique su respuesta
- Pg\_06** ¿En qué consiste la preparación de la entrevista para la prescripción?
- Pg\_07** Cite dos ejemplos de creencias de los pacientes que pueden interferir en la comprensión y el seguimiento del tratamiento
- Pg\_08** (*Verdadero/Falso*) La mayoría de problemas de comprensión en medicina se producen por el uso de términos propios de la jerga médica

- Pg\_09** ¿En qué sentido decimos que las palabras o expresiones ambiguas pueden dar lugar a problemas de comprensión?
- Pg\_10** 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.
- Pg\_11** ¿En qué consiste el procedimiento del ensayo supervisado para comprobar la comprensión?
- Pg\_12** En términos generales, ¿cuáles son los procesos implicados en el recuerdo de las prescripciones?
- Pg\_13** ¿A qué elemento de una explicación en clase se asemeja la categorización explícita?
- Pg\_14** ¿En qué consiste el procedimiento de dar el tratamiento por escrito? ¿Cómo hay que hacerlo? ¿Cuándo?
- Pg\_15** ¿Qué quiere decir *Asociar el tratamiento a las actividades habituales?* Cite un ejemplo.
- Pg\_16** ¿Qué tipo de información se debe haber obtenido previamente para reducir los costes del tratamiento?
- Pg\_17** En una prescripción, ¿de qué debería ir siempre acompañada una prohibición (por ejemplo, de beber alcohol)?
- Pg\_18** Enumere las ventajas de los grupos de usuarios
- Pg\_19** Tras prescribir un tratamiento complejo, ¿cuándo es mejor citar al paciente para la próxima visita? Elija una respuesta y justifique su elección. Al cabo de:
- dos semanas
  - un mes
  - dos meses
- Pg\_20** ¿En qué consiste la intervención para aumentar los beneficios del tratamiento?

## TEXTO

---

### 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**

## 1. COMUNICAR EL DIAGNÓSTICO

**PREGUNTA GUÍA 01.** 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.** ↑

Pulse aquí para volver a las preguntas



El apellido es Sánchez, habitación 412. Quisiera saber exactamente cómo está.

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?*

**Pregunta guía 02.** 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

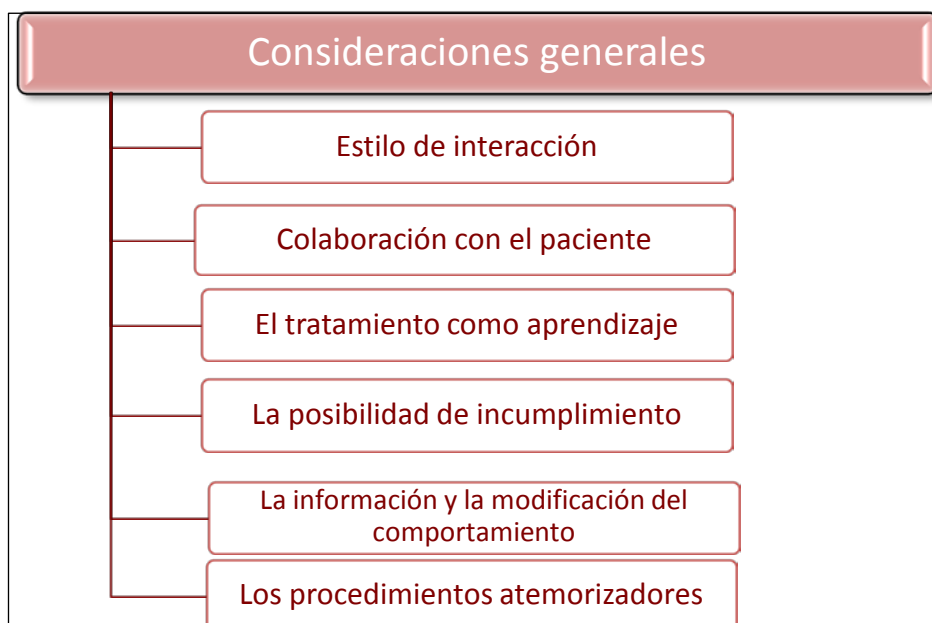
---

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.

**PREGUNTA GUÍA 03.** 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 deba 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.



**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 que son aparentemente insolubles y que nutren la resistencia de los médicos a considerar los aspectos psicológicos desaparecerían 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.

**PREGUNTA GUÍA 04.** La colaboración con el paciente puede ser un mero discurso político o un estilo 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.



Procure comer menos, señora. Pero si no lo consigue, me haré cargo.

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.

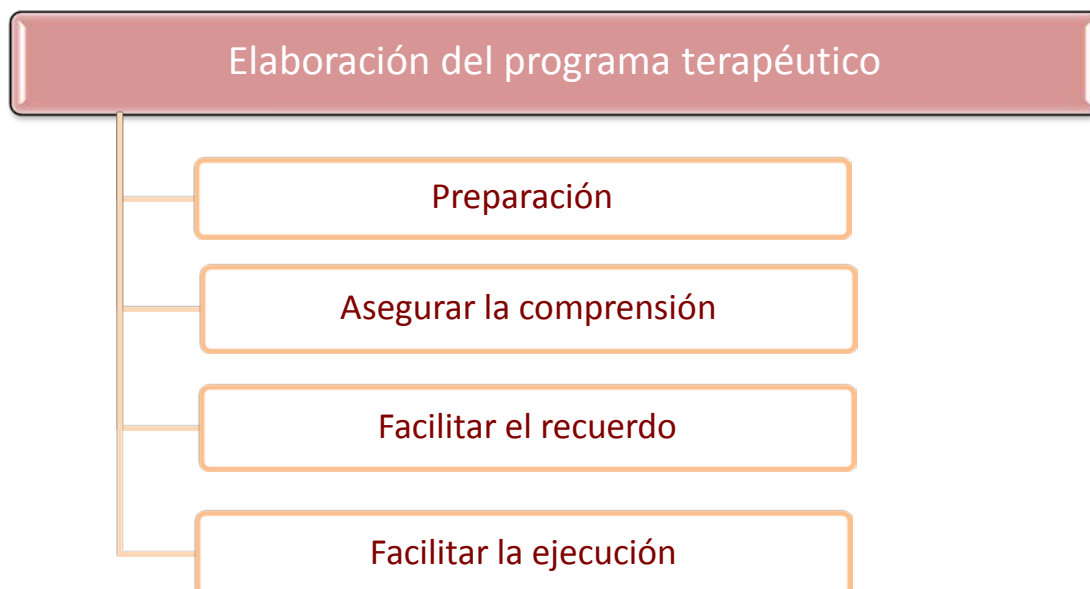
**5. La información y la modificación del comportamiento.** Un estilo de relación igualitario se contrapone a una actitud muy difundida entre los profesionales y ciertamente curiosa. Se trata de la creencia (casi se podría hablar de fe) en el poder mágico de la palabra. Según este mal entendido racionalismo,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

**PREGUNTA GUÍA 05.** 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 sus pacientes y, en conjunto, en cuanto a 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. 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.





## 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 escurpulosidad, al menos, que cualquier otra intervención clínica, hasta que los procedimientos implicados se conviertan en pautas habituales de comportamiento.

**PREGUNTA GUÍA 06.** Preparar la entrevista para la prescripción quiere decir, básicamente, dos cosas:

- a) haber puesto a punto el **material** –recetas, tablas, pautas del tratamiento, gráficos– que se va a usar
- b) haber **revisado el tratamiento** y la historia clínica del paciente, identificado los puntos en que es previsible que se planteen problemas para el cumplimiento y pensado el procedimiento para evitarlos. ↑

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:

la comprensión

el recuerdo

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.

**PREGUNTA GUÍA 07.** 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.

**PREGUNTA GUÍA 08.** 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**. **PREGUNTA GUÍA 09.** 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.

**PREGUNTA GUÍA 10.** 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. ¿Le parece que puede tomar cortados?*

**B. Los ensayos supervisados.** **PREGUNTA GUÍA 11.** 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: ensayar la realización de un autorregistro anotando lo que ha pasado esa mañana, para asegurarse de que la paciente ha entendido cómo se tiene que cumplimentar. ↑

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 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.

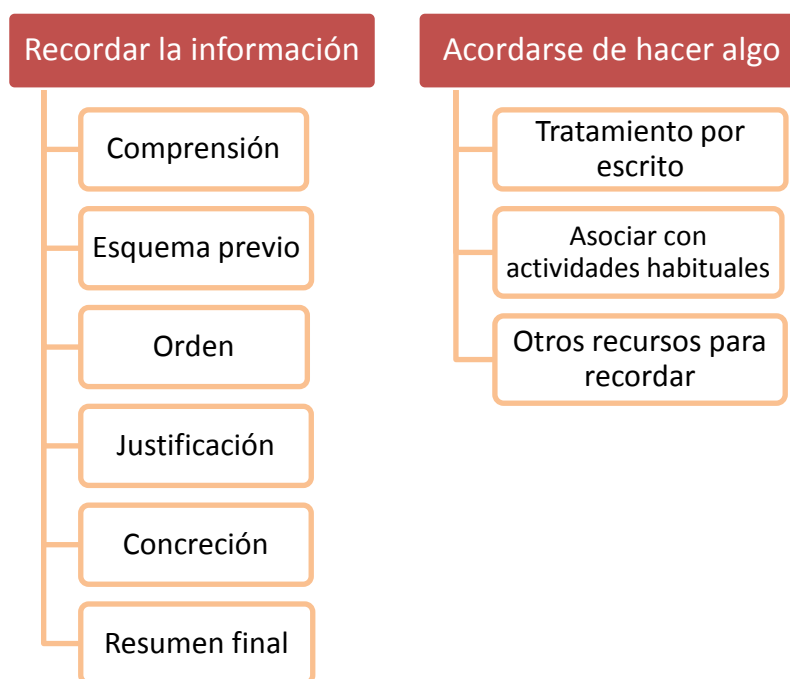
### 3. FACILITAR EL RECUERDO

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).

**PREGUNTA GUÍA 12.** 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.** **PREGUNTA GUÍA 13.** 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 tra-*

tamiento. 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.** Tiende 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.** PREGUNTA GUÍA 14. 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.** PREGUNTA GUÍA 15. Este procedimiento consiste en hacer que el cumplimiento coincida con las ac-

tividades 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 **recipiente** 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. FACILITAR LA EJECUCIÓN

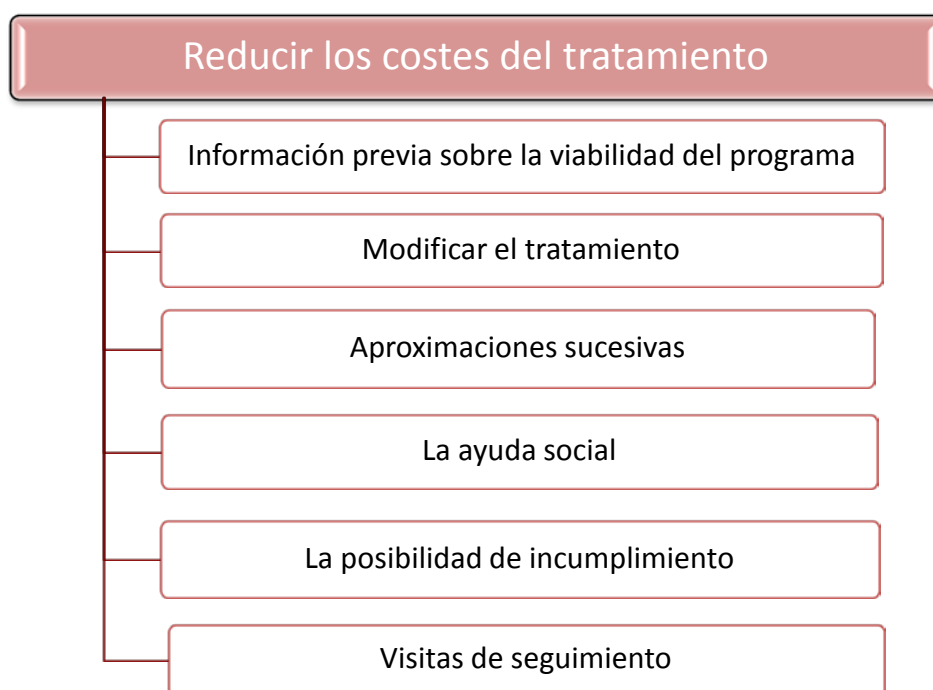
Dentro de este apartado se pueden incluir procedimientos de índole muy diversa. De hecho, cada componente del tratamiento puede requerir unas ayudas diferentes para facilitar su ejecución. Para dar un esquema general que haga más fácil su recuerdo clasificamos estos procedimientos en base a la relación 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.

**PREGUNTA GUÍA 16.** 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.

**PREGUNTA GUÍA 17.** 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.

**PREGUNTA GUÍA 18.** 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.** PREGUNTA GUÍA 19. 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.** PREGUNTA GUÍA 20. 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 incentivadores, 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.