

## Capítulo 4

# Informar y motivar al paciente

---

### Ideas clave

---

- Comunica con inteligencia el profesional que sabe utilizar diferentes registros de comunicación para señalar donde hay certeza y donde ésta acaba, donde llega la ciencia y donde empieza la fe, o la buena fe.
  - No por mucho hablar se informa mejor.
  - Alianza terapéutica: compromiso, confianza, compartir objetivos, y todo ello para el paciente.
  - Desde un punto de vista ético, no podemos transmitir más seguridad sobre un diagnóstico o tratamiento de la que de verdad sentimos, pero *tampoco menos*.
  - ¿Es lícito influir en la conducta del paciente? No hacerlo sería lo ilícito, y ello no sólo porque el paciente acude a nuestra consulta con este propósito, sino porque lejos de cercenar su libertad somos un elemento más de su libertad.
  - Puede que obtenga un «sí» por agotamiento, pero sólo por *convencimiento* o por *hábito* conseguirá la adherencia a un plan terapéutico.
  - La autoestima es la batería de la voluntad. Aceptar que somos responsables de nuestra vida es la llave de contacto para ponerla en marcha.
  - El éxito para una modificación de conducta estriba en que la persona comparta un proyecto: *una manera nueva de imaginar(se)*.
  - Si después de leer este capítulo tiene la intuición de que alguna de las técnicas que se exponen no sirven para un paciente concreto, lo más probable es que *esté en lo cierto*. Adapte las técnicas a su propio estilo, no su estilo a las técnicas. Pero evite que sea la pereza la que le haga desistir de probar nuevas destrezas.
-

## Habilidades básicas en la resolución de una entrevista

En un seminario sobre motivación para el cambio, una enfermera planteó el siguiente dilema: «cuando vamos por los colegios debo cumplimentar una serie de preguntas y consejos dirigidas a adolescentes, entre ellos sobre tabaco. Sin embargo, tengo la impresión de que estos consejos caen en saco roto. ¿Qué podría hacer para mejorar su efectividad?». De inmediato salieron varias opiniones:

- Aunque sea un consejo aislado siempre hay un porcentaje de éxitos que justifica el esfuerzo. No te desanimes.
- Podrías decirles que son tus jefes los que te obligan a hablar del tema, pero que a ti te gustaría saber lo que de verdad piensan ellos/ellas.
- Podrías preguntarles más que aconsejarles: «¿alguna vez te has planteado dejar de fumar? Sería una pregunta adecuada tanto para los que fuman, que con su silencio, afirmación o negación corroborarían su hábito, como para los que no fuman, que de inmediato te desmentirían».

¿Son eficaces los consejos explícitos del tipo: «deberías practicar el sexo seguro», «deberías dejar de fumar»...? En efecto, estos mensajes unidireccionales (les llamaremos consejos explícitos) tienen una eficacia limitada pero suficiente (véase la revisión de Bonet JA, 2003), por lo que la enfermera recibe sugerencias en la línea de crear un diálogo. Este diálogo traspasa la frontera del consejo: es ya entrevista motivacional. En el presente capítulo profundizaremos en el **modelo de influencia interpersonal** para dar respuesta a ésta y otras situaciones, así como las bases éticas de la influencia. Finalmente, abordaremos el **modelo de influencia interpersonal**, que da sentido a las diferentes técnicas.

### Entrevista semiestructurada para la parte resolutiva

Concluidas la anamnesis y la exploración física procederemos a realizar la *Entrevista semiestructurada* para la parte resolutiva:

- Informar sobre la naturaleza del problema. Enunciación.
- Proponer un plan de acción en un clima de diálogo.
- Explicar el tratamiento y la evolución previsible.
- Comprobar la comprensión y/o aquiescencia del paciente.
- Tomar precauciones y cerrar la entrevista.

Observemos, en la página siguiente, estas tareas en una entrevista con un paciente afecto de lumbalgia y que, no lo olvidemos, ya ha sido adecuadamente explorado.

#### *Aspectos formales en la emisión de la información*

En esta escena el entrevistador va al grano, es breve, comprueba que el paciente asimila la información y da las instrucciones por escrito. Es importante educar nuestra manera de hablar, evitando una voz inaudible y monótona. Las frases deben ser cortas y con pausas. Evitaremos términos médicos (que llamamos «jerga médica»), o excesivamente cultos. También evitaremos términos con alto contenido emocional (p. ej., «cáncer», «agresivo», «incurable», que por sí mismos desencadenan una respuesta emocional), sustituyéndolos por otros de contenido más neutro («tumor», «persistente», «crónico», en los ejemplos citados). Vea otras características formales de cómo dar información en la tabla 4.1.

**Tabla 4.1.****Elementos formales en la emisión de mensajes informativos**

- 
- **Frases cortas.** Las frases deben tener una longitud no superior a las 20 palabras (como media).  
Ejemplo: «Usted tiene un padecimiento que llamamos bronquitis crónica. Se resfriará con facilidad durante los inviernos, con tos y flemas. Si continúa fumando los pulmones se irán debilitando, y la enfermedad avanzará.»
  - **Vocabulario neutro.** Utilizar palabras de bajo contenido emocional.  
Ejemplo: «Tumor en vez de cáncer; persistente en vez de crónico; peligroso en vez de maligno; etc.»
  - **Dicción clara y entonación adecuada.** Las palabras quedan suficientemente subrayadas y su dicción permite comprenderlas sin esfuerzo.  
Ejemplo: «Un individuo que «entona» su paralenguaje, se hace escuchar. En cambio la voz monótona conduce a la inatención.»
  - **Complemento visual-táctil.** Añadir a la información verbal información de tipo visual o táctil.  
Ejemplo: «¿Nota usted la presión del brazal del esfigmomanómetro?... pues ésta es la fuerza que debe hacer su corazón para impulsar la sangre.»
- 

*Enunciación del problema de salud*

La **enunciación del problema de salud** consiste en dar un diagnóstico o definir el problema de salud. Podemos distinguir, entre otros:

**Enunciación simple:** «Tiene usted una bronquitis crónica, ¿sabe de qué se trata?»

**Enunciación múltiple:** «Le encuentro varios problemas: tiene la presión alta, está usted con unos 10 kilos de sobrepeso, y el hígado un poco inflamado. Además, tal como usted dice, está sometido a un importante estrés en su trabajo. De estos problemas el más urgente y que vamos hoy a centrarnos es el tema de la presión arterial.»

**Enunciación parsimoniosa:** la usamos cuando creemos que nuestra orientación diagnóstica no coincide con las expectativas del paciente. Vamos dando la información diagnóstica en el curso de un diálogo bidireccional. Por ejemplo:

Enfermera: El doctor le ha pedido un electrocardiograma para asegurarse de que el corazón le funcione correctamente.

Paciente: Algo debo de tener porque estas palpitaciones y sofocos no son normales...

Enfermera: Hace un par de meses se le ha retirado la regla. En estas circunstancias es fácil tener desarreglos del sistema vegetativo, que es el sistema que regula el pulso y el calor corporal.

Paciente: O sea que todo es por la menopausia.

Enfermera: No lo sé, no lo sé... aunque también percibo que está usted más nerviosa que de costumbre... ¿puede ser?

Paciente (echándose a llorar): Estoy fatal con mi hija... se quiere ir de casa...

**Enunciación autoritaria:** puede ser adecuada para provocar **anclaje diagnóstico**, por ejemplo:

Médico: Después de examinarle creo que su problema no va en el sentido de tener una enfermedad de corazón, sino que usted tiene un problema, un problema grave con el alcohol.

Paciente: ¿Con el alcohol? ¡Pero si apenas bebo!

Médico: Le he calculado 120 g de alcohol que ingiere a diario, y pienso que pueden

## EJEMPLO DE TÉCNICAS RESOLUTIVAS. UN PACIENTE CON LUMBALGIA

Abreviaturas: E: enfermera; P: paciente.

## TAREA

## DIÁLOGO

Ya hemos realizado la anamnesis y exploración física, y estamos en la fase resolutive:

**Informa del padecimiento de manera bidireccional. Enunciación simple**

E: Tiene lumbalgia aguda, ¿había padecido usted lumbalgia con anterioridad?

P: Pues no, ¿eso es de los huesos, como artrosis?

**Informa y propone una acción**

E: No exactamente. Es una contractura de los músculos de la espalda. Voy a darle un tratamiento para aliviarle esta contractura.

P: ¿Y unas radiografías? Me quedaría más tranquilo.

**Cesión condicionada: toma nota de la petición pero la demora**

E: Pueden ser necesarias si no mejora en unos días. De todas maneras en las radiografías salen los huesos pero no los músculos, y usted se ha lesionado un músculo.

P: ¿Puede ser aquel «creck» que noté al levantar el armario?

**Informa mediante una ejemplificación. Da control sobre el padecimiento**

E: Puede. En general, son pequeñas roturas de fibras del músculo, como si se hicieran bridas por un mal gesto. Le doy este folleto informativo y esta dirección de Internet donde puede buscar más información. ¿Cómo tiene el estómago?

P: Bien, hace años tuve un principio de úlcera pero no me repitió.

**Explica el tratamiento; lo da por escrito y comenta la posible evolución**

E (señalando las recetas): Este protector del estómago puede tomarlo a primera hora de la mañana durante dos semanas. El antiinflamatorio, mejor con la comida, sólo 5 días. Y este relajante, por la noche, unos 10 días. Empezará a notar mejoría en 24 horas, pero no estará bien hasta dentro de una semana, aproximadamente. Se lo apunto todo.

P: ¿Debo guardar cama?

**Comprueba asimilación de la información**

E: No es necesario. Vida normal sin hacer esfuerzos. ¿Entendió cómo debe tomar las pastillas?

P: Sí, pero... ¿antes o después de las comidas?

**Toma de precauciones**

E: El antiinflamatorio con la comida. Las otras, antes. Y si pasada una semana no hubiera mejorado, por favor no dude en pedirnos una nueva consulta.

P: Así lo haré.

**Ofrece accesibilidad**

E: Aquí le dejo mi dirección de correo electrónico. Si tiene una duda puntual puede llamarme de las 13 a las 14 horas, o enviarme una carta por correo electrónico.

ser más. La exploración física también nos da datos de gran valor, en concreto tiene el hígado inflamado.

Paciente: ¿Puede ser grave?

Médico: Tendremos que hacer análisis, pero vale la pena que digamos las cosas como son. Ahora mismo tiene usted una enfermedad grave que se llama alcoholismo. De eso usted y yo debemos ser completamente conscientes y sinceros. Sólo a partir de esta sinceridad las cosas pueden empezar a arreglarse.

En caso de discrepancia con las expectativas del paciente, ¿cuándo debemos inclinarnos por una enunciación parsimoniosa o autoritaria? E incluso: ¿puede ser correcto admitir la orientación diagnóstica que aporta el paciente o sus familiares, aunque sea de manera provisional?

La **enunciación parsimoniosa** abre un período de ambivalencia que puede ayudar a una mejor acomodación psicológica, siempre que el profesional sepa negociar el significado último del padecimiento. No podemos mentir ni alterar el significado de la enfermedad (o el pronóstico). Por otro lado la **enunciación autoritaria** la reservaremos para situaciones clínicas graves, en las que sea urgente y no negociable que el paciente asuma el diagnóstico que le ofrecemos. Existe con ella un riesgo de perder al paciente, por lo que cabe preguntarse: ¿qué ocurriría si el paciente decidiera ir a otro profesional?

Un aspecto de gran importancia es detectar cualquier discrepancia verbal o no verbal al enunciado de problemas que proponemos al paciente. Sea cual sea la estrategia escogida, imaginemos que el paciente hace un mohín de disgusto. En el diálogo anterior:

Médico: Ahora mismo tiene usted una enfermedad grave que se llama alcoholismo.

De eso usted y yo debemos ser completamente conscientes y sinceros. Sólo a partir de esta sinceridad las cosas pueden empezar a arreglarse.

Paciente (dudando): No sé, a mí no me parece...

En este punto el profesional puede (y, en general, *debe*) realizar una **Respuesta Evaluativa**:

Médico: Por favor, prosiga, le escucho... ¿cuál es el problema, desde su punto de vista?, (o incluso) ¿qué cree que deberíamos hacer?

Pero por desgracia la mayor parte de profesionales hacen una **Respuesta Justificativa**:

Médico: No le dé más vueltas al asunto, la cosa está clara, tan clara como el hígado inflamado que le detecto...

La **respuesta evaluativa** sólo la realizan profesionales entrenados en entrevista clínica. No es una respuesta que salga de manera natural. Requiere ensayarla previamente con un paciente-actor o con un colega, o programarla conscientemente hasta que se instale como un hábito automático.

#### *Propuesta de acción*

En la entrevista que analizamos el profesional propone un tratamiento. Algunas veces existen varias opciones válidas, y así lo expresaremos con toda honestidad. También puede ser oportuno añadir: «¿alguna sugerencia más por su parte?». Si el paciente propone una medida claramente inadecuada, («me gustaría hacerme una TC»), realizaremos una respuesta evaluativa seguida de **cesión intencional**: «tomamos nota» de su opinión, aunque no

pongamos en práctica la idea de manera inmediata. Con esta técnica el paciente *se siente escuchado* y su ansiedad queda mitigada. Si de todas maneras insistiera en su petición de radiografías, estaríamos ante una entrevista de negociación, de la que hablaremos en el capítulo 5.

*Comprueba asimilación, toma precauciones y cierra la entrevista*

«¿Recuerda cómo tiene que tomarse las pastillas?», sería **comprobar la asimilación**. Es una técnica que no es correcta cuando imprime un tono sancionador. En tal caso pruebe: «¿Recordará todos los consejos que le he dado?... a veces no es fácil», y deje un silencio para facilitar que el paciente rememore las instrucciones.

La **toma de precauciones** consiste en: «si no mejora no dude en volver», «si viera que la fiebre o el estado general empeora, vuelva a traernos a la niña sin ningún tipo de problema, porque para mí no sólo no es ninguna molestia, sino que me quedo más tranquilo, ¿de acuerdo?». Parece trivial y, sin embargo, resulta de gran ayuda, máxime en Servicios de urgencias. Los pacientes cambian de profesional porque «como usted me dijo tan seguro que era infección de orina, y la fiebre no se marchaba con lo que me dio, me fui a urgencias y me encontraron una pulmonía». A veces también cambian de profesional para no hacerse «pesados» y que no nos enfademos.

Cuando analizamos la entrevista del «Ejemplo práctico» con clínicos en activo les llama la atención que el profesional ofrezca teléfono e Internet para consultas puntuales. Suelen temer una avalancha de llamadas. La verdad es que este temor pocas veces se confirma, sobre todo si habilitamos una franja horaria. De todas maneras, si le interrumpe durante la consulta, no dude hacerlo evidente de manera cordial: «disculpe, ahora mismo estoy atendiendo a un paciente, ¿sería tan amable de llamarme en un par de horas?». O bien: «déjeme su teléfono y le llamo en cuanto pueda. Si viera que no le llamo, por favor vuelva a intentarlo usted en un par de horas». Igualmente: «este tema que me plantea es muy importante y no podemos hablarlo correctamente por teléfono... ¿qué le parece si me coge día y hora para la semana que viene?...» No le tenga miedo al teléfono; al contrario, considérelolo un aliado. En la tabla 4.2 consideramos diferentes perfiles de pacientes y cómo adaptar la resolución de la entrevista.

**Prescripción de un fármaco: elementos de seguridad**

Vale la pena adquirir las siguientes preguntas como una rutina previa o simultánea al acto de prescribir:

- ¿Es usted alérgico a algún producto?
- Le voy a dar XXX (el producto comercial concreto). ¿Lo ha tomado usted alguna vez?
- ¿Alguna vez ha tomado antibióticos? ¿Le sientan, por lo general, bien?
- Otras veces para un (resfriado/cefalea/dolor de garganta/etc.), ¿le hemos dado alguna cosa que le haya sentado particularmente bien o mal?

Algunos clínicos apuntan en el historial las medicinas por las que el paciente tiene preferencias, y aquellas que le han sentado mal. Nos parece una excelente estrategia.

**Técnicas de información**

Vamos a profundizar en las técnicas de información. El reto consiste en darle al paciente una información clara que suscite su interés y confianza, sin por ello caer en conceptos elementales. He aquí las tareas que se deben desarrollar:

**Tabla 4.2.****Resolución de una entrevista: adaptar nuestra estrategia al paciente****Consejos generales**

- Ofrezca información adaptada a cada paciente. En general, sea breve. A veces queremos ser tan prolijos que el paciente no puede seguirnos. Demasiada información acaba por ser indigerible.
- Proporcione las instrucciones por escrito.
- Acostúmbrese a la coletilla: «y si no mejora no dude en volver...».

De manera más concreta usted debería ser un experto detectando los siguientes perfiles de pacientes:

**Pacientes con ansias de saber**

- Profesionales y personas «con estudios» a los que puede incluso molestar una información banalizada.
- Personas temerosas, con recientes experiencias traumáticas, aprensivas o desconfiadas.
- Personas que se extrañan de su enfermedad: no entienden que «eso» les haya sucedido a ellas.

Estos pacientes agradecen «controlabilidad», eso es, direcciones de Internet, información escrita, facilidades para preguntar dudas, etc.

**Pacientes con escasa capacidad para seguir pautas terapéuticas**

- Pacientes analfabetos o que «no se enteran».
- Pacientes autosuficientes y que no están acostumbrados a estar enfermos.
- Personas con hábitos de vida muy estructurados, y poco adaptables a cambios, o poco persistentes en los cambios (característicamente, pacientes ancianos).
- Pacientes en los que ya hemos detectado con anterioridad una baja adherencia a las pautas terapéuticas.

Estos pacientes requerirán técnicas de motivación, de las que hablaremos más adelante.

**Pacientes que desean dominar su proceso terapéutico**

- Personas que muestran dudas o vacilaciones ante nuestra propuesta de acción, y no parece que las persuadamos.
- Personas que piden muchos detalles sobre pruebas o tratamientos.
- Personas que traen peticiones concretas: hacer pruebas, enviar a especialista, etc.

Estos pacientes requerirán técnicas de negociación y participación, que examinaremos en el capítulo 5.

- Averiguar las áreas de interés y expectativas del paciente.
- Informar de la naturaleza del problema.
- Procurar la participación.
- Hacer una «venta» adecuada de la opción terapéutica escogida. Crear confianza.
- Explicar el tratamiento y la evolución previsible.
- Comprobar la comprensión y/o aquiescencia del paciente.
- Toma de precauciones.

*Averiguar las áreas de interés preferente*

Dr.: En efecto, tiene diabetes. ¿Sabe de lo que se trata?...

Otras veces preferiremos: «¿qué aspectos le interesan más en relación a su diabetes?»

Esta técnica tan sencilla ahorra mucho trabajo, y permite dirigir el esfuerzo hacia donde más útil pueda ser. En contra de lo que solemos pensar, muchos pacientes no tie-

nen demasiado interés en «lo que es esta enfermedad» o su fisiopatología, y en cambio pueden estar muy interesados en aspectos más prácticos, como la dieta, cuándo tomar las medicinas, pronóstico, complicaciones, etc.

#### *Informar de la naturaleza del problema*

La *técnica de ejemplificación* resulta muy adecuada, sobre todo combinada con la racionalidad de la medida terapéutica que se propone.

Una *ejemplificación* clásica sería para la hipertensión arterial:

«La presión de la sangre está muy alta, como si las cañerías de una casa tuvieran que aguantar más presión de la debida, ¿me sigue?... Por consiguiente, tenemos que bajarla para evitar escapes de agua, que en nuestro cuerpo serían trombosis o ataques de corazón...»

He aquí una potente *ejemplificación* para el caso de la hipercolesterolemia y el tabaquismo:

«¿Verdad que si usted unta de alquitrán la calle, los transeúntes se quedarán pegados al suelo?; pues con el tabaco pasa lo mismo, es como si pintara con alquitrán las arterias. El colesterol se pega a las arterias. Por esto es tan importante no sólo rebajar el colesterol, sino también evitar que las paredes de las arterias se queden untadas por los alquitranes del tabaco.»

#### *Procurar la participación del paciente*

A veces basta con darle espacio. Un buen indicador es la *ocupación verbal*, que consiste en medir el porcentaje de tiempo que habla el paciente y el que habla el profesional. Hemos desarrollado un aparato electrónico, el Centeremeter, para el cálculo automático de éste (Borrell F, 2003). La ocupación verbal del profesional no debería ocupar más allá del 52 % del tiempo (van den Brink-Muinen, 1999) como estimación media. Una manera de incrementar el porcentaje de un paciente apocado sería mediante preguntas directas: «¿le parece bien?», «¿me sigue?», «¿ha pensado en ello?», «le veo dudoso», «¿tiene preguntas?», etc.

Hemos acuñado el término de *falsa bidireccionalidad* para aquellos diálogos en los que el entrevistador tiene un estilo tan reactivo que apenas permite al paciente que participe. Por ejemplo:

E (tras explicar en qué consiste tener azúcar en la sangre): «Bueno, pues eso es la diabetes, ¿me sigue, verdad? (sin dar un tiempo para elaborar preguntas), y ahora le voy a enseñar cómo funciona el reflectómetro, venga, venga, deme un dedo, etc.»  
En este párrafo queda claro que a mayor *reactividad* más difícil resulta lograr una verdadera *participación* del paciente.

#### **Hacer una «venta» adecuada de la opción terapéutica escogida. Crear confianza**

Por lo general, el término «vender una propuesta terapéutica» levanta suspicacias. Sin embargo, se ajusta a la verdad, porque sólo hay *compromiso* de hacer un tratamiento si primero, a un nivel simbólico, el paciente *nos compra* la propuesta que le hacemos. Por lo general, no partimos de cero: hay una confianza en nosotros como profesionales, o en la institución para la que trabajamos. ¿Qué es la confianza? Una actitud o predisposición que nos hace decir: «estoy en buenas manos, el profesional sabe lo que se hace y, además, procura lo mejor para mí». La confianza depende, por consiguiente, de los factores enumerados en la tabla 4.3, entre ellos la *asertividad*, eso es, saber en cada momento lo que debe hacerse, expresarse con seguridad, templar las reacciones emocionales del paciente sin caer en la agresividad ni en la pasividad.



**Tabla 4.3.**  
Factores que generan o perjudican a la confianza

- 
- Prestigio social. Lo que la gente dice del profesional. Proyección en medios de comunicación generales o de la comunidad.
  - La forma de proceder del profesional, en especial la **asertividad**.
  - Los resultados que obtiene el profesional, tanto en términos de solucionar problemas como en términos de satisfacer las expectativas de sus pacientes.
  - Incidentes críticos, es decir, respuesta a peticiones urgentes o especiales. Discrepancias, discusiones, negativas a facilitar algún papel o receta u otro procedimiento.
- 

Por consiguiente, lo más normal es que cuando lleguemos a esta parte de la entrevista, la confianza ya exista. Pero no siempre ocurre, es más, según como «vendemos» la propuesta terapéutica podemos retroceder de manera importante. Por ejemplo:

Médico: Tiene un resfriado banal. Tómese una aspirinita, o haga también unos vahos de eucalipto, o unas gárgaras de limón, en fin, lo que antes llamábamos los remedios de la abuela, no sé si me sigue...

Al usar **palabras de alto contenido emocional**, en este caso «banal», «aspirinita», «remedios de la abuela»..., y siendo inconcreto en la propuesta («haga eso o eso otro, tanto da», parece decirnos), resta credibilidad al mensaje. Nunca existen «resfriados banales», porque si el paciente está gastando su tiempo para venirnos a consultar, es señal inequívoca de que para él/ella no es tan «banal».

Compare con esta otra intervención:

«Para el resfriado le recomiendo unos gargarismos antisépticos con bicarbonato, que le potenciaré con unas pastillas también desinfectantes que se disuelven en la boca lentamente. Puede complementar todo esto con unos vahos descongestionantes y si acaso tuviera un poco de fiebre, una aspirina.»

Queremos llamar la atención del lector sobre una técnica de enorme calado: la **racionalidad de la medida terapéutica**. Consiste en explicar al paciente cómo funciona el tratamiento que le hemos recomendado. Toda enfermera o médico debería tener en su elenco de habilidades las siguientes (combinadas con ejemplificaciones), para una población de bajo nivel cultural:

**Explicar la evolución previsible**

Importante para aumentar la **controlabilidad** del paciente (es decir, la sensación de que controla su proceso terapéutico), y evitar que vuelvan a los pocos días porque «aún estoy resfriado». Puede servir:

M: Con la medicación que le doy notará alivio en unas 12 horas, pero este resfriado suele hacer un curso de unos 7 a 10 días, se haga lo que se haga. Si empeora mucho, no dude en venir a verme, pero piense que es normal incluso tener algo más de tos. En caso de duda, puede llamarme por teléfono de tal a tal hora. Si no vuelve ni me dice nada, entenderé que todo va bien.

En el caso de un hipertenso reacio a tomar pastillas puede ser oportuno:

Situación	Ejemplificación + racionalidad de la medida terapéutica
Diabetes	Cuando no podemos quemar el azúcar, resulta que actúa como un tóxico. Es como una gasolina muy concentrada que nos quema las conducciones, o sea las arterias. De aquí los daños sobre la retina del ojo, sobre el riñón, el corazón... Con estas pastillas tratamos de que el páncreas secrete más insulina, y ésta hace que entre el azúcar en el músculo y lo quememos mejor.
Dislipemia	Hoy día sabemos que hay un colesterol bueno y otro malo, como en las películas del oeste. El bueno contrarresta al malo, y además limpia las arterias, evitando que se formen tapones (trombos). En su caso tiene mucho del malo y poco del bueno. Si practica deporte con regularidad haremos que el bueno nos aumente de una manera completamente natural. Además, estas pastillas que le damos provocan también que suba el bueno y baje el malo, y así evitamos que el colesterol se pegue en las paredes de las arterias.
Bronquitis crónica	El tabaco se le ha acumulado como el hollín de una chimenea. Por eso un pequeño resfriado se le complica tanto, porque los bronquios tienen tanto hollín que se infectan con mucha facilidad. Lo que en otra persona es un resfriado, en usted se convierte en bronquitis, como la que ahora tiene. Este inhalador lo que hace es que nos abre el bronquio para que pueda expulsar mejor con la tos toda la mucosidad. Ahora bien, es imprescindible que no fume, al menos mientras esté con los inhaladores, pues al tener el bronquio abierto, el humo de tabaco entrará con más facilidad y aún le perjudicará más, ¿me sigue?
Síndrome depresivo	Tiene depresión crónica. Es como si poco a poco las pilas del cerebro se hubieran ido agotando, y ahora las hemos de recargar. Eso es justamente lo que hacen estas pastillas. ¿Usted ha usado alguna vez un recargador de pilas? Pues en tal caso sabrá que no se recargan en una hora, sino que hay que dejarlas muchas horas. Lo mismo ocurre con el cerebro. Para que se recargue hay que tomar las pastillas una temporada larga, en principio hágase a la idea de tomarlas al menos... meses, aunque en cada visita lo revisaremos.
Artrosis	Los huesos tienen entre ellos un cartílago que es como una almohadilla para que no choquen directamente unos con otros. Pero con la edad este cartílago se desgasta y los huesos rozan directamente entre sí. Por esto la artrosis resulta tan molesta. Esta medicina lo que hace es... disminuir el dolor/hacer que este cartílago se regenere.
Fibromialgia	Por la noche los músculos del cuerpo también tienen que dormir, y si no lo hacen, se contracturan y empiezan a doler. Eso es lo que le ocurre a usted. Aunque su cerebro duerme, los músculos no acaban de descansar, y durante el día tienen un punto de contractura. Estas pastillas que le doy no son sólo para dormir, sino que provocan un tipo de sueño especial para que las fibras musculares también descansen.

E: Tomando estas pastillas logramos que el corazón tenga que hacer menos fuerza y, por consiguiente, que se desgaste menos. Cuanto mejor las tome y durante más tiempo, más descansado estará el corazón. Y si cuida el corazón, éste cuidará de usted, ¿no le parece?

Para demostrar el esfuerzo extra que el corazón hipertenso tiene que realizar, se ha propuesto la *técnica estereognósica* (Vallbona C, 1982): se hincha el brazal del esfigmomanómetro hasta la presión sistólica del paciente, y se le indica: «fíjese en la fuerza del brazal sobre su brazo, y ahora, por favor, la compara con esta otra...» Y se deshinchó el brazal hasta 120. «Toda esta fuerza de más la hace su corazón a cada latido; controlar su presión es aliviarle de todo este desgaste diario.»

Otra técnica muy importante es **Detallar las instrucciones y cambios conductuales** y dar las **instrucciones por escrito**. Algunos estudios han puesto de relieve que la mayor parte de pacientes son incapaces de recordar más allá del 60 % de los contenidos mencionados en el interviú (puede consultarse a este respecto la amplia revisión bibliográfica de Sackett DL, 1994). Por fortuna, lo que recuerdan es lo más importante (Pendleton D, 1983), pero aún así ello debería obligarnos a detallar por escrito, siempre, las instrucciones terapéuticas, y detallar los cambios que nuestra prescripción introduce en la vida del sujeto. Por ejemplo:

Situación 1: El profesional no detalla cambios:  
«Estas pastillas las tomará cada ocho horas.»

Situación 2: El profesional detalla cambios:

Profesional: ¿A qué hora suele levantarse por la mañana?

Paciente: Sobre las siete.

Profesional: Pues a esta hora tenga su pastilla preparada junto al desayuno o al cepillo de dientes. ¿Y a qué hora suele almorzar?, etc.

En la tabla 4.4 encontrará un resumen de las técnicas informativas.

### **Educación y motivación para la adherencia terapéutica (cumplimiento)**

La falta de adherencia al tratamiento es un problema de salud pública. Por ello el médico tiene que realizar varias tareas:

- Detectar o sospechar deficiencias o errores en el cumplimiento terapéutico.
- Apoyar la buena predisposición del paciente.
- Ser realista y priorizar los objetivos terapéuticos: un paso después de otro.
- Apoyarse en los profesionales de enfermería.
- Simplificar al máximo los regímenes terapéuticos.
- Aplicar técnicas de motivación intrínsecas y extrínsecas.

Analícemos estas tareas con las consiguientes habilidades.

#### *Detectar y sospechar falta de cumplimiento*

Los profesionales de atención primaria acostumbramos a manejar tres tipos de conceptos erróneos. En primer lugar, pensamos que con nuestro «ojo» clínico seremos capaces de detectar a los mal cumplidores. Los estudios de campo demuestran todo lo contrario. Los mal cumplidores están «en todas partes», independientemente de su condición social y edad (Sackett DL, 1994). Acostumbramos a etiquetar «a ojo» como mal cumplidor al paciente de bajo nivel sociocultural y anciano. Esta apreciación es un estereotipo. La segunda concepción errónea es entender como causa fundamental del mal cumplimiento una falta de comprensión del paciente de lo que significa su enfermedad, y los beneficios de la terapia. En realidad, los pacientes mejor informados también dejan de observar sus terapias, ya sea por pereza u olvido (Schaub AF, 1993). Por consiguiente, la respuesta de los sanitarios al mal cumplimiento no pasa por repetir machaconamente en qué consiste una determinada enfermedad y su tratamiento. Otras estrategias más sencillas resultan, afortunadamente, más eficaces. Finalmente, los profesionales de salud pensamos que una vez descubierto un paciente mal cumplidor, y adecuadamente mentalizado, será de por vida un «buen» cumplidor. Los estudios demuestran que la mala observancia es un patrón de conducta que tiende a reproducirse a lo largo de la vida. Un mal cumplidor es un individuo que será, probablemente a lo largo de toda su vida, un mal o regular cumplidor.

#### **Tabla 4.4.** **Técnicas informativas**

Memorice algunas de las siguientes técnicas. Si las utiliza mejorará su rendimiento como entrevistador:

Delimitar el conocimiento previo y las áreas de interés para el paciente.

Objetivo: Permitir que sea el propio paciente quien delimite las áreas de su interés.

Formulación: «¿Qué le interesa saber de este asunto?» «Tiene usted la presión alta, ¿qué sabe de eso?»

Ejemplificar.

Objetivo: Ofrecer una imagen sencilla y de comprensión inmediata como símil del concepto que deseamos explicar.

Formulación: «Tiene los bronquios como chimeneas llenas de hollín.» «La hipertensión es el nombre que ponemos cuando la presión de las cañerías del cuerpo está demasiado alta.»

Explicar la racionalidad de la medida terapéutica.

Objetivo: Explicar la manera en que un fármaco actúa, es decir, el por qué de su acción beneficiosa.

Formulación: «Estas pastillas hacen que la sangre sea menos espesa y evitan así coágulos en las piernas y en el cerebro.»

Detallar cambios.

Objetivo: Incorporar nuevos hábitos a los que tiene el paciente en su vida cotidiana.

Formulación: «¿A qué hora se levanta?... Bien, pues en tal caso podría tener las pastillas al lado del cepillo de dientes, ¿le sería entonces más fácil acordarse?»

Complementar con elementos visuales y/o táctiles.

Objetivo: Complementar la información verbal con otra fuente de asimilación más intuitiva.

Formulación: «Observe este diagrama donde se representan las vías urinarias... aquí estaría su piedra.»

Dar instrucciones por escrito.

Objetivo: Evitar el olvido del paciente. Dar una fuente de información que en cualquier momento puede ser consultada.

Formulación: Por lo general, serán suficientes las instrucciones por escrito, aunque a veces puede ser aconsejable dar una grabación de voz u otros materiales didácticos.

Algunas *técnicas para detectar mala adherencia* son:

- **Pregunta facilitadora:** «con tantas medicinas igual se hace un lío, ¿no?». «Es habitual que algunos pacientes dejen de tomarse algunas pastillas, ¿es su caso o es usted muy estricto tomándose todas y cada una de las pastillas?»
- **Método de la bolsa:** «tráigame en una bolsa todas las medicinas que tenga en casa y de esta manera nos será más fácil repasar lo que toma». Una vez con las medicinas sobre la mesa podremos aplicar el método de conteo de pastillas (establecer cuántas pasti-

llas deberían aparecer como gastadas en los blisters desde el último control), y retirar las que no debe tomar.

*Apojar la buena predisposición del paciente*

A tal efecto, puede ser muy adecuado:

- Usted ya ha hecho mucho con venir. El primer punto para que todo vaya bien es que usted nos venga a ver, y este esfuerzo ya vale mucho...
- De las tres pastillas que debería tomar hemos comprobado que, en efecto, se toma una... bueno, algo es algo. Es casi la mitad del camino, pero ahora nos hemos de esforzar con la otra mitad, ¿no le parece?

*Ser realista y priorizar los objetivos terapéuticos: un paso después de otro*

La ley de Murphy aplicada al tema que nos ocupa predice que de las 10 pastillas que debe tomar un anciano, acabará por tomar las 3 o 4 que son perfectamente inútiles. Mejor invertir la ecuación: vamos a sacarle todas las pastillas que no sean vitales, y empezaremos cerciorándonos de que las más importantes son correctamente ingeridas. Sólo en una segunda fase introduciremos los medicamentos no vitales.

*Apojarse en los profesionales de enfermería*

- Trabajo con el Sr. Rafael, enfermero, que lleva un programa de educación para el diabético. Es experto en este tema. Creo que sería muy interesante que le fuera usted a ver. Le voy a dar hora para él... etc.

Con esta breve intervención el médico legitima y prestigia al compañero con el que trabaja en equipo. También preferimos a la expresión «mi enfermera», la expresión «la enfermera con la que trabajo».

*Simplificar al máximo los regímenes terapéuticos*

Escogeremos las fórmulas retard (mejor incluso las semanales), la vía oral y un perfil terapéutico de baja yatrogenia y máxima compatibilidad con la dieta. Véase la tabla 4.5 en relación a la típica pregunta «¿antes o después de las comidas?».

**Aplicar técnicas de motivación**

Podemos distinguir entre aquellas técnicas destinadas a aumentar la autonomía del paciente, su autocontrol y la responsabilidad sobre su propio tratamiento, o las técnicas

**Tabla 4.5.**

**¿Antes o después de las comidas?**

- 
- Indicaremos al paciente que tome siempre los mismos medicamentos a las mismas horas.
  - Como norma general, siempre unos 15 minutos antes de las comidas excepto los medicamentos gastrolesivos: AINE, corticoides.
  - En ayuno estricto (2 h): difosfonatos, alandronato y similares.
  - Principales medicamentos que pueden ser interferidos por alimentos: astemizol, atenolol, azitromicina, captoprilo, cefalexina, colesterinamina, cotrimoxazol, difosfonatos, ácido fólico, furosemida, hierro, isoniazida, mononitrato de isosorbida, josamicina, lactulosa, levotiroxina, levodopa, metotrexato, nimodipino, norfloxacin, paracetamol con o sin codeína, rifampicina, sucralfato, sulpirida, teofilina, tetraciclinas, zidovudina
-

destinadas a que sea el entorno del paciente el que vele por una correcta administración, (motivación extrínseca). Estas últimas pueden ser de elección en pacientes con déficit cognitivo, analfabetos, con escaso hábito de cuidar de sí mismos, y en los que las técnicas de motivación intrínseca han fracasado reiteradamente. En la tabla 4.6 hacemos un sumario de lo fundamental de ambas.

En la figura 4.1 resumimos algunas técnicas para personalizar las posologías.

**Cómo dar malas noticias**

Mala noticia es cualquier diagnóstico o impresión sobre la salud de nuestros pacientes que tengan impacto emocional negativo (Prados JA, 1998). Algunas personas se ponen a llorar cuando se les diagnostica faringitis crónica, por el hecho de confundir inflamación con cáncer. Otras, en cambio, pueden acoger el diagnóstico de positividad al virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) con una sonrisa en los labios. En todo caso, los pacientes refieren que el proceso de comunicarles una mala noticia influyó decisivamente en su manera de adaptarse (Buckman R, 1992).

*Momento y lugar para comunicar malas noticias*

Siempre trataremos de dar una mala noticia en un despacho (jamás en el pasillo), transmitiendo en lo posible tranquilidad y seguridad. Su seguridad (y asertividad), va a ser pegadiza; su nerviosismo, también. Evite pensar que va a perder el control de la situación, porque como mínimo siempre puede mantener el control sobre sí mismo. Evite también empezar con el típico «voy a darle una mala noticia». Deje que sea cada persona la que califique la noticia en toda la gama de grises. Por su lado, use palabras de bajo contenido emocional: por ejemplo, prefiera «hepatitis activa» a «hepatitis agresiva o maligna», «tumor» a «cáncer», etc.

*Acomodación ante un fallecimiento fortuito*

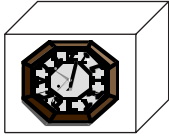
Cuando el paciente ha fallecido en urgencias, y acuden los familiares, puede ser conveniente que les reciba una enfermera: «me llamo X, ¿es usted familiar del paciente tal?, por favor, tome acomodo, ¿qué enfermedades ha padecido? ¿esta mañana se encontraba bien?» Evite decir: «¿qué enfermedades tenía este señor?», pues el tiempo verbal que utili-

**Tabla 4.6.**  
Técnicas de motivación intrínsecas y extrínsecas

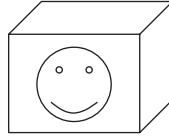
Motivación extrínseca	Motivación intrínseca
– «El único esfuerzo que le pido es que siga las instrucciones que voy a darle.»	– Cambiar creencias. – Mejorar la autoestima.
– Cartas/llamadas telefónicas periódicas de refuerzo.	– Incrementar la sensación de autocontrol. Hojas de autocontrol, automonitorización.
– Visitas de seguimiento.	– Incrementar la sensación de eficacia y éxito.
– Método de las cajas (fig. 4.1).	– Alabar pequeños logros.
– Un familiar es nombrado «tutor» o «supervisor», según el caso.	– Apoyar y alabar la buena predisposición para mejorar su calidad de vida, aunque esté fracasando siguiendo las instrucciones.
– Envases monodosis o incluso dar las pastillas cada día.	– «Abogado del diablo»: poner en duda la voluntad o la competencia del paciente como medio para lograr una reacción basada en su amor propio.

### Método de las cajas

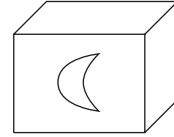
Colocamos en el domicilio del paciente tres cajas: una con un dibujo de un gallo (o un despertador) con las pastillas que deberá tomar por la mañana. La caja con las del mediodía tiene el dibujo de un sol. La caja de la noche, una luna. En cada caja hay que poner un blister o una caja entera, lo que obliga a duplicar o triplicar las pastillas a disposición del paciente.



Mañana



Mediodía



Noche

### Método de los cartones

En una hoja recortamos y pegamos cada una de las cajas con el nombre de las diferentes medicinas. En el lado derecho dejaremos un espacio para indicar con un pictograma si debe tomarse una pastilla por la mañana (gallo), mediodía (sol) o noche (luna).

### Método de los dibujos (pictogramas)

Directamente sobre las diferentes cajas de medicamentos situamos una pegatina con el dibujo alusivo: gallo, sol o luna.

### Sistema de dosificación individualizada (blisters)

Consiste en un blister tamaño Din-A4 en que para cada hornacina el farmacéutico ha dispuesto todas las pastillas que el paciente debe tomarse por la mañana, mediodía, media tarde y noche (foto).



**Figura 4.1.**

Métodos para mejorar el cumplimiento y personalizar las posologías

za revela a los familiares que puede estar muerto, y suele desencadenar una reacción emocional inmediata. Tras estas preguntas añade: «el señor tal en estos momentos está muy grave. Ahora acudirá el doctor/a para informarles». Con los datos obtenidos el médico responsable puede hacerse una idea más aproximada de cómo ha ocurrido el evento, y a los pocos minutos presentarse de nuevo a los familiares: «Soy el Dr./a X, y he atendido al Sr. Y. Hemos hecho todo lo posible para lograr estabilizar sus constantes vitales, pero debo decirle que ha tenido... (un infarto, un ataque al corazón, etc.)... que no ha podido superar. Por desgracia, debo decirles que ha fallecido.»

Evite pronunciar la palabra «muerte», o «ha ingresado cadáver». Puede valer, «ha fallecido/pasado», «ha sucedido lo inevitable»... Trate, además, de decirles a los familiares que:

- Se han proporcionado los cuidados necesarios.
- Cuando venga a cuento, que la actuación de los allegados ha sido correcta (evitando así reacciones de autoculpabilización): «ustedes han hecho cuanto estaba en sus manos».
- Que el sufrimiento fue mínimo (o será mínimo), y si el paciente falleció, que estuvo acompañado en todo momento.

#### *El teléfono*

Si las noticias son de gravedad extrema (p. ej., el fallecimiento del paciente), *evitaremos comunicarlo por teléfono*; delegaremos en un administrativo para que localice a los familiares, con el ruego de que se personen en el centro u hospital. Este administrativo sólo dispondrá de la información básica: filiación del paciente y que está siendo atendido. En los casos, pocos, en que *includiblemente* debemos comunicarlo por teléfono, identificaremos a la persona que está al otro lado del aparato, e intentaremos, dentro de lo posible, seleccionar al familiar más competente:

- ¿Con quién hablo? ¿Es usted familiar de...? ¿Están los hijos en casa? ¿Pueden ponerse al teléfono?... ¿Es usted hija de XXX? Soy..., del hospital...

Si no estamos seguros de «hacerlo bien», escribiremos el contenido del mensaje y lo memorizaremos. El mensaje pudiera ser algo así: «le llamo porque acabamos de atender en nuestro centro a su tío, el Sr. X., de 73 años. Por desgracia, las noticias que debo darle no son buenas... ¿está usted preparada?... Verá, su tío iba paseando por la calle cuando sufrió un ataque al corazón. Fue tratado inmediatamente, pero no llegó a recuperar el conocimiento. En todo momento estuvo acompañado y no sufrió. Debo decirle que, por desgracia, no ha sobrevivido».

Una vez le informemos de donde se encuentra el centro sanitario añadiremos: «Es mejor que no conduzca usted, pues el impacto emocional le pone a riesgos de accidentes. Por desgracia ya nada puede hacerse, de manera que es importante su propia seguridad. No tenga prisa, se lo ruego.»

#### *El valor de las palabras*

Compare estos dos fragmentos:

Enfermera 1: «Sí, su marido ha entrado por esta puerta de urgencias a las dos de la tarde. Por lo visto se lo ha llevado un coche por delante y venía destrozado. Hace unos minutos me han dicho que aún lo estaban operando, llevan ya casi tres horas de operación porque el pobrete estaba fatal.»



Enfermera 2: «Su marido ingresó a las dos de la tarde. Él mismo me dio sus datos personales e inmediatamente fue atendido por el equipo médico. En estos momentos está siendo operado por el Dr. X. Está en buenas manos. Si tienen la bondad de esperarse en la sala 3 serán informados puntualmente de la evolución.»

La manera de decir las cosas condiciona el impacto emocional, según refieren los mismos pacientes. Pero no sólo hay que evitar palabras de alto contenido emocional; también hay que usar una expresividad neutra. En esta misma línea *evitaremos culpabilizar*: «si nos hubiera traído al paciente hace unas semanas, nos habríamos evitado la mayor parte de los problemas que ahora mismo tenemos». La culpa *siempre tiene efecto eco*: el paciente o el familiar la descargarán sobre nosotros u otro profesional de la salud en cuanto puedan, o si no, sobre sí mismos.

#### *Conversaciones con pacientes neoplásicos*

Analizaremos las situaciones más complejas:

*Situación 1*: El paciente viene del hospital con un informe clínico que pone: «leucemia mieloide crónica», y nos pide que le informemos de su enfermedad.

Ésta es una situación delicada que debe abordarse casi siempre con la pregunta:

Entrevistador: ¿Qué le han explicado en el hospital?

Y si el paciente no es suficientemente claro, no dude en pedir más aclaraciones, por ejemplo: «¿qué doctor o doctora le lleva?», «¿cuándo le han dado la próxima visita?», «¿y qué tratamiento le han indicado?», etc.

Una vez agotada la información que nos puede facilitar el paciente, la conversación puede ir más o menos así:

E (entrevistador): Por lo que me cuenta deduzco que le han dicho que tiene una inflamación de la sangre.

P (paciente): Eso mismo.

E: Bien, eso es lo que indica el diagnóstico... ¿qué otras cosas quería saber?

En este punto el paciente puede optar por profundizar en el término «inflamación de la sangre», o dirigir su atención hacia aspectos de pronóstico o tratamiento. Pongamos las opciones más difíciles para el profesional, y tome nota de las frases que destacamos en *itálica*:

P: Yo me pregunto si eso es cáncer.

E: Ajá, *¿qué entiende usted por cáncer?*

P: Pues las células que empiezan a crecer sin orden ni concierto, y acaban por matar a la persona.

E: La primera parte de lo que dice es cierta, pero no siempre acaban por matar a la persona. En concreto usted en efecto tiene un tipo de cáncer, un cáncer de la sangre, pero hoy día con el tratamiento que le están dando se comporta como una enfermedad crónica. *¿Usted conoce a alguien diabético?... Pues ¿verdad que la diabetes no se cura?... Hay que ir dando medicinas toda la vida. Pues lo que usted tiene es parecido.*

P: Pero me parece que es más grave, ¿verdad?

E: Sí, es cierto. En algunos casos el tratamiento llega a curar por completo, y en otros casos, por desgracia, no.

P: Y si estuviera en el peor de los casos, ¿cuánto tiempo me quedaría de vida?

E: Si no hay complicaciones imprevistas la mayor parte de pacientes viven años, e incluso algunos mueren de otras enfermedades...

Situación 2: Los familiares se oponen radicalmente a que informemos al paciente.

Es una situación embarazosa que hay que saber sortear. Tome nota de las frases resaltadas:

Familiar: Doctor/a, no queremos por nada del mundo que sepa el diagnóstico, porque le conocemos y se va a tirar por la ventana o va a hacer una locura. Por lo que más quiera no le diga la verdad, porque sería como matarle. Lo que le quede de vida que lo disfrute, si son meses que sean meses, pero al menos que viva sin preocupaciones.

Entrevistador: Lo que usted dice es muy razonable. Usted quiere lo mejor para Juan/a, y yo también. Así que voy a tomarme muy en serio lo que usted me dice.

Familiar: Muchas gracias, doctor/a.

Entrevistador: Ahora bien, ustedes quieren lo mejor para Juan/a, ¿verdad? Imagine que Juan/a nos exige que le digamos lo que tiene, y que, en caso contrario, perderá la confianza que tiene en mí y en ustedes. Estoy convencido de que en tales circunstancias ustedes, si ustedes fueran Juan/a, no aceptarían una mentira, ¿verdad?

Otra posibilidad sería:

E: Creo que Vds. tienen mucha razón en lo que dicen. Conocen al paciente y saben como ha reaccionado otras veces. Sin embargo, la enfermedad irá avanzando, y no les extrañe si más adelante Vds. mismos ven la conveniencia de ir desvelando la verdad, poco a poco, al Sr. Juan. Si les parece lo iremos analizando conjuntamente, sin olvidar el derecho del Sr. Juan a saber la verdad.

En el caso muy improbable de que los familiares insistan, podemos añadir:

E: Por lo general, si se da la circunstancia de que Juan/a nos exija que le digamos la verdad, ustedes serán los primeros en ver que eso es lo bueno para él. Yo, en todo caso, me debo al paciente, no lo olviden, aunque su opinión siempre la voy a tener muy en cuenta, y les agradezco que hayan sido tan sinceros conmigo.

Situación 3: El paciente que quiere y no quiere saber.

Aunque siempre hemos de estar psicológicamente preparados para «decir la verdad», también lo hemos de estar para respetar el derecho a no saber, o a delegar el conocimiento en la familia. Éste puede ser el caso de una paciente moribunda, a la que el médico ha ofrecido en varias ocasiones la oportunidad de conocer su pronóstico, pero no se ha mostrado interesada. En esta ocasión el médico quiere brindar una última oportunidad a la paciente para que conozca su situación y pueda prepararse para los últimos acontecimientos.

Entrevistador: He venido a verla, Sra. Matilde, para charlar un poco con usted.

P: ¿Hoy no va a mirarme la barriga?

E: No, hoy no. Hoy vengo para que charlemos, para que me cuente cómo se encuentra, cómo cuida su terraza, en fin, en lo que piensa y en lo que la ilusiona.

P: ¿Qué ilusiones quiere que tenga con el chafamiento que tengo? ¿No hay nada que me pueda dar para sacarme este chafamiento?

El diálogo transcurre durante unos minutos sobre los síntomas de la paciente hasta que el entrevistador reconduce al tema que quiere abordar (frase en *italica*):

P: La semana pasada parecía que iba a mejor, pero esta semana estoy fatal. Si al menos me dijeran para cuanto tengo...

E: Tendremos oscilaciones, es muy normal. Ya sabe que es un proceso crónico. Por cierto, quería hacerle una pregunta, *¿es usted creyente, Sra. Matilde?*

P: Antes sí lo era.

Un familiar tercia en la conversación: Sí lo es, di que sí, que tiene la estampa de la Macarena en la mesita de noche.

P: La Macarena es asunto aparte.

E: A veces una visita de un sacerdote puede ser apropiada... *¿le gustaría?*

P (con una sonrisa): Yo ya he dicho todo lo que tenía que decir a los curas. Si quieren venir que vengan, pero yo no los necesito.

E: Vamos, que está usted en paz consigo misma, *¿verdad?*

P: Pues sí, porque en esta vida he hecho lo que tenía que hacer, y si hay otra vida, pues que venga, y si no hay otra, pues que no venga...

E: Es bueno tener todo ordenado, *las cosas de este y del otro mundo, por lo que pudiera pasar, ¿verdad?*

El profesional puede tener la seguridad de que la paciente ahora sabe perfectamente que su pronóstico no mejorará, y *ha dado una oportunidad* para que ordene sus últimas voluntades.

Situación 4: El paciente quiere saberlo todo y, además, su pronóstico es infausto.

Pongámonos en la peor, y más ingrata, de las situaciones y observe, nuevamente, las frases subrayadas:

Entrevistador: Le veo muy preocupado Sr./a V.

P: Es verdad, esto cada vez va a peor, y yo hago todo lo que ustedes me dicen. No sé aquí lo que falla, si ustedes o yo.

E: Tiene toda la razón del mundo de estar enfadado. La verdad es que las medicinas no están haciendo todo lo que nosotros quisiéramos que hiciesen.

P: Lo que yo tengo me parece que va a acabar conmigo, *¿verdad?*

E: *¿Me pregunta si se va a curar?*

P: A mí me parece que no me voy a curar, *¿verdad?*

E: *Creo que por desgracia tiene usted razón.*

(Tras un silencio)

P: Usted, doctor, sinceramente... *¿cree que tengo para mucho?*

E (el profesional cree que el paciente puede morir en los siguientes dos meses, por lo que enfoca el tema así): *¿Usted cree que puede vivir meses o años?*

P: Yo pienso que debo tener al menos uno o dos años, *¿no?*

E: Bien, sí, algo así. *Tal vez yo estaría pensando más en meses que en años.*

Observe de qué manera tan delicada se desmiente la perspectiva temporal que aporta el paciente. En todo caso, tenga en cuenta el **principio del coraje compartido**: si el paciente tiene coraje para afrontar su situación, tengámoslo nosotros para hablarle de ella y acompañarle

en el sufrimiento (Borrell F, 1995). Ahora bien, si usted siente que debe esconderle una parte de la verdad, puede que tenga razón. No aplique dogmas, *deje espacio para su intuición creativa*, y demore las grandes verdades para cuando *sienta* que pueden ser habladas con provecho. Cada verdad tiene su momento, y la mejor fortuna es para quien sabe esperar.

Situación 5: Preparar a la familia para el deceso.

Cuando preveamos que en pocas semanas se producirá un desenlace fatal, vale la pena comentarlo a la familia. Por extraño que nos parezca a veces los convivientes se acostumbran a la situación, hasta tal punto que pierden la perspectiva de los acontecimientos.

Entrevistador: Le he llamado, Sr. Tomás, para hablar del estado de su esposa. Ya comentamos en su momento que fue diagnosticada de un cáncer de páncreas; por desgracia en estos últimos meses ha ido empeorando.

Familiar: Es cierto. Pero esta última semana parece que come un poco más.

Entrevistador: Toda la familia, y usted en particular, la han cuidado de una manera ejemplar. Por desgracia, estos tumores, hoy por hoy, no tienen solución. En todo caso, puede estar usted orgulloso por lo mucho que ha hecho por ella.

Familiar: Sólo he cumplido con mi deber.

Entrevistador: Posiblemente porque la ha cuidado tan bien la señora XX ha podido vivir estos últimos meses de manera bastante comfortable... Sin embargo, hay que irse haciendo a la idea de que el proceso se va acabando, y que tarde o temprano vamos a tener algún disgusto... ¿está usted preparado?

El lector encontrará en galería de situaciones las técnicas apropiadas para acompañar a una persona después del deceso de un familiar.

#### *Acomodar las reacciones emocionales*

Prevención de reacciones emocionales mediante la técnica de aclimatación por etapas.

Sería el caso de un escolar con una fractura que se complica con un embolismo graso. Los padres son recibidos de manera «especial» en el servicio de urgencias. Después pasan a un despacho y una enfermera les dice: «el chico ha padecido una fractura de tibia y peroné. En estos momentos aún le estamos atendiendo y no pueden pasarlo a ver porque ha presentado una rara complicación. A veces un poco de grasa del propio hueso entra en la sangre y produce problemas en el pulmón, y éste ha sido el caso. Ahora vengo de verle y me ha dado muchos recuerdos para ustedes. En seguida podrán verle». Al cabo de una media hora los padres son llamados de nuevo y hablan con el médico, quien les explica la situación exacta: el muchacho está en la UCI y su estado es grave, aunque no se teme por su vida. Les explica exactamente los aparatos que lleva conectados y la misión que dichos aparatos tienen, antes de acompañarles para que le vean. También les proporciona instrucciones de cómo deben reaccionar ante el muchacho para no asustarle.

De manera similar, en un paciente con riesgo de tener los anticuerpos anti-VIH positivos y que nos solicita una analítica, en el acto de extender el impreso le preguntaríamos: «¿conoces el significado de que fuera positivo?, ¿qué representaría para ti?, etc.»

#### *Notificación neutra, valorada, compensada y paradójica*

La **notificación neutra** consiste en evitar cualquier valoración verbal o no verbal que estimule la emocionalidad del paciente. En la **valorada**, en cambio, advertimos que daremos una «mala noticia»: «Sra. Lidia, debo darle una mala noticia: el azúcar le ha salido por las nubes». Este tipo de frases activa reacciones emocionales, sobre todo cuando el sujeto no

lo espera. Preferimos evitarlas. En la **compensada** advertimos de la mala noticia pero la compensamos con otra noticia de mejor condición:

«Tengo para usted una buena y una mala noticia. La mala noticia es que le hemos encontrado células malas en la biopsia. La buena es que el hallazgo lo hemos hecho tan pronto que el tratamiento es muy eficaz.»

Finalmente, la **paradójica** juega con la contraposición entre mensajes verbales y no verbales, por ejemplo, cuando deseamos ironizar: Enfermera (tratando de estimular el amor propio para lograr un cambio de conducta): «¡No, hombre!, ¡si no hay problema en que continúe bebiendo!, total el hígado no duele...» Volveremos a ella en el apartado de errores.

#### *Técnica de acomodación*

La **acomodación**, probablemente, es la parte más compleja de las malas noticias, y se basa en varias habilidades (cuadro 4.1). Estas habilidades son distintas según se realicen en una primera fase (en caliente), o tras un período de asimilación. Un ejemplo vale más que mil palabras:

### **Cuadro 4.1.**

#### **Acomodación tras una mala noticia**

Una niña afectada por una cardiopatía congénita falleció repentinamente a la edad de 9 años, mientras paseaba con sus padres. El impacto del fallecimiento fue enorme, y alertados por unos vecinos, el médico de cabecera, junto con la asistente social, se personaron en el domicilio. Allí el panorama de desolación era extremo, con padres y abuelos llorando al unísono, sin que nadie tomara las riendas de la situación, ni contuviera mínimamente el dolor del grupo. La asistente social, más ducha en estas lides, tuvo un acercamiento emocional inmediato, acercándose a la madre y abrazándola. Poco a poco introdujo palabras de confort, animándola a entrar en la habitación de la niña y arreglarla antes de que vinieran los empleados de la funeraria. El hecho de actuar, hacer algo, fue positivo, y la serenidad de la madre contagió al grupo familiar. Se tomaron diversas medidas (avisar a parientes, esquelas, etc.), mientras el médico arreglaba el certificado de defunción (evitando el sufrimiento añadido de una autopsia), y cuando la asistente social abandonó el domicilio se había recuperado un equilibrio funcional mínimo.

A los pocos días regresó y comprobó que se había instalado un proceso de negación: la familia funcionaba como si la hija estuviera viva. Nadie se atrevía a entrar en su habitación, intacta y con todos los vestidos en el armario. La asistente social abordó el tema con valentía, y se acordó regalar los vestidos a unas monjas del barrio. A la semana siguiente la asistente social citó a los padres a su despacho, y allí tuvo de nuevo una entrevista en la que afloraron los sentimientos de culpa por no haberse percatado del estado tan frágil en el que se encontraba la niña. El repaso frío y exhaustivo de los hechos reveló que se había atendido a las normas dictadas por los especialistas, quienes ya habían advertido de la posibilidad de que sucediera el evento. «Tenéis que reaccionar porque tenéis otro hijo que también os necesita, y os necesita con todas vuestras capacidades. Si vuestra hija os pudiera hablar seguro que éste sería su mensaje», concluyó la asistente social. También aconsejó la intervención del cura del barrio, amigo de la familia.

En este caso, la asistente social procedió a **modelar conductas** (tomar las riendas de la situación, reordenar los espacios físicos de la vivienda...), **recalificó valores** (inevitabilidad del fallecimiento, imposibilidad de prevenirlo, deber hacia el otro hijo), y **activó** otros **recursos** comunitarios (párroco del barrio) y **psicológicos** («vuestro otro hijo os necesita»).

## Errores que evitar

Pueden ser de tipo formal o conceptual (tabla 4.7).

### Errores de tipo formal

Por desgracia, continúa siendo habitual en las consultas que algunos profesionales hablen de manera inaudible, atropellada o retórica. Por ejemplo:

*Información incorrectamente emitida:* «mire usted, me parece que tiene hipertensión arterial, enfermedad que, como sabe, es incurable, pero que controlamos bien con dieta y medicinas. De todas maneras antes de hacer nada más voy a pedirle unos análisis y unas pruebas para descartar que esta hipertensión no le haya dañado alguna víscera, y de momento no le doy nada, pues no viene de un par de semanas y podemos esperar, ¿de acuerdo?».

*Observaciones:* párrafo muy largo, sin pausas. Sólo le brinda al final la posibilidad de estar «de acuerdo», pero ello en absoluto crea un clima de bidireccionalidad. Por otro lado, utiliza jerga médica (descartar, víscera) y palabras de alto contenido emocional (incurable). En ningún momento denuncia de qué va a hablar, ni separa la explicación sobre la naturaleza del problema de la explicación de las medidas que tomar. Finalmente, incurre en el error de justificar innecesariamente sus decisiones («pues no viene de un par de semanas...»).

Lo mismo correctamente dicho:

*Información correctamente emitida:* «Primero voy a explicarle lo que pienso que tiene, y después lo que tenemos que hacer. Creo que tiene hipertensión arterial. ¿Conoce lo que es?»

**Tabla 4.7.**  
Errores en la emisión de información

---

#### Errores de tipo formal

---

– Información incorrectamente emitida: frases largas, términos médicos, de alto contenido emocional...

---

#### Errores conceptuales

---

- No informar de la orientación diagnóstica.
  - Ignorar que el logro de un adecuado cumplimiento terapéutico es un proceso de sucesivas visitas, no una empresa de un solo día.
  - No saber trabajar en equipo con enfermería, ni con el farmacéutico comunitario. No delegarles tareas educativas.
  - Uso de términos demasiado cultos o de tipo médico (jerga).
  - Seguimiento pobre o inadecuado.
  - Información no adaptada a las necesidades del paciente.
  - Decir lo que otro profesional hará o debiera hacer.
  - Valoraciones indebidas.
  - Hablar de hipótesis.
  - Falsas esperanzas.
  - Lanzar el dardo e irse corriendo.
  - Ángel de la verdad.
  - Notificación paradójica.
-

(...) ¿Seguro que no tiene algún familiar con este padecimiento? (...) Bien, en tal caso le informo. Se trata de lo siguiente: imagínese las cañerías de su casa. El agua está a una presión determinada, y si sube demasiado puede tener averías, ¿verdad?... Pues lo mismo ocurre con la sangre dentro de las arterias. El término «hipertensión» quiere decir que la sangre está a una presión demasiado alta, y tendremos que bajarla, ¿me ha seguido hasta aquí? Pues ahora vamos a la segunda parte, o sea lo que hay que hacer. En primer lugar, etc.»

Observaciones: existe enunciación, las frases son cortas, clarifican los términos médicos que salen, y se emplea un vocabulario «neutro». Hay, además, bidireccionalidad desde el inicio, y se ejemplifica («es como la presión alta de una cañería...»).

### **Errores conceptuales**

#### *\* No informar de la orientación diagnóstica*

Algunos profesionales tienen por costumbre no informar sobre la orientación diagnóstica que realizan, a menos que el paciente lo solicite. Ello les reporta el beneficio de poder rectificar un diagnóstico en una visita de seguimiento. Por ejemplo, un resfriado que evoluciona a bronquitis permite decir: «ya me lo parecía que se complicaba». Sin embargo, pierden oportunidades para realizar educación sanitaria.

#### *\* Ignorar que el logro de un adecuado cumplimiento terapéutico es un proceso que se logra en sucesivas visitas, no en una sola*

Recuerde: somos corredores de fondo. Aplique estrategias de «gota malaya» y planifique una intervención pluridisciplinar: médico-enfermera-farmacéutico y a veces asistente social, involucrando a la familia.

#### *\* No saber trabajar en equipo con enfermería, ni con el farmacéutico comunitario.*

#### *\* No delegarles tareas educativas*

Una cartera de servicios de enfermería en el área que nos ocupa abarca, entre otras tareas:

- Información y educación sanitaria de las principales enfermedades crónicas.
- Plan de deshabitación tabáquica.
- Educación específica en el uso de inhaladores y otros fármacos especiales.
- Detección y educación sanitaria de pacientes poco cumplidores del tratamiento.
- Conducción de grupos de pacientes crónicos para adquirir habilidades de autocontrol e incrementar su autonomía. Por ejemplo: niños asmáticos, pacientes anticoagulados, diabéticos, pacientes con infarto de miocardio, etc.
- Técnicas individuales de relajación y también grupales.
- Técnicas de apoyo psicológico a pacientes oncológicos, mujeres maltratadas y pacientes sujetos a un problema vital agudo.

En el caso del farmacéutico comunitario, una cartera de servicios potencial sería:

- Detección de pacientes sin adherencia a la medicación. Comunicación discreta al equipo de salud.
- Dosificación individualizada de medicamentos a pacientes debidamente seleccionados.
- Educación sanitaria sobre cómo se usan los inhaladores, cómo se administran enemas, pomadas y gotas oftálmicas, uso de pañales, etc.
- Consejo antitabaco coordinado con el protocolo de cesación tabáquica del equipo de salud.

- Conocimiento y seguimiento en la parte que corresponda de los protocolos fundamentales para diagnóstico, terapia y seguimiento de las enfermedades crónicas.
- Compromiso de comunicación preferente con el médico en caso de que detecte incompatibilidades o efectos indeseables en alguna de sus prescripciones.

*\* Uso de términos demasiado cultos o de tipo médico (jerga)*

No sólo nos referimos a la típica jerga médica (pirosis, ulcus, ángor, etc.), sino también al uso de palabras muy cultas: «descartar», «acreditar», «amerita», etc.

*\* Seguimiento pobre o inadecuado*

No dé por seguro el cumplimiento del tratamiento, ni tampoco que el paciente «nos volverá antes de lo que quisiéramos», por lo que no vale la pena darle una cita. La mayor parte de visitas deberían terminar con el «véngame en... meses para...». Los intervalos de citación pueden ser: si el padecimiento no está estabilizado: citación semanal o quincenal según criterio. Si se trata de un padecimiento estabilizado: citación de enfermería cada dos meses, y cada tres o cuatro (según criterio) citación médica (adaptado de Martín Zurro A, 1994)

*\* Información no adaptada a las necesidades del paciente*

Evite indicar lo que «le harán o dejarán de hacer» cuando proceda a derivar a un paciente. Por ejemplo: «le mando a rehabilitación. Allí le harán ultrasonidos y masajes. Ya verá que quedará contenta».

Una duda frecuente es si explicar o no los efectos secundarios de una determinada medicación. Estas dudas se deben al alto grado de sugestionabilidad de algunos usuarios. Obsérvese la utilización de la *técnica de contrasugestión* para introducir efectos secundarios:

Situación 1: El entrevistador activa la sugestionabilidad de la paciente.

Profesional: Voy a darle un antihistamínico para su alergia. Va a notar mejoría muy rápidamente, pero el fármaco tiene la pega de que acostumbra a dar algo de sueño.

Paciente: ¡Uy!, no me lo dé, yo soy terrible para eso.

Situación 2: Usando la *técnica de contrasugestión*.

Profesional: Voy a darle un antihistamínico para la alergia. Notará mejoría enseguida.

A todos mis pacientes suele sentarles bien, y sería una verdadera casualidad que a usted le dieran algo de adormecimiento. Si fuera el caso me lo dice, pero insisto que sientan bien a casi todo el mundo.

En la segunda situación la información tiene una parte sugestiva («algo de adormecimiento»), junto a otra contrasugestiva («sería una verdadera casualidad»). En pacientes altamente sugestionables las advertencias respecto a efectos secundarios deben limitarse a aquellas suficientemente importantes y que su conocimiento, por parte del interesado, suponga ventajas diagnósticas o de manejo.

*\* Decir lo que otro profesional hará o debería hacer*

Tras diagnosticar un tumor de estómago, el profesional dice:

Entrevistador: Hemos tenido mucha suerte porque con una operación esta parte del estómago se saca y usted queda curado. Es una operación que no suele revestir gravedad.



Pero al paciente no quisieron operarlo porque el cáncer estaba excesivamente extendido, con lo cual... ¿cómo explicarle ahora su nueva situación?

*\* Valoraciones indebidas*

La Sra. F. tenía realizada una ligadura de trompas, a pesar de lo cual quedó embarazada.

Entrevistador: Tiene verdadera mala suerte. Eso ocurre una vez de cada tres mil, y le ha tocado a usted. Debe tener algo especial.

Esos comentarios llaman a un razonamiento basado en los principios del pensamiento mágico, estimulando explicaciones inoportunas (p. ej., «males de ojo»), profecías y malos augurios para el futuro, tanto en relación al feto como a la salud de la mujer.

*\* Hablar de hipótesis*

El médico tiene el deber de pensar en todos los diagnósticos diferenciales, pero se guardará de comentarlos con sus pacientes. Obsérvese la siguiente escena:

Entrevistador: Te hemos encontrado una pequeña lesión en la radiografía. Puede ser una cicatriz de una pulmonía que tuviste de joven, pero también podría ser que se te estuviera haciendo algo malo en la pleura, porque has trabajado con asbesto, así que deberemos hacerte más pruebas.

Aunque después todo quede en agua de borrajas, este paciente siempre pensará que «yo una vez tuve casi un cáncer por asbesto».

*\* Falsas esperanzas*

Al Sr. Julián le indicaron un recambio valvular. Acudió a la consulta con su esposa, y ante las dudas de si operar o no operar el médico les dijo:

Entrevistador: En la vida hay que ser un poco atrevidos para sacarle provecho. Ahora está usted muy bien para operarse, y de esas operaciones se hacen muchas y la mayoría van bien. Yo no me lo pensaría mucho.

El Sr. Julián falleció en el postoperatorio. La decisión de operarse siempre en el fondo la toma el paciente, pero el médico no podía evitar sentimientos de culpa cada vez que acudía a su consulta la viuda del Sr. Julián, y le miraba como sólo ella era capaz de mirar...

*\* Lanzar el dardo e irse corriendo*

El Dr. X tras visitar a un paciente ingresado en un hospital afectado de neumonía, salió de la habitación y espetó a los familiares: «¿este señor está realizando algún tratamiento para su cáncer de hígado?». La esposa del paciente ignoraba que su marido había sido diagnosticado de cáncer de hígado, pues la prueba era muy reciente y los hijos habían preferido no decírselo hasta pasar el otro mal trago de la pulmonía. El médico, azorado al comprender la situación, se escabulló asegurando que vendría un poco más tarde.

Siempre hay un momento en que nos equivocaremos, es inevitable. Tenemos derecho a equivocarnos, pero no a inhibirnos del error. Son esos momentos los que requieren coraje para asumir el error y tratar de minimizarlo. En el caso anterior:

Entrevistador: Disculpe, Sra., ¿no estaba usted informada?

Esposa (llorando): No, no sabía nada.

Entrevistador: Créame que lo siento. Si le parece oportuno podemos pasar a mi despacho para explicarle la situación.

*\* Ángel de la verdad*

El Dr. X, imbuido por determinadas ideas anglosajonas de decir toda la verdad al paciente, suele mantener este tipo de diálogos:

Paciente: ¿Podría explicarme qué pone en este informe, doctor?

Entrevistador: Por supuesto. Le han encontrado un tipo de cáncer en el hígado. Se debe a la hepatitis que padeció de joven y al alcohol que ha bebido durante tantos años.

Paciente: ¿Es grave, doctor?

Entrevistador: Parece que sí. De hecho, el cáncer se le ha extendido al pulmón.

Paciente: Pero, ¿habrá tratamiento, no?

Entrevistador: Me temo que no, aunque haremos todo lo posible para que no sufra.

Paciente: Entonces... ¿me voy a...?

Entrevistador: En efecto. No creo que su expectativa de vida sea superior a un año, aunque estos pronósticos siempre están sujetos a error.

Cada paciente tiene su ritmo y debe escoger el grado de verdad que desea oír. Debemos favorecer un proceso de tanteo, de acercamiento progresivo y también de participación de los familiares.

*\* Notificación paradójica*

Entrevistador (en tono jovial): Bueno, tal como ya presumía no me equivoqué ni un milímetro: le hemos encontrado a la abuela un tumor en el colon.

Familiar: ¿Será malo, doctor?

Entrevistador (manteniendo el tono jovial): Sí, me temo que sí.

Este tipo de notificación paradójica se debe a la incapacidad del médico para dominar su estado de optimismo o euforia, sea éste debido a circunstancias completamente independientes del caso clínico (p. ej., ha ganado un premio a la lotería), sea porque en el fondo considera el diagnóstico como un triunfo intelectual, («¡al final se ha confirmado mi sospecha diagnóstica, que listo que soy!»), y desconsidera la vertiente humana.

## Galería de situaciones

Abordaremos los siguientes casos paradigmáticos:

- El paciente fibromiálgico que no entiende en qué consiste su enfermedad.
- El paciente inmaduro que está enfadado con su enfermedad.
- El paciente que acaba de perder a un familiar o allegado.
- El paciente que aún no tiene diagnóstico o que no sabemos orientar etiológicamente.

### **El paciente fibromiálgico que no entiende en qué consiste su enfermedad**

He aquí un diálogo bastante típico en que un médico trata de informar a un paciente afecto de fibromialgia sobre la naturaleza de su padecimiento:

E: Sra. Eulogia, tras examinarla con atención y con todas las pruebas que hemos realizado, he llegado a la conclusión de que usted padece fibromialgia.

P (señalándose los brazos): Yo lo único que sé es que me duele por ahí y por ahí.

E: La fibromialgia es una enfermedad que aún no se conoce muy bien, pero parece ser que es una contractura de las fibras musculares, en relación casi siempre a un descanso nocturno deficiente.

P: ¡Ah!, pues yo por la noche duermo perfectamente.

E: También se ha visto que está en relación a depresiones.

P (protestando): ¡Yo de depresiones nada de nada!

E: Y otras veces no se sabe de dónde viene, pero ahí está.

P: Ya sólo falta que me diga usted que todo son nervios.

E: No son nervios, señora, son los músculos.

P: A mí lo que me pasa es que los huesos me duelen mucho, ¿no será que me falta calcio? A todas mis amigas el médico les da calcio y cosas para los huesos, pero usted no quiere darme nada.

E: Claro, porque con una alimentación sana tiene suficiente calcio.

P: Pues entonces no entiendo cómo me duelen tanto los huesos.

E (enfadado): ¿No se lo estoy diciendo? ¿Tiene usted una fibromialgia!

P: ¿Y no sería mejor que me mandara al especialista? Al menos me haría una prueba del calcio.

### Comentario

1. ¿Aprecia algún tipo de error en el enfoque utilizado por el médico?

La fibromialgia es un síndrome, y como tal ignoramos su etiología. Sin embargo, un porcentaje elevado de pacientes fibromiálgicos tienen una mala calidad de sueño. Antes de informar al paciente de su enfermedad conviene saber si tiene insomnio o depresión. La explicación que ensaya el médico corresponde a un paciente que tuviera fibromialgia e insomnio. Pero el paciente niega tener insomnio. En nuestra experiencia, estos pacientes que niegan insomnio «duermen» aparentemente, pero la calidad del sueño es mala. Sin embargo, este dato debe ser averiguado *siempre* antes de dar la explicación, para que no parezca que estamos buscando una justificación a nuestra orientación diagnóstica. Puestos en la situación del profesional, lo mejor que puede hacer es ofrecer una explicación del tipo: «tiene usted fibromialgia, ¿sabe en qué consiste?... ¿ha oído esta palabra alguna otra vez?» Y a partir de la respuesta ensayar: «se trata de una enfermedad que consiste, básicamente, en dolor de las fibras musculares, por esto a usted le duele aquí, y aquí (señala puntos de fibromialgia), pero en cambio las articulaciones están bien».

2. ¿Cuáles son las preocupaciones del paciente?

En el diálogo objeto de análisis encontramos cierta prevención a que el médico le indique que se trata de algo nervioso. Posiblemente no le parezca aceptable un diagnóstico en el área psicosocial. Ello suele ocurrir cuando el paciente vivencia el dolor como muy corporal. Por desgracia esta vivencia nada tiene que ver con su origen. En todo caso, cuando ofrecemos un nombre al padecimiento, en nuestro caso «fibromialgia», damos *controlabilidad* al paciente. El paciente sabe a qué atenerse «me han dicho que tenía... ¿tú sabes algo de eso?», etc.

3. ¿Resulta adecuado introducir elementos de tipo psicológico o psicossomático en pacientes que rechazan este tipo de enfoque?

El paciente fibromiálgico tiene un umbral de dolor disminuido, como todos los pacientes con mal descanso nocturno. El motivo de su mal descanso nocturno puede ser

variopinto: molestias artrósicas que despiertan, necesidad de orinar, síndrome depresivo, preocupaciones que interfieren con el sueño. En estos casos, seguiremos una regla parsimoniosa: introduciremos lo psicosocial como elemento etiológico cuando el paciente esté abierto a lo psicológico, en general *sin forzarlo a que lo acepte*. Es decir, si el paciente se cierra a lo mental, vamos a preferir darle unos diagnósticos funcionales o sintomáticos, a *forzar* una interpretación psicológica. Por ejemplo, siguiendo esta pauta: «sí, en efecto le veo falta de elasticidad de músculos y tendones, lo que ya puede explicarnos sus molestias; ¿Le gusta la natación?... etc.» ¿Cuán lejos hemos de llevar esta estrategia? El mismo paciente, indirectamente, nos lo dirá. Lo importante es *consolidar una buena relación terapéutica* y esperar a que poco a poco nos desvele su malestar psicológico. No se tenga por mal profesional por el hecho de que no logra «psicologizar» a un paciente somatizador. Todo a su tiempo, y primero hay que preservar la calidad de la relación.

*¿Cómo debemos actuar en este tipo de situaciones?*

He aquí algunas sugerencias:

1. Antes de emitir el diagnóstico de fibromialgia pregunte por la calidad del sueño y asegúrese de que el paciente no tiene un síndrome depresivo. Por ejemplo:

- ¿Cómo está de estado de ánimo?
- ¿Algunas veces llora sin saber por qué?
- ¿Se levanta por la mañana más cansada que cuando se fue a la cama?
- ¿Le cuesta coger el sueño?
- ¿Sufre interrupciones del sueño? ¿Cuántas veces? ¿A qué hora? ¿Puede volver a dormir cuando se ha despertado? ¿Cuánto tarda en coger otra vez el sueño?

2. Inicie siempre la explicación del diagnóstico con: «padece usted falta de elasticidad muscular/fibromialgia, ¿qué sabe usted de este padecimiento?» Por desgracia se ha dramatizado mucho esta entidad, y algunas personas creen que se trata de una enfermedad degenerativa e invalidante. Ofrezca un punto de vista más constructivo: «la fibromialgia no suele ser invalidante, aunque sí es molesta». *Si se trata de un primer diagnóstico es mejor hablar de falta de elasticidad de las fibras musculares*. No olvide que se exigen tres meses de síntomas para el diagnóstico.

3. Adapte el formato general ofrecido anteriormente de manera personalizada. Por ejemplo:

Dr.: Sra. Eulogia, tras examinarla con atención y con todas las pruebas que hemos realizado, he llegado a la conclusión de que usted padece fibromialgia. ¿Sabe usted algo de esta enfermedad?

P (muy afectada): ¡Dios mío! ¿No es esa enfermedad que tuvo una alcaldesa y la tuvieron que jubilar?

Dr.: Bueno, en general, la televisión exagera mucho. No, ni mucho menos es grave, aunque sí bastante molesta. Verá usted, ¿se ha dado cuenta de lo mal que descansa usted por la noche?

P: Pues ahora que lo dice puede que tenga razón.

Dr.: Los músculos también tienen que dormir por la noche, pero los suyos no se relajan, y ello trae como resultado que duelen, duelen justamente por aquí, y por aquí (palpa puntos de fibromialgia), ¿se da cuenta?, porque son puntos en que los músculos se insertan en los huesos.

P: Ya lo decía yo, me duelen los huesos.

Dr.: No. Justamente los huesos tienen la artrosis normal que les toca por la edad, pero no es ése el dolor que siente. El dolor que tanto la molesta es de los músculos. (Aplica una técnica estereognósica) Vea, eso es el hueso (palpa un punto control, por ejemplo diáfisis de fémur o la frente), y eso es el músculo, ¿a que hay diferencia?

P: ¡Uy!, sí, sí que la hay.

Dr.: Para tratar esta enfermedad le tengo que dar estas pastillas que le harán dormir el músculo por la noche, y así poco a poco se irá descontracturando. ¿Me sigue? También puede beneficiarse de natación y, etc.

### Recuerde, ante un paciente con fibromialgia:

- Realice el salto psicosocial con énfasis en estado de ánimo y sueño.
- Explore creencias y conocimientos previos del paciente sobre la enfermedad.
- Adapte el modelo de contractura muscular a cada paciente y proporcione controlabilidad: ejercicios físicos, de relajación, masajes, etc.

### El paciente inmaduro que está enfadado con su enfermedad

Analice el siguiente diálogo:

/1/Enfermera: Este azúcar no acaba de ir bien. Y encima nos ataca el riñón. Por eso el especialista le recomendó estas pastillas para protegerle el riñón, y estas otras para bajar los niveles de azúcar.

/2/Paciente: ¿Más pastillas? ¡Esto es una guasa!

/3/Enfermera: Creo que se está usted enfadando.

/4/Paciente: ¡Hombre! Sólo quien lo pasa sabe lo que es eso de la diabetes. Usted se piensa que con tomar más pastillas se arregla el problema, pero la procesión va por dentro.

/5/Enfermera: Mire, Sr. Vicente, si no está conforme con lo que le digo no me importa que lo hablemos tanto rato como sea necesario. A fin de cuentas trato de ayudarle...

/6/Paciente: Bueno, me diga lo que sea que yo después yo ya me apañaré.

/7/Enfermera: Pues mire, tiene que tomar esta pastilla cada mañana de este producto y... (etc.).

#### Comentario

1. ¿Cuáles son los errores y los aciertos en este fragmento de entrevista?

El profesional reconoce el enfado del paciente (/3/), empatiza con él («sólo quien lo pasa sabe lo que es eso de la diabetes»), y ofrece su tiempo para hablar todo lo necesario. Sin embargo: A) No siempre realizar un señalamiento emocional («está usted enfadado»), es oportuno. Hay el riesgo de que el paciente libere más enfado. Es mejor una frase empática, incluso en tono de buen humor: «vaya, ya veo que eso no le ha gustado ni pizca». B) en /7/ cae en la trampa de volver a un modelo de relación basada en la «instrucción», en lugar de profundizar en las expectativas y creencias del paciente.

2. ¿Cuáles son las emociones que exhibe el paciente?

Irritabilidad en /4/ y cierto desprecio hacia la tarea del profesional en /6/. Las enfermedades crónicas (y en especial la diabetes, con su dieta estricta), ponen a prueba la capa-

cidad de frustración del paciente. La pérdida de potencia sexual, o de agudeza visual, pueden vivirse como un auténtico duelo. A veces la disciplina de una dieta o de pincharse insulina pueden suponer un verdadero terremoto psicológico. Debemos entender como relativamente normal (aunque no justificable), que el paciente derive su rabia hacia el profesional que trata de ayudarlo. Es justamente en este punto que el profesional debe saber recolocar al paciente para evitar convertirse en un «profesional-desagüe».

3. ¿Se le ocurre algún tipo de intervención en lugar de la que el entrevistador realiza en /7/? Recuerde: /7/ Enfermera: Pues mire, tiene que tomar esta pastilla cada mañana de este producto y... (etc.).

En esta intervención el profesional opta por seguir su plan y «el paciente ya hará lo que quiera, que para eso es mayorcito». Es comprensible. Sin embargo, las técnicas de comunicación son justamente para mejorar la tasa de éxitos. Por consiguiente, hay que ensayar nuevas respuestas para viejos problemas. En el caso que nos ocupa evitaremos aumentar la tensión («si no va a hacer lo que le digo, mejor no le doy nada, a fin de cuentas es usted el que pierde»), para averiguar las creencias del paciente: «me interesa ver su punto de vista». Si no estamos de humor (p. ej., nos sentimos heridos por los comentarios del paciente), mejor darnos un compás de espera del tipo:

/7/Entrevistador: Tal vez tenga razón, tal vez hoy no sea el mejor día para hacer cambios... ¿le parece que nos demos unas dos o tres semanas, usted aprieta con la dieta y la medicación y nos volvemos a ver con un perfil de glicemia que podría hacerse el día...?

*¿Cómo debemos actuar en este tipo de situaciones?*

La dificultad de la entrevista reside en «entrar» en el mundo del paciente a pesar de su hostilidad. Lo primero que hay que hacer es visualizar al paciente no como un «mal-educado», sino como una persona que no sabe adaptarse, lo cual aumenta su sufrimiento. Puestos en su lugar... ¿qué haríamos nosotros? Desde esta perspectiva trataremos de «entrar» en su mundo mediante una respuesta evaluativa:

/1/Entrevistador: Este azúcar no acaba de ir bien. Y encima nos ataca el riñón. Por eso el especialista le recomendó estas pastillas para protegerle el riñón, y estas otras para bajar los niveles de azúcar.

/2/Paciente: ¿Más pastillas? ¡Esto es una guasa!

/3/Entrevistador (en tono cordial): ¿Una guasa? (Con esta **palabra/frase por repetición** el profesional señala un sentimiento del paciente y está también realizando una **respuesta evaluativa** de sus creencias).

/4/Paciente: ¡Hombre! Sólo quien lo pasa sabe lo que es eso de la diabetes. Usted se piensa que con recetar se arregla el problema, pero la procesión va por dentro.

/5/Entrevistador (**interpretación sugerida**): Creo que usted se ha esforzado mucho con la dieta y el ejercicio y está decepcionado con los resultados, ¿me equivoco?

/6/Paciente (en tono despreciativo): ¡Qué va!

/7/Entrevistador (haciendo otra afirmación que sabe que es falsa): ¡Y además ha dejado de fumar! En eso sí que debo felicitarle...

/8/Paciente (contenido de poder contradecirle): ¡Qué va! Continúo fumando.

/9/Entrevistador (nueva afirmación falsa): Bueno, pero al menos las pastillas se las toma cada día, y eso ya es mucho...

/10/Paciente: Me las tomo cuando me acuerdo. No me amargo la vida, sinceramente.

- /11/Entrevistador (haciendo un **señalamiento conductual** seguido de una **interpretación**): Ya, porque en el fondo prefiere que le riñamos nosotros, y así tiene a alguien con quien pelearse.
- /12/Paciente (sorpudentemente risueño, posiblemente porque se da cuenta de que el profesional ha descubierto su juego): ¡No se crea! ¡Con mi mujer también tengo peloterías!
- /13/Entrevistador (haciendo una **interpretación** y **mostrando sus sentimientos [self-disclosure]**): Ahora yo le tendría que reñir, pero como usted ya adivina todo lo que puedo decirle, creo que es mejor que no nos enfademos. (Haciendo un **señalamiento emocional** seguido de nuevo por una **interpretación sugerida**) Usted siente mucha rabia por la enfermedad que le toca soportar, y me parece que piensa que con esta rabia soluciona algo, ni que sea pasar una parte de la rabia a los que le rodean. ¿Qué le parece si nos tomamos un período de reflexión usted y yo? Pensamos en todo esto y nos volvemos a ver en tres semanas.
- /14/Paciente: ¿Y estas pastillas tan importantes que me tenía que dar?
- /15/Entrevistador: ¡Ah!, no tienen importancia. Podemos esperar tranquilamente estas tres semanas.
- /16/Paciente: No, no, prefiero que me las dé.

Observe como el profesional se lleva el gato al agua. Primero activa la parte infantil del paciente con afirmaciones que son rápidamente desmentidas, pero en /11/ desvela el juego, y en este mismo instante el placer de jugarlo se evapora. Evite dar la menor pista de que «ganamos o perdemos» en función de lograr tal o cual conducta del paciente. Nadie gana ni pierde, y en cambio cualquier apelación a ello nos trasladaría de nuevo a un juego inmaduro.

### Recuerde, ante un paciente inmaduro que no acepta su enfermedad:

- No confunda paciente inmaduro con paciente con trastorno cognitivo.
- Evite convertirse en profesional-desagüe. Evite reñir o apelar a «culpas».
- Practique la respuesta evaluativa: «me interesa su opinión/cómo vive el problema/lo que piensa».
- No permita tampoco imputaciones de culpa y apele, en cambio, a la autonomía y libertad del paciente: «entiendo que si no hace el tratamiento es porque usted lo ha decidido libremente, a fin de cuentas sólo es usted quien sale ganando o perdiendo».

### El paciente que acaba de perder a un familiar o allegado

La Sra. H ha solicitado hora para la enfermera, y apenas entra en su despacho se pone a sollozar. La enfermera se sienta a su lado y trata de consolarla.

- /1/E: ¿Qué le ocurre?, ¿por qué llora así?
- /2/P (alargando un papel): Mire, mire usted...

Se trata de un informe hospitalario en el que se indica el fallecimiento de su madre de manera repentina, por shock séptico.

- /3/E: ¡Dios mío!, es terrible, así de sopetón... tiene que estar destrozada...
- /4/P: Los médicos me decían que no era nada, que podría restablecerse, que posiblemente era una pulmonía, pero yo la veía mal, y mal... y al final me hicieron caso y la ingresaron en la UCI, pero ya ve... fue demasiado tarde...

/5/E: Créame que lo siento muchísimo... era una mujer tan dulce, tan buena persona... ¿quiere una pastilla, algo para calmarla?

/6/P: No hay quien me quite la pena... prefiero no tomar nada, gracias.

/7/E: ¿Quiere que le demos visita para el médico o para un psicólogo? Un antidepresivo puede que le vaya bien...

/8/P: No, de momento no, gracias.

1. ¿Cuáles son los puntos fuertes y débiles de este diálogo?

Puntos fuertes: aproximarse a la paciente para consolarla, descubrir sus emociones de tristeza y solidaridad en /5/, alabar a la finada también en /5/, y ofrecer ayuda en /7/.

Puntos débiles: pedir explicaciones en /1/ por los repentinos sollozos, en /3/ expresiones y juicios que califican la situación antes de que lo haga el propio paciente, y, finalmente, verse en la obligación de ofrecer algún tipo de alivio al sufrimiento en /5/ y /6/.

2. Este perfil de puntos fuertes y débiles... ¿a qué profesional corresponde?

Corresponde a un profesional con buenos sentimientos, más capaz de simpatizar que de empatizar con las emociones del paciente y, por consiguiente, con un *escaso dominio de la distancia terapéutica*. La alta reactividad emocional le conduce también a tratar de aliviar «ahora» el sufrimiento del paciente, a «hacer algo» en respuesta a las expresiones de dolor.

*¿Cómo debemos actuar en este tipo de situaciones?*

He aquí algunas normas:

1. No se vea obligado a actuar o a proponer acciones. En eso consiste, precisamente, la capacidad de *contención emocional*.

2. No califique la situación del paciente. Deje que los adjetivos lo coloque él/ella.

3. Permita silencios de elaboración. Aprenda a tolerarlos e incluso a utilizarlos como si fueran una técnica más.

4. Entre en el mundo del consultante: cómo ha vivido la muerte, si tiene quejas, deseos no cumplidos en relación al finado, u otros aspectos relativos a su vivencia espiritual.

5. No tema hablar de ideas religiosas aunque usted profese otra religión o sea agnóstico o ateo. Resulta perfectamente posible hablar de ello sin tener que revelar sus propias creencias, siempre desde el respeto y apoyo a las creencias del consultante, cuando éstas son constructivas y reparadoras.

Por ejemplo:

E: Para mí es una sorpresa tremenda, créame que lo siento mucho.

P: Ya ve, todo parecía una pulmonía sin importancia, y yo la veía mal, pero los médicos no me hacían caso hasta que ya fue demasiado tarde.

E: ¿Se ha quedado con la impresión de que se hubiera podido hacer más de lo que se hizo?

P: Probablemente no... Creo que eran muy buenos profesionales, pero yo veía a mi madre muy rara, y ellos no le daban importancia.

E: ¿Y usted cómo ha quedado desde el punto de vista anímico?

P: Tengo una tristeza muy honda, ya sabe cuán unidas estábamos...

La enfermera asiente y ambas se quedan calladas unos segundos (*silencio funcional* de elaboración), hasta que la paciente reanuda su intervención.



P: Pero sé que esta pena la tengo que pasar, que ella está ahí, noto su presencia..., no sé si me entiende...

E: Sí, creo que sí... es como si no estuviera sola...

P: Eso es. Sé que ha fallecido, pero las dos rezábamos mucho para cuando llegara este momento, y ahora que ha llegado sé que ella me mira desde alguna parte, y me da ánimos.

### Recuerde, cuando acompañamos al consultante en un duelo reciente:

- No se vea en la obligación de «hacer» algo.
- Entre en el mundo del consultante, en la relación que mantenía con el finado, en su perspectiva vital y espiritual.
- Trate de representar los deseos positivos del finado hacia el/la paciente: ¿qué cree que le diría él/ella si pudiera hablar con usted?, ¿cómo cree que le gustaría verle, así de triste o más alegre?...

### El paciente que aún no tiene diagnóstico o que no sabemos orientar etiológicamente

Observe este diálogo:

/1/Madre: ¿Y entonces, qué tiene mi nene?

/2/Pediatra: Pues no lo sé, pero parece banal.

/3/Madre: Pues será eso, pero la otra vez que usted me lo dijo lo tuvimos que llevar al hospital, y nos dijeron que tenía un principio de pulmonía.

Y también este otro:

/1/Médico: Señor José, le hemos hecho muchas pruebas, de sangre y orina, radiografías de los huesos, le he enviado también al especialista del corazón y de los huesos. El caso es que aún no sabemos con certeza de dónde le vienen estos dolores, ni la fiebre. Sabemos que no es del pulmón, como sospechábamos en un inicio, y ahora nuestra atención está puesta en investigar las vísceras del abdomen. Hemos de continuar haciéndole pruebas para llegar al fondo de la cuestión... ¿tiene preguntas?

/2/Paciente: ¿Puede ser cáncer?

/3/Médico: Es poco probable, pero en estos momentos tenemos casi 50 enfermedades que pueden darnos los síntomas que usted tiene. Sería poco oportuno que yo se las mencionara, porque le asustaría y de las 50 al final sólo nos tiene que quedar una. ¿Para qué asustarle con las 49 restantes, no le parece?

#### Comentarios

1. ¿Cuáles son los puntos fuertes y débiles de estos dos diálogos?

En el primer diálogo el pediatra dice: /2/Pediatra: Pues no lo sé, pero parece banal.

Esta respuesta es formalmente correcta y honesta, pero poco apropiada para una madre cargada de ansiedad. La palabra banal, no lo olvidemos, tiene **alto contenido emocional**.

En el segundo diálogo apreciamos varios aciertos del profesional: expone las pruebas que se han realizado, las interconsultas, por donde se dirigen ahora las pesquisas, y ofrece **bidireccionalidad**. El paciente aprovecha para preguntar si puede tener cáncer, a lo que el médico menciona un amplio diagnóstico diferencial que no excluye esta posibilidad. Es una respuesta honesta, aunque el número de «50» enfermedades puede resultar un poco exagerado.

*¿Cómo debemos actuar en este tipo de situaciones?*

En primer lugar, debemos ser muy honestos y no inventarnos diagnósticos. El reto principal del clínico está incluso antes de los diálogos que referíamos: está en el simple hecho de reconocer que *no sabemos* (lo que en el capítulo 2 llamábamos *punto de perplejidad*). A partir de aquí, ya hemos mencionado: aludir a las pruebas que se le han hecho, no banalizar la ansiedad del paciente o de los familiares, preguntarles incluso qué enfermedades temen, e incriminarles en lo que buenamente sea correcto. Por ejemplo:

Madre: ¿Y entonces, qué tiene mi nene?

Pediatra: Es pronto para decírselo. De momento tiene fiebre y su estado general es bueno. ¿Usted tiene miedo de que tenga una enfermedad en concreto?

Madre: Como tiene tanta fiebre pienso que pueda ser meningitis.

Pediatra (empatía): Es comprensible que tenga este miedo. Sin embargo, el estado de la pequeña es muy bueno, no tiene rigidez de nuca, está muy despierta ¿se da cuenta?, y en estos casos este diagnóstico es casi imposible. Los pulmones también están bien y los análisis de orina y de sangre, por otro lado, nos indican que la niña está básicamente bien, que la infección no es grave. Hay una pasa de virus que empiezan con fiebre y luego inflaman un poco el estómago y los intestinos. Tal vez sea eso. De todas maneras, ahora pueden marcharse para casa, porque es donde más cómoda va a estar la niña, y aquí ya no le haríamos nada más. (Ofrece controlabilidad) Pero eso no quiere decir que nos vayamos a estar quietos. Quiero que le tome la temperatura y la apunte en esta gráfica, y si observa... no dude en traerla de nuevo.

Imaginemos que el diálogo prosigue así:

Madre: ¿Y qué le doy? ¿No le podría mandar un antibiótico?

Pediatra: Sin un diagnóstico siempre lo evitamos. Si es la pasa que ahora tenemos de este virus que ataca el sistema digestivo, el antibiótico nos perjudica más que beneficia. Y si es otra cosa, el antibiótico puede que nos transformara el caso sin resolverlo, y entonces dificultaría el diagnóstico para cuando nos volviera.

En el segundo caso, nos parece correcto como ha llevado la entrevista el profesional. Si acaso el lector puede considerar este otro final:

M: Pensamos en muchas enfermedades, por fortuna la mayoría buenas, aunque las malas también nosotros tenemos obligación de pensarlas para que no se nos escapen. Mencionarle ahora todas estas enfermedades podría confundirle de manera innecesaria. Hemos de esperar a tener más pruebas y decirle cosas más seguras.

**Recuerde, ante un paciente sin diagnóstico:**

- 
- La honestidad es innegociable, aunque suponga decepcionar al paciente o disminuir nuestro prestigio.
  - Cuente por igual lo que sabe y lo que no sabe. Averigüe los miedos del paciente o de sus familiares y discuta con ellos si tienen alguna base o racionalidad.
  - Evite expresiones que den a entender que no nos preocupamos o que minimizamos la importancia del caso, o que pensamos que el paciente o sus familiares «son unos exagerados».
-

## Conceptos avanzados

Hemos destinado los dos capítulos precedentes a recoger buenos datos para buenos diagnósticos. Hemos examinado someramente cómo producíamos unas hipótesis tempranas, la importancia de saber replantear estas hipótesis y algunos procedimientos para educar nuestro pensamiento intuitivo, entre otras cuestiones. En el presente capítulo hemos partido de la base de que ya tenemos un diagnóstico o problema para comunicarlo al paciente, y nos hemos esforzado en adquirir técnicas informativas y técnicas para motivarle a la adherencia. ¿De qué manera influimos sobre los pacientes? Ésta es la primera cuestión que abordaremos.

### Modelo de influencia interpersonal

Proponemos un modelo para explicar la susceptibilidad de nuestros pacientes al cambio y a la influencia de nuestros consejos de salud. El propósito es que el profesional ajuste la mejor estrategia a cada perfil de consultante. Tal como desarrollaremos en el próximo capítulo este modelo parte de las evidencias acumuladas por el Health Belief Model, y se concreta en tres propuestas y una premisa. La premisa es la siguiente: un cambio conductual que se efectúa por la mera intercesión de la palabra exige siempre capacidad cognitiva, es decir, capacidad para imaginar «otras conductas» y planificarlas. Resulta absurdo aplicar sofisticadas técnicas de persuasión verbal en pacientes con claras limitaciones cognitivas. Las tres propuestas son:

1. Las personas estructuran un «núcleo de conductas de gratificación» (de tipo sensorial, apetito sexual o alimentario, actividades lúdicas, dependencia a drogas, etc.) bastante estable, pero con cambios que en general coinciden con las etapas del ciclo vital. A lo largo de la vida somos proclives a ampliar las conductas que favorecen este núcleo, sobre todo si son conductas adictivas, pero nos cuesta mucho asimilar otras que supongan renuncias, o aprender a disfrutar de algo que en primera instancia requiera esfuerzo. En conclusión, cada persona tiene una **inercia de hábitos** que la hace más o menos cerrada a adquirir nuevos hábitos que supongan esfuerzo. La mejor manera de provocar un cambio es demostrando al paciente que, en general, no saldrá perdiendo en su balance de gratificaciones.

2. Hay dos rasgos de carácter que explican, en parte, la gran variabilidad de respuesta que observamos a nuestros esfuerzos educativos: a) la percepción de eficacia, la sensación de «tener y disponer de nuestra vida», es decir, creer que somos los artífices de nuestra biografía; en un par de palabras: *locus* de control interno, y b) la curiosidad por ensayar nuevas pautas de conducta, tomar riesgos para experimentar. Los dos rasgos se cruzan para darnos cuatro tipologías: personas curiosas con *locus* interno, curiosas con *locus* externo, conservadoras con *locus* interno y conservadoras con *locus* externo. A su vez existen cuatro posiciones básicas en la manera de influirnos mutuamente, sea cual sea el escenario social (tabla 4.8). A efectos prácticos: el modelo predice que las personas curiosas con *locus* interno tendrán mejor abordaje con un estilo de consejos y persuasión explícita, en tanto que las conservadoras con *locus* externo, mediante órdenes implícitas, tipo modelado.

3. Finalmente, establecemos una «pirámide del cambio» (figura 4.2), en la que establecemos un segmento de la población directamente influenciado por los consejos de salud, un segmento vulnerable a un acercamiento motivacional, y un vértice de la pirámide completamente resistente al cambio. Esta pirámide distingue entre **paciente «precontemplativo»** y **resistente al cambio**. A efectos prácticos: debemos diagnosticar en qué punto está nuestro paciente para decidir si directamente aplicamos lo que llamamos «técnicas de

**Tabla 4.8.**  
Modelo de influencia interpersonal

Modalidad ⇒	Consejo	Persuasión	Negociación	Orden
La influencia es inaparente ⇒	Consuelo inoculado	Persuasión motivacional	Negociación por deslizamiento	Orden: – Amable – Sugerida – Modelado de conducta
La influencia es explícita ⇒	Consejo explícito	Persuasión confrontativa	Negociación posicionada	Orden explícita
Dirección de la influencia ⇒	Unidireccional	Bidireccional	Bidireccional	Unidireccional
Grados de libertad ⇒	Resolución electiva	Resolución electiva	Resolución forzada	Resolución forzada

motivación intrínsecas» o «extrínsecas» (tabla 4.6), ahorrando esfuerzos en una línea equivocada.

En este capítulo desarrollaremos los puntos 2 y 3, dejando el primero para el capítulo 5.

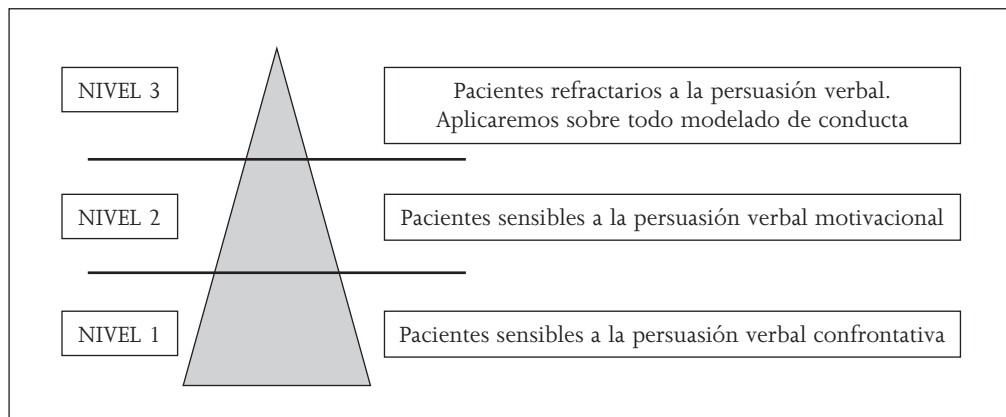
Observe la tabla 4.8 y los ejemplos que a continuación brindamos para una mejor comprensión de las cuatro modalidades: consejo, persuasión, negociación y orden.

*Modalidad de negociación*

La veremos en detalle en el próximo capítulo, pero avancemos que en ella hay dos protagonistas que desean cosas distintas. Toda negociación acabará por consiguiente en un acuerdo, un aplazamiento o un desacuerdo, es decir, tienen una resolución *forzada*.

*Modalidad de orden*

Damos más órdenes de las que nos parece: «tome tal pastilla tres veces al día, no fume, ¿sería tan amable de pasar a la camilla?» Órdenes sugeridas o amables no se perciben como



**Figura 4.2.**  
La pirámide del cambio

órdenes («¡haz esto!»), pero lo son. Las órdenes con emplazamiento («si no hace tal cosa antes de tal día prepárese para las consecuencias»), son posiblemente las que más presión colocan sobre los protagonistas. La resolución también es forzada (obedecer o desobedecer).

#### *Modalidad de consejo*

En la modalidad de consejo el profesional emite un mensaje con intención de influir al paciente, sin necesariamente establecer un diálogo sobre el asunto (unidireccional), y dándole margen para que haga lo que desee hacer (es decir, resolución electiva). Por ejemplo:

**Consejo inoculado:** el paciente no se percata de que lo recibe, ya sea porque queda disfrazado como una buena voluntad del profesional («ojalá un día me vengas y me digas, ¡he dejado de fumar!»), un escenario imaginado («el otro día me vino un paciente y me dijo, «he dejado de fumar», y yo pensé, he aquí una persona que se ha propuesto vivir un poco más y mejor»), o un mensaje de identificación grupal («casi todos mis pacientes han optado por dejar de fumar»), entre otras posibilidades.

**Consejo explícito:** el mensaje es muy claro, en realidad anunciado por el mismo profesional («voy a decirle lo que le aconsejo que haga»), o situado en una fase de la entrevista que no ofrece la menor duda. Pueden ser mensajes de **contenido argumentativo** («si adelgaza esta presión sanguínea va a mejorar»), **identificativo** («hacer tal cosa suele sentar muy bien a todas las personas»), o **emocional** («si no lo hace siempre tendrá la duda de no haberlo intentado»).

#### *Modalidad de persuasión*

La principal diferencia entre consejo y persuasión es que, en esta última, establecemos una relación bidireccional. Hay diálogo. Buscamos diálogo. Pero el resultado final de este diálogo ambos actores (profesional y paciente) entienden que es electivo. Nadie fuerza a nada, ya que si coaccionamos u ordenamos dejamos de persuadir. La gracia, y la fuerza de la persuasión es que el otro se avenga a hacer lo que queremos *desde su libertad*. Vale la pena mencionar que la persuasión, como el resto de modalidades, suelen ser usadas del profesional hacia el paciente, pero muchas veces también surgen del paciente hacia el profesional. Por ejemplo:

Paciente: ¡Me gustaría tanto que un día viniera a casa para visitar a Fermín! El pobre ya no puede moverse de la silla y siempre dice, «¡si viniera a verme mi enfermera!».

Paciente: Yo así no puedo estar. Habrá que hacer lo que sea, una radiografía o que me mande al especialista, pero algo habrá que hacer.

También es importante señalar que no son compartimentos estancos. Un consejo puede derivar en persuasión o negociación, por voluntad de una de las partes por abrir un diálogo. Por ejemplo:

Enfermera (**consejo argumentativo**): ¡Nos iría tan bien que dejaras de fumar!

Paciente: ¡Lo que fumo ni se nota en comparación del humo que tengo que tragar en el trabajo!

Enfermera (cambiando a **entrevista motivacional**): ¿Nunca te has propuesto dejar de fumar?

Paciente: Una vez intenté dejarlo pero no sirvió de nada. (Orden amable) De verdad que no va a servir de mucho que hablemos de este tema, yo venía por mi pierna...

La persuasión puede basarse en un proceso interno del paciente, en cuyo caso el paciente casi no nota que estemos intentado persuadirlo, o bien el proceso es muy explícito: intentamos que el paciente adquiriera una conducta que etiquetamos de «buena», «útil» o «conveniente». A la primera modalidad la llamamos **motivacional**, y la analizaremos a continuación, mientras que la segunda suele llamarse **confrontativa o directiva**. Pasemos a profundizar en la persuasión (en el próximo capítulo analizaremos las órdenes y la negociación), pero digamos que estas cuatro modalidades no agotan el modelo. Podríamos considerar, por ejemplo, la **manipulación** como otra posibilidad (eso es, hacer creer que con una determinada acción el contertulio ganará una prebenda, cuando en realidad nos mueve otro fin), o la **fascinación** (dejar en suspenso el espíritu crítico del contertulio apelando a emociones poderosas). La frontera entre persuasión y coacción puede ser muy tenue (p. ej., una amenaza velada de abandono, o un clima emocional airado), como también entre persuasión y manipulación, por ejemplo si ocultamos datos, o los exageramos.

### El arte de persuadir

¿Cuál es nuestro **estilo natural** cuando tratamos de cambiar hábitos dietéticos, tóxicos, farmacológicos o de otro tipo? Por lo general, usamos un **estilo de confrontación**: «este consumo de alcohol le perjudica... debería dejarlo, ¿se ve con ánimo?» Es un estilo directo, honesto y que funciona en un porcentaje nada despreciable de pacientes. ¿Y cuando este abordaje falla? Por lo general, aplicamos la regla de «más de lo mismo», tal vez asustando más, o añadiendo más autoridad al mensaje: «todos los expertos en esta materia le dirían lo mismo que le digo yo». En este apartado veremos que hay otra modalidad complementaria a la de tipo confrontativo, la llamada **entrevista motivacional**.

La entrevista motivacional nació con el fin de abordar a pacientes alcohólicos especialmente reacios al consejo médico. Miller (1999) se dio cuenta de que cuando estos pacientes eran abordados con el **método natural** de estilo confrontativo, comentado anteriormente, oponían a veces una resistencia al cambio difícil de superar. El profesional respondía a estas resistencias siguiendo la máxima de «más de lo mismo». El ciclo era más o menos el del esquema de la página siguiente.

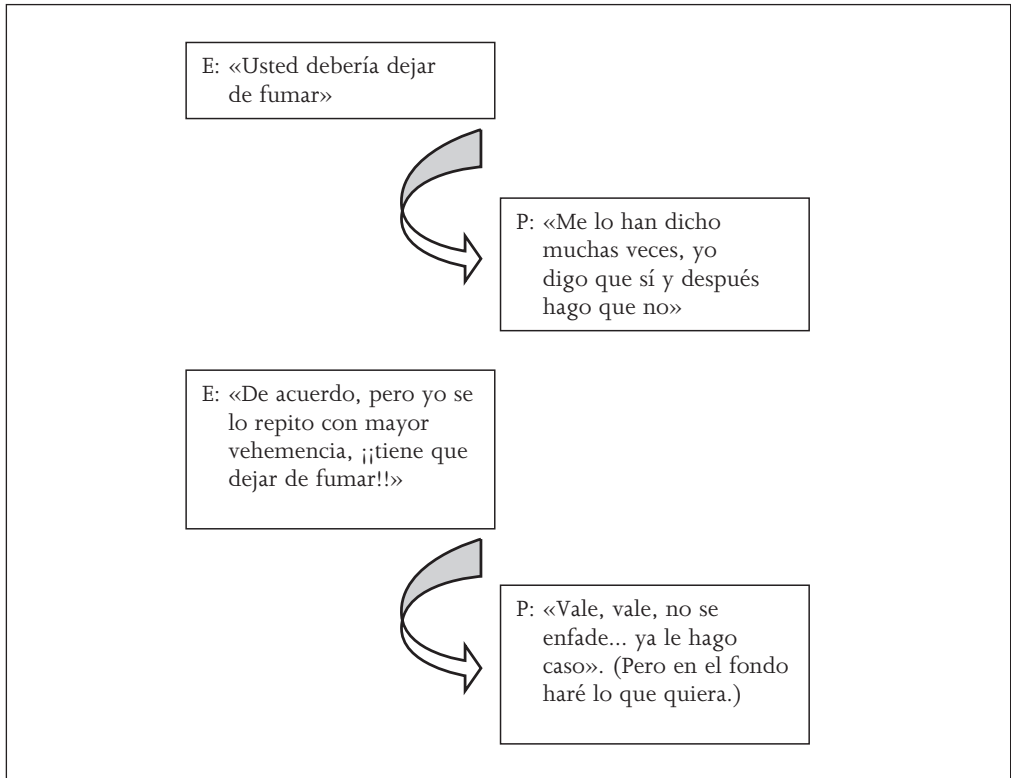
Este ciclo, en el mejor de los casos, conduce a **persuaciones aparentes**. Miller propone otro tipo de abordaje, algo así, en palabras suyas, a una «maniobra de judo». Toda vez que estos pacientes reproducen esquemas defensivos perfectamente ensayados, es decir, aplican una serie de resistencias ya probadas en diálogos con amigos y familiares, hay que ensayar maniobras que **provoquen sorpresa**. Imaginemos que el paciente se justifica así:

- A mí no me perjudica beber.
- Yo sé controlarme.
- No voy a tolerar que se metan donde no les importa.
- Etcétera.

Si el profesional activa de manera inocente estas resistencias, los diálogos subsiguientes son **del todo previsibles**, aburridos y de final archiconocido. Toda vez que no hay oportunidad para la sorpresa, tampoco la hay para el cambio. ¿Cómo lograr «otra manera» de dialogar con el paciente? Se basa en cinco principios:

#### *Crear un clima empático propicio*

Tenemos que crear un entorno escrupuloso con la autonomía del paciente: «yo sólo voy a influirle hasta donde usted se deje, y en todo caso no espere de mí un sermón». El clima emocional es lo más importante.



### Crear la discrepancia

No hay peor enemigo para una de nuestras creencias, apuntaba William James (1997), que el resto de nuestras propias creencias en contradicción con ella. Pues bien, en eso consiste crear discrepancias. Aquí reside la maniobra de judo que nos apunta Miller. Nosotros propusimos el término de **reconversión de ideas** para este mismo proceso, y apuntábamos el siguiente diálogo como esclarecedor (Borrell F, 1989):

Paciente: Soy un esclavo de la insulina.

Entrevistador: ¿No le parece que acudir cada mes a urgencias con una descompensación de su diabetes es ser más esclavo? Tal vez ocurra exactamente lo contrario: la insulina evita que sea usted esclavo de la diabetes.

El concepto clave es encontrar una creencia del paciente opuesta al resto de creencias que intentamos modificar, y una de las frases clave en este tipo de diálogos es: «tal vez ocurra exactamente lo contrario de lo que usted supone».

Las frases que podemos construir son muy variadas. Crear la discrepancia suele ser el punto más difícil del método, y en realidad los entrevistadores expertos tienen una serie de «trucos» que activan para las situaciones-problema más usuales. Por ejemplo, cuando abordan a un paciente que ha dejado la bebida, pero que no es capaz de dejar el tabaco, puede que de manera automática se les ocurra:

– «Me pregunto por qué razón es usted pesimista en relación a dejar el tabaco, cuando en realidad pudo dejar con éxito la bebida.»

- «Usted dejó la bebida, según me contaba, por el ejemplo negativo que daba a sus hijos... ¿es diferente en el caso del tabaco?»
- «Usted se vio bastante mal y reaccionó dejando la bebida. Me pregunto hasta dónde tendrán que llegar las cosas para que reaccione en el caso del tabaco»...

#### *Evitar argumentar*

Este principio es coherente con lo que decíamos anteriormente: el entrevistador en realidad «no está» en la elaboración argumental que se produce. El protagonista es el paciente. En realidad, el profesional actúa como facilitador de este proceso argumentativo, eso sí, encauzándolo debidamente. Lo que busca es que el paciente «se convenza a sí mismo».

#### *Absorber la resistencia*

Cuando aparecen los argumentos apuntados («yo sé controlarme la bebida») en lugar de seguir por el camino del paciente, absorberemos esta resistencia («sí, cabe la posibilidad de que en parte la controle»), para redireccionar hacia otro aspecto del hábito donde no exista una defensa bien articulada, por ejemplo: «sin embargo, su hígado parece decirnos «¡basta!», si consideramos la inflamación que le vemos. ¿Qué cree que nos están diciendo estas transaminasas tan altas?».

#### *Favorecer el sentido de autoeficacia*

El mensaje de fondo es: «¡usted puede hacerlo!», «todo lo que ha hecho hasta ahora es ya mucho», «simplemente por el hecho de venir a la consulta estamos avanzando»...

### **La pirámide del cambio**

El estilo confrontativo puede funcionar para un porcentaje de pacientes, y desde luego requiere menos habilidades y esfuerzo del que pide una entrevista motivacional. Por consiguiente, la figura 4.2 expresa lo que puede ser un enfoque realista de la cuestión. En la base de la pirámide tendríamos una parte sustancial de los pacientes, los cuales sin mayores resistencias están abiertos a un consejo para mejorar su salud, sobre todo si los hábitos que deben cambiar no tienen un componente importante de dependencia psicofísica.

Para estos pacientes suele bastar una enunciación directa como las que hemos estudiado, prefieren consejos explícitos con mensajes de identificación grupal e incluso órdenes tipo modelado de conducta, en pacientes conservadores y con *locus* externo.

En el vértice del triángulo encontraríamos a los pacientes inabordables a cualquier intento verbal de cambio. Eso es importante reconocerlo para evitar expectativas poco realistas por parte del profesional. Hagamos lo que hagamos *meramente con la palabra* no lograremos cambios en este sector de población. Se precisan medidas externas a su propia voluntad para darles un empujón, lo que llamamos modelado de conducta; por ejemplo: un tutor que administra las pastillas, recordatorios, alguien actúa como modelo e induce a una conducta imitativa, etc.

Entre estas dos poblaciones tenemos a los pacientes que, debidamente motivados, serán capaces de cambiar, es decir, serán ellos mismos motor de cambio. Aquí es donde aplicaríamos las técnicas propias de la entrevista motivacional.

Este enfoque que defendemos aconseja que el profesional sepa pasar sin problemas de un estilo confrontativo a un estilo motivacional. Es un **modelo de cambio centrado en la relación**, pues atiende sobre todo a la impresión que el clínico recibe de cuán abierto o cerrado al cambio está su paciente, y tantea la percepción de eficacia del sujeto a medida que avanza la entrevista. Los principios básicos son:



1. El clima emocional del encuentro es más importante que los contenidos verbales que se intercambian. Todos los esfuerzos los encaminaremos a forjar una alianza terapéutica.

2. Un clima emocional de culpa levanta resistencias que difícilmente pueden sortearse, sean cuales sean las habilidades verbales que apliquemos.

3. En un clima emocional de cooperación es posible retar y confrontar a nivel verbal. En realidad es posible casi todo (incluso equivocarnos en los mensajes), a condición de mantener la buena relación.

4. No hay una secuencia preestablecida en el sentido de iniciar una entrevista confrontativa y pasar a una motivacional si la anterior no funciona. Algunas veces es preferible directamente la motivacional, e incluso a veces pasamos directamente a modelado de conducta. En la tabla 4.9 resumimos algunos consejos orientativos.

Un ejemplo clarificará estos principios, por lo demás muy coherentes con las últimas aportaciones de Miller y Rollnick (2002). Imaginemos la siguiente escena:

Entrevistador (tras atender al paciente por un dolor de espalda, y con apenas un minuto más para destinarlo a la cesación tabáquica): Señor Vicente, ¿ha considerado usted alguna vez la posibilidad de dejar de fumar?

Paciente: No creo que sea capaz. Lo he intentado otras veces pero no lo he conseguido.

### Tabla 4.9

#### ¿Cuándo usaremos...?

**Consejo inoculado:** cuando deseamos sortear resistencias que sabemos que existen, con una idea que quedará residente en algún lugar no muy consciente del paciente, movilizándolo discrepando con el resto de creencias predominantes del propio paciente. Ideal para pacientes muy cerrados, «conservadores».

**Consejo explícito:** cuando deseamos establecer de manera clara dónde está «la realidad» o la «objetividad» de un determinado tema, es decir, «anclamos» al paciente a un diagnóstico para que tenga un norte y un sur hacia el que orientarse. También ideal para pacientes cerrados, para ir preparando futuras intervenciones nuestras o de otro profesional.

**Persuasión motivacional:** cuando tratamos de que sean las creencias favorables al cambio, que ya residen en el propio paciente, las que logren sorprenderle. Evitamos activar las resistencias «aprendidas y ensayadas» reiteradamente por el paciente. Ideal para pacientes cerrados pero que pueden y saben razonar.

**Persuasión confrontativa:** cuando pensamos que el paciente no tiene bien estructuradas sus resistencias, o incluso que no tiene aún resistencias al cambio «ensayadas», por lo que reflejamos la situación clínica y proponemos un plan. Ideal para pacientes abiertos al cambio, con percepción de eficacia.

**Negociación:** cuando adivinamos que el paciente desea algo concreto, y el dilema está en «hacernos los sordos», o bien aproximar posiciones (es decir, negociar), pues de otra manera perdemos la confianza o incluso al mismo paciente. Ideal para pacientes «con posiciones tomadas», en general con percepción alta de eficacia.

**Órdenes:** cuando la situación clínica exige unas medidas determinadas y no hay obstáculo por parte del paciente, quien desea realizar las medidas que le proponemos. Suelen ser pacientes con locus externo, o que se nos abren a nuestra influencia. Si hay resistencia, nos vamos a modalidades de persuasión o negociación.

Entrevistador: Sería estupendo que se motivara para ello. Sus bronquios empiezan a resentirse...

Paciente: A la presente... no me puedo quejar.

Entrevistador: Observe como el más pequeño constipado deriva en bronquitis.

Paciente (enfadándose): Eso es verdad, pero se debe a que usted no me da nada para aumentar las defensas. ¡Con la de cosas que hay hoy día!

Entrevistador (observa que el clima emocional se ha hecho inestable, por lo que ya no puede proceder en el nivel 1 de la figura 4.2. Ahora bien, si opta por el nivel 2, debe proceder a absorber la resistencia, como en efecto hace): Podría ser, podría ser que en efecto a usted no le perjudicara el tabaco, ¿es eso lo que usted piensa?

Paciente: Me relaja.

En este punto el entrevistador podría fácilmente crear discrepancia. Por ejemplo: «pues si le relaja, ¿le podríamos recomendar un pitillo a su hijo cuando esté nervioso?» Pero eso deterioraría el clima. Una intervención de este tipo sólo sería coherente en un clima de empatía y buen humor, pero no es el caso. Por consiguiente, priorizamos ante todo la alianza terapéutica, por lo que preferiremos:

Entrevistador: Entiendo sus razones. No voy a sermonearle, porque a fin de cuentas es usted quien debe tomar una decisión. Vamos a darle un tratamiento para su espalda, pero si más adelante pensara que vale la pena intentar dejar el tabaco, no dude en pedirme visita.

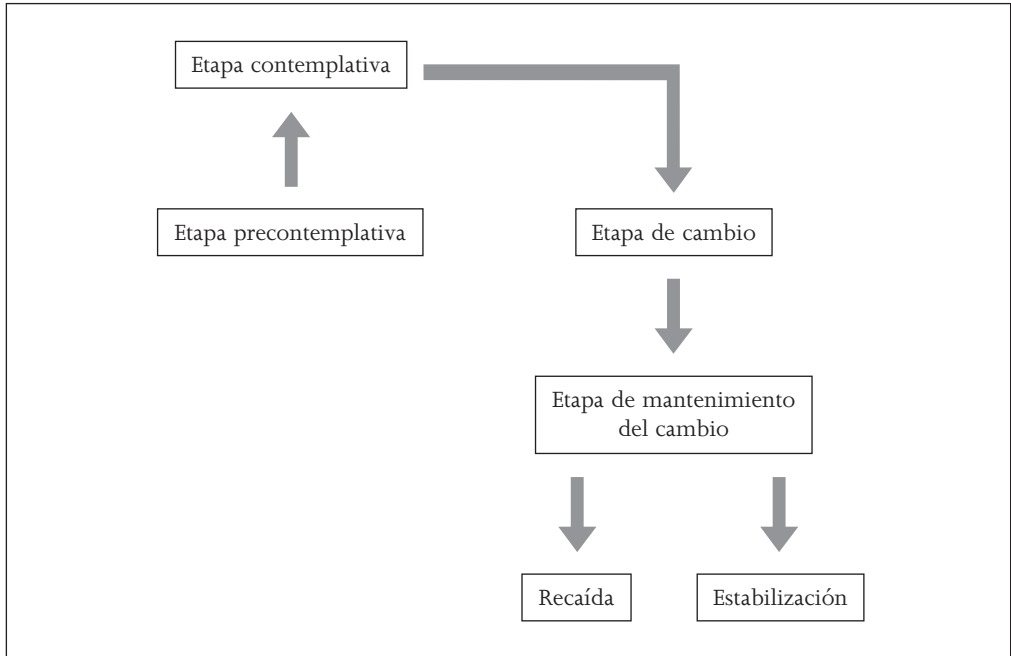
### **El modelo de cambio de Prochaska**

Prochaska y DiClemente (1983) construyeron un modelo dinámico (figura 4.3) para interpretar cómo se producían los cambios de conducta a lo largo de un período dilatado de tiempo. He aquí algunas de las afirmaciones y consecuencias del modelo:

1. Existe una «fase precontemplativa», en la que el paciente rechaza la expectativa de un cambio porque «ya estoy bien», o porque «acepto los riesgos de continuar fumando», entre otras posibilidades. El sujeto está impermeabilizado al cambio. Podemos hablar con él durante horas y horas, pero no lograremos voluntad de cambio. Tiene que suceder algo importante, una enfermedad, el fallecimiento de un amigo, otra experiencia emocional traumática, o tenemos que aplicar técnicas especiales de persuasión, para que se produzca una fisura (la semilla de la duda) y pueda entrar en fase contemplativa. Por lo general, la fisura la producen hechos que impactan a nivel emocional. Se cumple el aforismo: *sólo nos importa, y nos abre al cambio, lo que nos emociona*.

2. Las personas, por consiguiente, casi nunca cambiamos «de la noche a la mañana» (aunque también hay casos). Experimentamos un período de reflexión y de influencia, la llamada fase contemplativa, en la cual aceptamos que tal vez lo que hacemos no sea lo más adecuado para lograr los fines que deseamos o perseguimos. A esta etapa podemos llegar de manera relativamente rápida (p. ej., un programa de televisión, una charla con un amigo) o de manera extraordinariamente penosa. Pero una vez en esta posición, estaremos receptivos «a cambiar», estaremos «cargando pilas» para dicho cambio.

3. La etapa de cambio es una etapa donde «todo parece moverse», una fase que irradia optimismo y que puede hacernos creer en una fuerza de voluntad que en realidad no existe. Donde sí se pone a prueba esta voluntad es en la fase de mantenimiento. Aquí el sujeto se encuentra frente a frente con el impulso de «volver a fumar», o «beber aunque sólo sea una copa», hasta el punto de magnificar el placer que puede obtener de tales actos.



**Figura 4.3.**  
Etapas del cambio conductual

En realidad, en la fase de mantenimiento podríamos considerar que el sujeto «carga pilas» para mantenerse en el cambio conductual, o que «carga pilas» para recaer. *Carga pilas para recaer* si tiene imágenes repentinas en las que se ve fumando, y las permite e incluso las disfruta. *Carga pilas para mantenerse* si las contrapone a imágenes positivas donde se visualiza disfrutando de una naturaleza sin humo, por ejemplo.

En la tabla 4.10 resumimos algunas preguntas adecuadas para averiguar en qué punto se encuentran nuestros pacientes. El profesional de la salud se ve a sí mismo, desde la perspectiva de este modelo, como un facilitador para hacer progresar al paciente de la duda a la certeza, y crear nuevos hábitos (Cebrià J, 2003). Pero la piedra de toque es siempre: ¿qué hacer con los pacientes precontemplativos, con aquellos que resisten cualquier intento de cambio?

### **Pacientes precontemplativos y pacientes resistentes al cambio**

Estamos ya en condiciones de establecer una diferencia importante entre pacientes precontemplativos y pacientes resistentes al cambio. Si sólo tomáramos en cuenta el modelo de Prochaska (figura 4.3) esta distinción no sería tan obvia. Pero si volvemos a la figura 4.2, la pirámide del cambio, convendremos que hay dos perfiles muy evidentes en la clínica cotidiana: el paciente precontemplativo sin grandes defensas (o en vías de formación), que acepta un consejo y trata de seguirlo en la medida de sus posibilidades, y el paciente «resistente», con defensas formadas o una manera imperturbable de «hacer las cosas». Por desgracia, no tenemos un test diagnóstico para distinguir ambos perfiles, y es el fracaso continuado el que nos hará calificar a un paciente de «resistente». ¿Qué podemos hacer con cada uno de estos perfiles?

### Tabla 4.10. Preguntas para explorar la motivación

Preguntas de abertura:

- ¿Alguna vez ha pensado en (hacer/dejar de hacer)...?
- ¿Hasta qué punto le preocupa continuar...?

Relación del individuo con el hábito:

- ¿Piensa que esto puede perjudicarlo?
- ¿Hasta qué punto forma parte de su vida, de su manera de hacer?

Profundidad de la motivación:

- ¿Estaría dispuesto a dejarlo?
- ¿Otras veces lo ha intentado o al menos ha pensado en cambiar?
- ¿Qué dificultades prevé?

Tomada de Bosch JM, 1995. (Con permiso del autor.)

Los pacientes resistentes están en el vértice del triángulo. Son personas variopintas. Unas declaran que «hacen todo lo posible», pero a lo sumo han dejado su hábito de manera circunstancial. Aquí encontramos a los drogodependientes que reinciden, y sin duda a los que están en los programas de metadona. Otros pacientes puede que sean incapaces de tomar su medicación de manera metódica, sencillamente porque les falla la memoria. Grandes esfuerzos verbales por parte del entrevistador se siguen de breves períodos de adherencia a los consejos, para volver más tarde a los hábitos que tratamos de erradicar... ¡sencillamente porque se olvidan de sus buenos propósitos! Un entrevistador inexperto puede pensar que «he logrado convencerle», pero en realidad el paciente vuelve a las andadas en poco tiempo.

Este perfil de paciente podría beneficiarse de técnicas de motivación externas, por ejemplo, sistemas de tutorización, recordatorios automatizados, ingresos en clínicas donde se les somete a una determinada disciplina medicamentosa, alimentaria o de otro tipo, etc. Cuando estas técnicas operan durante largos períodos de tiempo, la presión externa puede suavizarse, pero casi nunca desaparecer, como demuestra la experiencia con los centros para drogodependientes. El fundamento ético de una intervención tan enérgica reside en que el mismo paciente nos autoriza a ella, o, si no está en condiciones de decidir, lo harán sus familiares o tutores.

Los pacientes precontemplativos sí están en plena capacidad para decidir. En principio, tienen la puerta cerrada al cambio, pero sólo cuando tratamos de abrirla vemos de verdad con cuánta fuerza la aguantan. No crea que con filigranas verbales se logra «casi todo». He aquí los posibles caminos que se abren:

- Preparar al paciente para que él mismo se percate de los efectos negativos de su hábito:

Entrevistador (aprovechando el final de una entrevista por otro motivo de consulta que ya ha abordado): Si me lo permite me gustaría hablarle un par de minutos de prevención. Observo que es usted un fumador importante... ¿se ha planteado alguna vez dejarlo?

Paciente: No, no. Me relaja mucho, y mi trabajo es de muchos nervios.

Entrevistador: ¿Nunca le han dicho o se ha dicho: «tendría que dejar el tabaco»?

Paciente: Bueno, no sé... tal vez. Pero a mí el tabaco no me perjudica.

Entrevistador (absorbiendo la resistencia): Usted ve al tabaco como su gran amigo, ¿es así?

Paciente: Pues sí, me relaja y me entona para seguir trabajando.

Entrevistador: ¿Nunca se ha visto en una situación como para decirse: «ojalá nunca hubiera fumado»?

Paciente: No, no creo... bueno, hace unos meses quise jugar un partido de fútbol y tuve que dejarlo a los 15 minutos. No podía. Pero supongo que no estoy entrenado.

Entrevistador (absorbiendo y redireccionando la resistencia): Sería una gran idea practicar algún deporte... ¿cuál le gusta?

De manera abrupta, el entrevistador se percata de que no va a lograr mucho en relación al tabaco, pero que si logra que el paciente practique un deporte puede que en un futuro se lo plantee de manera espontánea.

– Gota malaya + consejo inoculado:

Examinemos esta entrevista:

Entrevistador: No intento sermonearle pero si dejara de fumar créame si le digo que vivirá más y mejor.

Paciente: Me lo han dicho otras veces, pero soy duro de pelar.

Entrevistador (absorbiendo la resistencia): Lo curioso del caso es que si usted lo mira como un juego de ganar y perder; precisamente cuando usted cree ganar, y sigue fumando, es cuando en realidad pierde la salud.

Paciente (se encoge de hombros con un mohín de disgusto.)

Entrevistador: Pero pasemos al otro tema, el tema de su azúcar,... etc.

En este caso, el entrevistador es consciente de que no puede tensar la cuerda hasta el punto de romperla. Es preferible dar pequeños mensajes que obliguen a reprocessar, en este caso en forma de consejo inoculado. Los **consejos inoculados** no son objeto formal de discusión. Se administran al paciente para que actúen en un plano semiconsciente. De manera ideal, deben hacer referencia a otro plano de la realidad. Por ejemplo, en el mismo diálogo anterior:

Paciente: Yo creo que he fumado toda mi vida y así acabaré también.

Entrevistador (como para sí, pero lanzando un **consejo inoculado**): ¡Con lo bonito que es ver crecer a los chavales! (Y cambiando rápidamente de tema.) Pase, por favor, a la camilla, que le tomaré la presión.

En este ejemplo, la idea inoculada le dirá al paciente: ¿podrás ver a tus hijos crecer? ¿o antes puede que el tabaco te mate?

– Confrontación + orden:

La puerta está cerrada al cambio, pero el entrevistador aplica una fuerza considerable y... ¡logra abrirla! Esta estrategia está basada en una relación que debe ser no buena, sino excelente. Sobre esta base de amistad, el terapeuta realiza una confrontación muy directa, a la

que sigue un plan de acción que no negocia, sino que ordena (aunque con *amabilidad*). Por ejemplo:

Entrevistador: Señor Vicente, ha llegado un momento en que ya no podemos continuar así. El tabaco le está literalmente destrozando los pulmones. Si seguimos por este camino en menos de cinco años le veo con la bombona de oxígeno en casa. Es el momento de dejar de manera definitiva y radical el tabaco. ¿Se acerca alguna fecha que para usted sea significativa?

Paciente: El próximo 10 de abril es mi cumpleaños.

Entrevistador: Muy bien, pues podemos poner esta fecha para dejar radicalmente de fumar, ¿qué le parece?

Paciente: No, no, si usted dice que tengo que dejarlo y me lo dice tan serio, lo dejo mañana mismo. Mire, tome esta cajetilla, ala, y la tira. Ala, ya está decidido, no fumo uno más.

Entrevistador: Así se habla, me alegra mucho su decisión. Piense una cosa, lo que acaba de hacer es un paso increíble para mantener su salud. Por más pastillas que se tomara jamás podría hacer nada mejor que lo que acaba de hacer. Estoy muy contento.

Este tipo de estrategia puede parecer paternalista o autoritaria, pero el caso es que *funciona*, y funciona con pacientes recalcitrantes. Así pues, ¿no estamos éticamente obligados a probarla, aunque estéticamente desagrada? Suele argumentarse que las apelaciones al miedo pueden activar más la huida que el afrontamiento. Ordoñana (2000) realiza una amplia revisión del tema, distinguiendo entre respuestas de *control del peligro* (conducir de manera más prudente) y de *control del miedo* (no escuchar los anuncios televisivos que me recuerdan la posibilidad de accidente si conduzco deprisa). ¿Qué me cuesta afrontar el peligro? ¿Soy capaz de conducir de manera más prudente? Si con ello renuncio a esta adrenalina tan reconfortante, no me sale a cuenta, luego es mejor controlar las fuentes que tratan de inocularme el miedo (incluso cambiando de canal televisivo). Sin embargo, en un clima relacional presidido por la cordialidad y el apoyo empático, el paciente suele responder de manera positiva. La razón es sencilla: el profesional hace de puente para que el miedo pueda dirigirse hacia una conducta racional. Predomina la motivación por evitar el peligro al simple «enroque» y el profesional actúa como facilitador. Advertencia: la técnica de «confrontación más orden» hay que utilizarla cuando verdaderamente esté justificada. De lo contrario, caeríamos en un estilo histriónico del que sólo se derivan *fuegos fatuos*. Los pacientes acaban por conocer nuestro estilo y, por si fuera poco, *se ajustan* a éste.

### ¿Confrontar o motivar? La técnica del anclaje indirecto

Lea estos dos diálogos:

Estilo confrontativo:

Paciente: Yo no soy alcohólico. Puedo controlar lo que bebo.

Entrevistador: Usted es alcohólico y cuanto más tarde en admitirlo más tardará en tomar medidas para solucionarlo, y más deterioro se producirá en su salud y en sus relaciones familiares.

Estilo motivacional:

Paciente: Yo no soy alcohólico. Puedo controlar lo que bebo.

Entrevistador: De acuerdo, olvidémonos de esta palabra. A mí lo que me interesa es que hablemos de las cosas que no marchan bien en casa, y de los síntomas que usted me refiere, digestivos y de impotencia sexual.

En este punto encontraríamos defensores a ultranza de ambas estrategias. Sin embargo, desde nuestro punto de vista, ambas pueden ser correctas... ¡en función de la relación asistencial que hayamos establecido! Será la apreciación que hagamos de las resistencias del paciente, del esfuerzo personal que podamos dedicarle, y del tiempo disponible, la que nos hará inclinarnos por la confrontación (inversión energética superior pero en un plazo de tiempo más corto), o por un abordaje motivacional (mejor eficiencia a medio plazo, pero requiere inicialmente la capacidad de demorar la resolución de la entrevista).

Sea cual sea la estrategia es importante recordar que somos brújulas para los pacientes. Nuestros comentarios les orientarán sobre si «lo suyo es grave» o «puede esperar». Somos un referente «externo» que señala un norte. Por esto insistimos en que un estilo motivacional no debería caer en el relativismo, en un «todo puede ser si así usted lo quiere». En algún momento de la entrevista debemos dejar clara nuestra postura, por ejemplo: «dejar de beber es lo mejor que puede hacer para su salud». El dilema de *poner o no poner una etiqueta* se diluye cuando realizamos un **anclaje diagnóstico indirecto**: «no importa que le llamemos alcoholismo u otra cosa, pero si continúa bebiendo... ¿sabe usted a los peligros que se expone? (...) Pues a eso me refiero cuando digo que le sienta mal beber».

### ¿Qué nos hace abiertos o cerrados al cambio?

Los trabajos experimentales sobre motivación enfatizan tres conceptos: autoestima, locus de control y percepción de eficacia.

La autoestima es la *batería de la voluntad*. Cuando usted recibe una crítica acerba se nota «deshinchado» y sin fuerzas. Si esta sensación persiste, y todo el mundo se empeña en que es usted el peor profesional del equipo, pongamos por caso, usted llegará a sentirse desmotivado y sin ilusiones. La ilusión y la capacidad por ilusionarnos no se sostienen sin autoestima. La autoestima es el *referente simbólico* que nos sitúa en nuestro mundo, y nos hace creer que somos importantes para algo y alguien. Sin autoestima no merece la pena vivir, porque la buena vida *se fundamenta en la dignidad* (consecuencia final de la autoestima). O nos creemos con todos los derechos de un ser humano, bien situados en nuestro rol social, o nos sentimos desgraciados, repudiados e inútiles (sin que ello, por supuesto, deba ser una verdad objetiva).

El *locus de control* es la llave de contacto capaz de poner en marcha la voluntad. El concepto de *locus de control* es elemental (¡como suele ocurrir tras palabras tan altisonantes!). Hablaremos de *locus de control interno* cuando la persona cree que es capaz de transformar la realidad que le rodea. Hablaremos de *locus de control externo* cuando la persona atribuye los hechos, su propia vida, a factores externos inmodificables, que la manipulan sin poderlo remediar.

En casos exagerados de «locus de control externo», podemos tener un capital notable de autoestima y, sin embargo, no ser capaces de poner en marcha la voluntad porque no se nos ocurre que «transformar X», sea «X» el hábito enólico, nuestras relaciones familiares o laborales, o cualquier otro hábito o situación a modificar, está a nuestro alcance.

En realidad, el *locus de control* está muy relacionado con la percepción de eficacia. Si hemos tenido experiencias de fracaso intentando dejar de fumar es plausible que caigamos en creencias del tipo:

- No seré capaz.
- No sirve de nada esforzarme porque tengo poca voluntad.

- Lo único que consigo es amargarme la vida.
- La culpa la tienen las tabacaleras que hacen propaganda encubierta.

Todo lo cual conduce a reforzar un locus de control externo. En cambio, si nos decimos:

- Otras veces he tenido éxito en empresas más complicadas.
- Si me lo propongo lo haré, porque todos creen que tengo mucha voluntad. No puedo defraudarlos.
- La clave es empezar, y luego luchar día a día, en lugar de plantearme «yo no podré hacerlo».

Estos pensamientos reforzarían el locus interno. Las estrategias cognitivas para reconvertir creencias tienen, por consiguiente, un papel. El primer paso para hacer algo es imaginarlo positivamente, porque el simple hecho de hacerlo activa emociones que hacen imparable la acción. ¡Modificar la voluntad de una persona significa cambiar lo que va a imaginar! En eso consiste lo que llamábamos «cargar pilas» (mantener o preparar un cambio) visualizando escenas positivas. *En la imaginación está la clave de la voluntad.*

Alguien lo dijo con palabras muy sencillas: «si quieres que unos náufragos construyan un barco, no les digas el número de árboles que tendrán que talar; explícales mejor los mundos que podrán visitar aventurándose por los mares». Por consiguiente, la clave para modificar una conducta a veces estriba en una *manera nueva de imaginar.*

### ¿Es ético influir sobre los pacientes?

Recapitemos. Hemos descrito en profundidad algunas técnicas de persuasión y, sin embargo, persiste una duda: ¿estamos legitimados para usar esta tecnología? ¿No estamos provocando un escenario donde el paciente está en clara inferioridad en relación al profesional? Algunos profesionales piensan: «¿para qué vamos a persuadir a los pacientes, acaso no son mayorcitos para decidir lo que quieren?». Pues sí, somos, entre otras cosas, *profesionales de la persuasión y de la influencia.* Y surge entonces una duda ética... «¿no va eso en contra de la autonomía del paciente?». Vamos a clarificar estos conceptos.

En primer lugar, no podemos ver la autonomía del paciente como algo independiente de cualquier influencia, como un ser abstracto que decide a espaldas de sus amigos, familia, lecturas... y, por supuesto, de los profesionales que pueden asesorarle. En la *relación fiduciaria* propuesta por V. Camps (2001) hay un pacto de confianza que nos lleva a cooperar hacia un fin. La visión romántica de un paciente que coge los datos que se le ofrecen y los procesa como si fuera un ordenador para generar «su verdad» debe dar paso a una visión más humana: somos seres sociables, que vivimos en una comunidad donde *lo más normal* es que nos influenciamos mutuamente.

¿Quiere eso decir que tenemos derecho a tomar decisiones por el paciente, base del paternalismo? Tampoco es eso, aunque, excepcionalmente, deberemos tomar algunas decisiones por el paciente (p. ej., cuando él mismo nos lo pide, y en tal caso deja de ser paternalismo, o cuando está imposibilitado para razonar) y para el paciente (buscando beneficiarle, nunca en provecho propio). Pero, en general, huelga decir que defendemos un modelo basado en un diálogo entre adultos. Ahora bien, este diálogo es asimétrico. Hay que admitir que, por lo general, el profesional de la salud está más próximo al conocimiento científico de la realidad. No sería lógico que nos mostráramos despreocupados u ociosos ante un paciente cargado de factores de riesgo cardiovasculares que manifiesta «pasar del tema». La postura de que nuestros conocimientos son relativos, opinables, y que, en definitiva, «nadie tiene la verdad absoluta», ignora que, a diferencia de una charla



de café, nosotros hablamos por boca de la comunidad científica, y que cuando indicamos a un paciente que tiene un 25 % de riesgo de padecer un accidente cardiovascular en los próximos 10 años, nuestra predicción no puede equipararse a una mera «opinión», sino que, en términos estadísticos, será verdadera. Si admitimos esta diferencia entre «opinión» y «hecho científicamente probado» (con las limitaciones propias de cada momento histórico), convendremos que, éticamente, tenemos el deber de transmitir esta diferencia y este conocimiento al paciente. ¿O es que nos escudamos en el concepto de autonomía para ahorrarnos el esfuerzo de persuasión? Respetar y ser tolerantes con la libertad del paciente no nos autoriza a adoptar una cómoda pasividad.

La clave para entender y situar nuestro papel es aceptar que nosotros somos parte de la libertad del paciente. Somos un elemento más de influencia, de los muchos que tiene (la televisión, el farmacéutico, los amigos, la familia). Nuestras recomendaciones serán siempre eso, recomendaciones. Por consiguiente, no caigamos en la ilusión de creernos tan poderosos como para anular su libre discernimiento. Tendremos el margen de influencia que el paciente nos otorgue. Pocas personas comulgan con ruedas de molino en una sociedad hiperinformada. ¿Y los charlatanes? Claro que los hay, pero estas personas saben que su influencia se dirige a fines deshonestos, en general, a cultivar su interés crematístico. En este sentido, manipula la voluntad de sus pacientes quien dice medias verdades para obtener un resultado (por lo general monetario) poco o nada justificable. No es el caso del profesional honesto al que aludíamos, centrado en las creencias del paciente, atento a que pueda expresarlas (¿recuerda la *respuesta evaluativa*, desarrollada anteriormente?). He aquí, como apuntan también Victòria Camps (2001) y Diego Gracia (1991), que la ética se desarrolla sobre el plano de una comunicación virtuosa y honesta. Apurando el concepto, nosotros hablamos de persuasión virtuosa (tabla 4.11), en una línea similar a la de comunicación racional de Habermas (1987). Apliquémonos a fondo en la tarea de influir éticamente y con responsabilidad: es nuestro papel social, y para ello estamos legitimados (es más, para eso también nos pagan). Puede ser que dentro de 100 años los médicos contemplan nuestros consejos con una sonrisa conmisericordiosa, como en parte hacemos nosotros con nuestros bisabuelos. Pero más allá de los contenidos juzgarán nuestro empeño por acercar a toda la comunidad, sin excepción ni discriminación, lo que el estado de nuestros conocimientos puede ofrecerles, sin dogmatismos pero tampoco con pereza.

**Tabla 4.11.**  
Persuasión virtuosa

- 
- Ambos contertulios tratan de «entenderse», es decir, llegar a *compartir* una información para lograr un objetivo (en general, restablecer, mejorar o preservar la salud del paciente).
  - En tanto que profesionales, transmitimos la información de la que tenemos conocimiento fehaciente, y cuando ello no ocurre, indicamos nuestras dudas o las de la comunidad científica.
  - En una línea similar, evitamos transmitir una seguridad que de hecho no tenemos, sobre un diagnóstico o un proceso terapéutico.
  - Nos esforzamos por adaptar un conocimiento científico a la realidad del paciente.
  - El esfuerzo para persuadir siempre se realiza *para* el paciente, no para demostrarnos de manera narcisista cuán poderosos somos persuadiendo.
  - En todo momento se evita tratar de generar una conducta del paciente no destinada a su bienestar (o que incluso pueda perjudicarlo), para lograr nosotros un beneficio económico o de prestigio personal.
-

## Sumario

### Entrevista semiestructurada para la parte resolutive:

- Informar sobre la naturaleza del problema. Enunciación.
  - Enunciación simple: «tiene usted»...
  - Enunciación múltiple: «Le encuentro varios problemas»...
  - Enunciación parsimoniosa: «tiene un problema que deberemos ir estudiando...»
  - Enunciación autoritaria: «nos guste o no nos guste a usted le ocurre...»
- Proponer un plan de acción en un clima de diálogo.
  - Delimitar el conocimiento previo: «Tiene usted la presión alta, ¿qué sabe de eso?».
  - Ejemplificar: «Tiene los bronquios como chimeneas llenas de hollín.»
  - Racionalidad de la medida terapéutica: «Estas pastillas hacen que la sangre sea menos espesa.»
  - Instrucciones por escrito.
- Explicar el tratamiento y la evolución previsible.
  - «Le voy a dar XXX ¿Lo ha tomado usted alguna vez?»
  - De forma rutinaria: «¿es usted alérgico/a a...?»
  - «Lo más frecuente es que empiece a notar mejoría en...»
- Comprobar la comprensión y/o aquiescencia del paciente.
  - «¿Podría repetirme como tomará estas pastillas?...»
- Tomar precauciones y cerrar la entrevista.
  - «No dude en volver (o contactar conmigo) si...»

### Malas noticias:

- Cuidar el entorno.
- Averiguar qué sabe el paciente y qué desea saber de manera prioritaria.
- Notificación neutra, valorada, compensada y paradójica.
- Acomodación.

### Errores en la emisión de información:

- No informar de la orientación diagnóstica.
- Ignorar que el logro de un adecuado cumplimiento terapéutico es un proceso de sucesivas visitas, no una empresa de un solo día.
- No saber trabajar en equipo con enfermería, ni con el farmacéutico comunitario. No delegarles tareas educativas.
- Uso de términos demasiado cultos o de tipo médico (jerga).
- Seguimiento pobre o inadecuado.
- Información no adaptada a las necesidades del paciente.
- Decir lo que otro profesional hará o debiera hacer.
- Valoraciones indebidas.
- Hablar de hipótesis.
- Falsas esperanzas.
- Lanzar el dardo e irse corriendo.
- Ángel de la verdad.
- Notificación paradójica.

**Modelo de influencia interpersonal**

<b>Modalidad</b>	<b>⇒</b>	<b>Consejo</b>	<b>Persuasión</b>	<b>Negociación</b>	<b>Orden</b>
La influencia es inaparente	⇒	Consuelo inoculado	Persuasión motivacional	Negociación por deslizamiento	Orden: – Amable – Sugerida – Modelado de conducta
La influencia es explícita	⇒	Consejo explícito	Persuasión confrontativa	Negociación posicionada	Orden explícita
Dirección de la influencia	⇒	Unidireccional	Bidireccional	Bidireccional	Unidireccional
Grados de libertad	⇒	Resolución electiva	Resolución electiva	Resolución forzada	Resolución forzada

## Bibliografía

- Bonet A, Navarro J. Efectividad de la relación médico-paciente. En: Merino J, Gil VF, Orozco D, Quirce F. Medpac. Curso de Relación médico-paciente. Madrid: Ergón, 2003.
- Borrell F. Manual de Entrevista Clínica. Barcelona: Doyma, 1989.
- Borrell F. El modelo biopsicosocial en evolución. Med Clín (Barna) 2002; 119(5): 175-179.
- Borrell-Carrió F, Manuel Lázaro A, del Río Fernández J, Santiago Bautista JM, Colas Taugí MI, Trullols Farreny E. CENTEREMETER: cálculo automático de la ocupación verbal del médico en la entrevista clínica mediante un aparato electrónico de bajo coste. Barcelona: semFYC, 2003.
- Borrell F, Prados JA. Comunicar malas noticias. Estrategias sencillas para situaciones complejas. Barcelona: Doyma, 1995.
- Bosch JM, Cebrià J, Massons J, Casals R, Borrell F. Curso de Técnicas Motivacionales en Entrevista Clínica. Barcelona: Fundación Avedis Donabedian, 1995.
- Buckman R. How to break bad news. A Guide for Health Care Professionals. Baltimore: John Hopkins, 1992.
- Camps V. Una vida de calidad. Barcelona: Ares y Mares, 2001.
- Cebrià J, Borrell F. La entrevista motivacional. En: Merino J, Gil V, Orozco D, Quirce F. Medpac. Curso de relación médico-paciente. Madrid: Universidad Miguel Hernández. Ergón, 2003.
- Gracia D. Procedimientos de decisión en ética clínica. Madrid: Eudema, 1991.
- Habermas J. Teoría de la acción comunicativa. Buenos Aires: Taurus, 1987.
- James W. Lecciones de pragmatismo. Madrid: Santillana, 1997.
- Jovell A. El Proyecto del paciente del futuro. Proyecto Internacional. Investigación basada en entrevistas en grupos en España. Julio 2001. Seminario: El paciente español del futuro. La democratización pendiente. Lanzarote, 5 octubre 2002.
- Martín Zurro A, Cano F. Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. Madrid: Harcourt-Brace, 1994.
- Miller WR, Rollnick S. La Entrevista Motivacional. Preparar para el cambio de conductas adictivas. Barcelona: Paidós, 1999.
- Miller W, Rollnick S. Motivational interviewing: Preparing people for change. 2ª. ed. Nueva York: Guilford Press, 2002.
- Ordoñana JR. El uso del miedo en los mensajes de salud. Gac. Sanitaria 2000; 14(Supl): 45-59.
- Pendleton D, Hasler J. Doctor-Patient Communication. Londres: Academic Press Inc., 1983.
- Popper K. Conjeturas y refutaciones. El desarrollo del conocimiento científico. Barcelona: Paidós Básica, 1972.
- Prados JA, Quesada F. Guía práctica sobre cómo dar malas noticias. FMC 1998; 5(4): 238.
- Prochaska J, DiClemente C. Stages and processes of self-change of smoking: toward and integrative model of change. J Counset and Clin Psychol 1983; 51: 390-395.
- Sackett DL, Haynes RB, Fuyatt GH, Tungwell P. Epidemiología clínica. Ciencia básica para la medicina clínica. (2.ª ed.) Madrid: Médica Panamericana, 1994.
- Sackett DL, Snow JC. The magnitude of compliance and non compliance. En: Haynes et al, eds. Compliance in health care. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1979; 11-23.

Schaub AF, Steiner A, Vetter W. Compliance to treatment. *Clin Exp Hypertens* 1993; 15: 1.121-1.130.

Schon DA. *Educating the reflective practitioner*. San Francisco: Jossey-Bass, 1987.

van den Brink-Muñen, Verhaak PFM, Bensing JM, et al. *The Eurocommunication Study*, Utrecht: Nivel, 1999.

Vallbona C. *El control comunitario de la Hipertensión Arterial*. Comunicación realizada en la Academia de Ciencias Médicas de Catalunya i Balears. Barcelona, 1982.

Wagensberg J. *Si la naturaleza es la respuesta, ¿cuál era la pregunta? Metatemas*. Barcelona: Tusquets Editores, 2002.

