

Metodología del consejo

Justificación

Bioética del consejo de salud

- La salud es el resultado de un proceso vital complejo, en el que además de las variables biológicas intervienen múltiples elementos psicoeducativos y socioculturales. Debemos aceptar tres premisas operativas respecto al sistema sanitario:
 1. No es el principal agente responsable de muchos de los resultados en salud; la salud es dependiente también de hábitos y estilos de vida elegidos libremente.
 2. Debe potenciar su efectividad persuasiva, ya que no es un simple agente informador, sino un consejero o asesor técnico. La salud es considerada por todos como un objetivo deseable.
 3. El límite de nuestra intervención es el respeto a la libertad de decisión.
- Las habilidades de comunicación ayudan a los profesionales sanitarios a establecer relaciones clínicas gratificantes con los pacientes y sus familias. Una relación de calidad mejora la efectividad en la detección y resolución de problemas de salud, la satisfacción con la atención recibida y la adherencia a las recomendaciones.
- La capacidad para averiguar y entender el porqué un paciente y una familia concretos acuden en busca de ayuda y consejo y acordar con ellos qué hacer exige del profesional, no solamente habilidades de tipo técnico, sino también habilidades de comunicación. El modelo de relación clínica centrado en el paciente y su familia integra los factores psicológicos y sociofamiliares, y debe aplicarse tanto en la asistencia por patología, como en las actividades preventivas y de promoción de la salud. Una actitud empática, de escucha activa, afable, amistosa, educada y con apoyo emocional facilita que el paciente y/o sus padres expresen mejor sus creencias y expectativas y se sientan más partícipes en la consulta y en la toma de decisiones.

Herramientas

1. Dar la información clínica

Debe proporcionarse de forma comprensible, estructurada y entretenida, incluyendo a los niños activamente en la conversación. La gente comprende mejor si se emplea su propio lenguaje cuando explicamos los problemas detectados o previsibles, o cuando pretendemos educar en nuevos hábitos o modificar aquellos establecidos, exploramos creencias o negociamos las medidas preventivas (anexo 1).

Se recuerda mejor lo que se menciona en primer lugar, lo que está relacionado con conocimientos previos y lo que entendemos como verdaderamente importante para nuestra salud (anexos 1, 2 y 3). También ayuda informar sobre los propósitos y los efectos que cabe esperar de las conductas propuestas. La probabilidad de que los pacientes y sus padres inicien, continúen y se comprometan con una estrategia sanitaria específica va a depender, entre otros factores, del tipo de relación clínica establecida con nosotros y de nuestras habilidades para motivarles al cambio. Es más eficaz sugerir cambios pequeños.

2. Que el niño/a o el adolescente participe en la relación clínica

La capacidad de comunicación de los niños y su comprensión de la salud y del proceso de enfermar cambian con la edad. Es preciso prestar gran atención a su papel en la consulta y considerarlo un participante sensible, inteligente, capaz y cooperador, con sus propias necesidades cognitivas y emocionales. La cuestión de cuándo un niño puede ser considerado como un participante pleno en la comunicación médica depende de la edad, el tipo de proceso y la relación padres-hijo. La competencia comunicativa del paciente influye en su participación en la conversación médica, pero también puede intervenir más o menos según las prácticas discursivas utilizadas por el pediatra y los padres.

En la consulta pediátrica tiene relevancia el acompañante habitual del paciente y, en ocasiones, si viene más de un familiar. Existen técnicas para “acomodar” al/los acompañante/s del niño, especialmente útiles hoy día, porque con frecuencia tenemos como interlocutores a los abuelos o a cuidadores múltiples (anexos 4 y 5).

3. Responsabilización del paciente de su propia salud

En ocasiones, la información clínica se queda corta o simplemente el paciente o su familia no están de acuerdo. En ese momento tenemos un problema. Nosotros lo llamamos negociación, pues queremos llevar al paciente a nuestro terreno pero ellos también lo hacen.

La **negociación** es todo un reto para el profesional y forma parte fundamental de muchas entrevistas, sobre todo preventivas y de pacientes crónicos. Mediante la negociación se comparte la responsabilidad del proceso terapéutico y preventivo con el niño y sus padres y se incrementa algo su adherencia y compromiso con los pactos alcanzados.

El punto clave de una negociación es saber utilizar la respuesta evaluativa en lugar de la respuesta justificativa (anexo 5). Mediante la respuesta evaluativa tanto el profesional, como el paciente y los padres hacemos una valoración propia del problema y podemos elaborar y estructurar juntos la discrepancia para alcanzar un acuerdo capaz de satisfacer intereses comunes, de comprometer y responsabilizar al niño y sus padres.

Por el contrario, la respuesta justificativa es la del profesional autoritario, que no centra su atención en el paciente sino en sí mismo. “Vamos a ver, ¿quién es el médico aquí?”.

Especialmente en pacientes crónicos es muy importante que el paciente o sus padres comprendan los objetivos a alcanzar y que se acuerde un calendario claro de actividades/modificaciones y controles para verificar su correcta realización y comprobar las mejoras que conlleva (por ejemplo, obesos, asmáticos, enuréticos, TDAH).

4. El consejo motivacional

Los consejos explícitos (“deberías comer más fruta”) son mensajes unidireccionales con una efectividad limitada pero suficiente. Una convergencia de estrategias (consejo individual, material escrito, audiovisual, reuniones de grupo, recursos de la comunidad) aumenta la efectividad del mensaje. Cuando abrimos un diálogo (“¿alguna vez te has planteado hacer más ejercicio?”, “¿qué piensas sobre lo que estamos hablando?”), hacemos la entrevista motivacional. Existen técnicas dirigidas a au-

mentar la autonomía y la responsabilidad del paciente y otras destinadas al entorno del niño (motivación extrínseca) (anexo 6).

Para mejorar la efectividad del consejo operativo se aconseja:

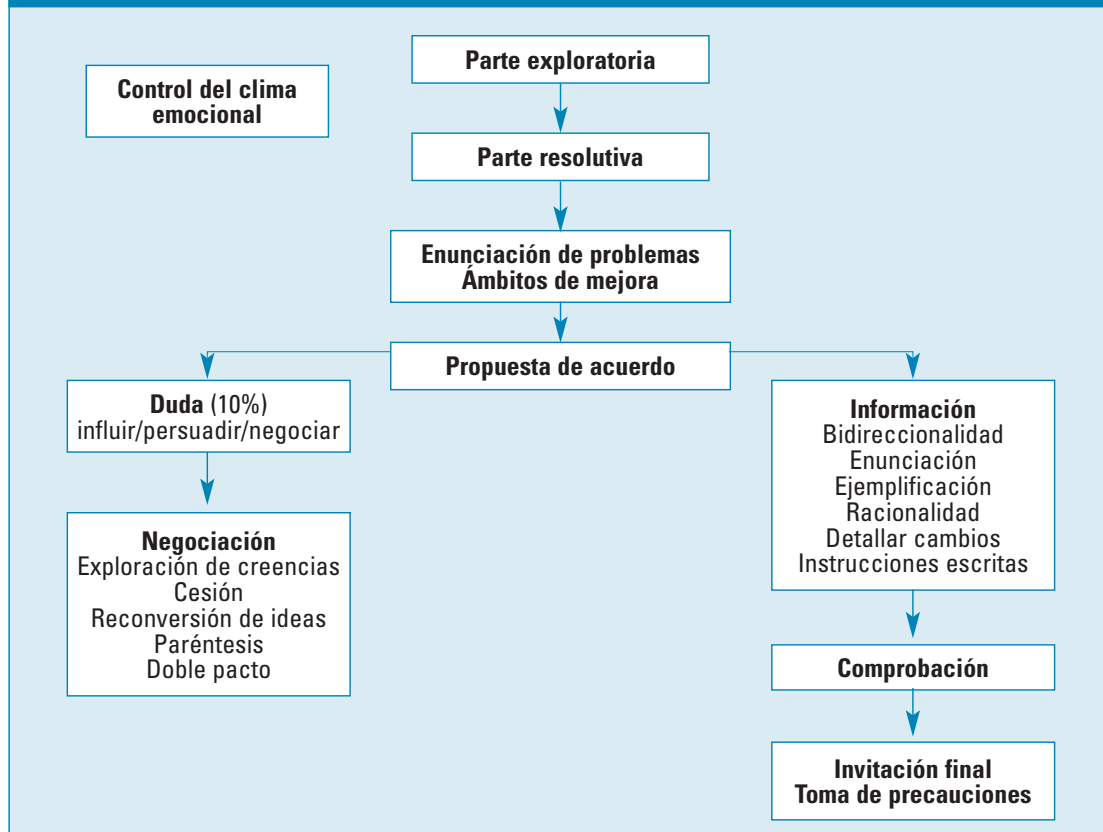
1. Partir de las percepciones del paciente o, en su caso, inducírse las.
2. Ser concreto en las expectativas y en las modificaciones que el paciente deberá realizar (puntualizándolas y escribiéndolas).
3. Si la familia demanda material de apoyo o Internet, puede apoyarse el esfuerzo mediante citas concretas sobre su problema.

Anexos

Anexo_1: Emisión de mensajes informativos

- Frases cortas (evitar la “jerga médica” y el lenguaje ñoño).
- Vocabulario neutro (palabras de bajo contenido emocional).
- Dicción clara y entonación adecuada.
- Añadir a la información verbal información visual o táctil (curvas de crecimiento).
- Mejor consejos en positivo (qué mejorar más que qué está mal).
- Personalizar la información:
 - Primero conocer lo que ya saben el niño y sus padres.
 - Preguntar qué otra información creen que podría ser útil.

Anexo_2: Esquema de una entrevista clínica



Anexo_3: Respuesta evaluativa

- Consiste en solicitar la opinión del paciente para conocer sus creencias e intereses:
 - “¿Por qué no quiere tomar antibióticos?”
 - “Me doy cuenta de que no está muy convencido...”
 - “¿Por qué quiere que le envíe al otorrino?”
- Al conocer este posicionamiento, podremos reconvertirlo o llegar a acuerdos.
- Para desarrollar una respuesta evaluativa es fundamental dominar el clima emocional.



Proponemos un plan...
 ¿Qué hacer cuando aparece una discrepancia?
 Negociar con el paciente

- Entender el **derecho** que tienen el paciente y sus padres a participar y opinar sobre su proceso asistencial. Las personas aceptan de mejor grado aquellas decisiones en las que han participado activamente.
- Desarrollar una **respuesta evaluativa** (permite que el paciente se explique) frente a las opiniones del paciente o sus padres, aunque estas opiniones se digan de manera agresiva o recelosa.
- Ser capaces de desarrollar **técnicas de negociación** (llegar a acuerdos, aproximarnos a sus deseos) incluso en situaciones en que creamos poco justificadas las opiniones del paciente.
- **Conocer los propios objetivos y límites** (principios éticos).
- **Respetar** las últimas decisiones del paciente.

Anexo_4: **Habilidades para facilitar la participación del niño o los padres**

- **Incluir al niño, de forma verbal o no verbal** (mirarlo, contactarlo con él...), en la conversación médica.
- **Compartir los razonamientos: las ideas, los dilemas que tenemos...** “Desde mi experiencia, podría haber varias explicaciones para esta falta de apetito. Pienso que se podrían hacer varias cosas... ¿tiene usted alguna otra idea?”... exponer las dudas. SINCERIDAD.
- **Decir lo que esperamos que ocurra:** los resultados que esperamos de la actuación que proponemos.
- **Ofrecer alternativas.** Animar a los pacientes a tomar decisiones y a elegir.
- **Implicar al niño o a los padres con sugerencias en vez de mandatos:** “Para tratar de adelgazar lo primero que nos recomiendan los expertos es ver menos la televisión y hacer más ejercicio”.
- **Animar a que contribuyan con sus ideas, sus sugerencias y sus preferencias:** “Tú, ¿cómo ves esto de adelgazar?, Miguel ¿Cómo podrías hacer más ejercicio?”

Anexo_5: **Técnicas para acomodar a los acompañantes**

- **Invasivo o interventor**
 - Vacía de la interferencia.
 - Frase puente (dirigida al niño).
 - Pacto de intervención.
 - Creación de un nuevo entorno.
- **Pasivo**
 - Implicación no verbal o verbal.
 - Preguntas directas.
 - Frase puente.

Ante un **acompañante intervencionista**, muy frecuente en nuestras madres, abuelas, etc. se recomienda que digan lo que tienen que decir sin interferencias por parte del sanitario (vaciado de la información). Posteriormente, hacemos una frase puente para comenzar a hablar con el niño, por ejemplo: “Y tú, ¿qué opinas de esto?”. Por lo general, el acompañante suele callarse y escuchar. Si no es así, podemos hacer un pacto

Anexo_5 continuación

de intervención diciendo al acompañante que queremos escuchar al niño y luego volveremos a hablar todo lo que sea necesario. Si todavía no funciona, tenemos la posibilidad de hacer salir a alguno de la consulta y crear un nuevo entorno.

Ante un **acompañante pasivo** debemos hacer preguntas directas y frases puente como las anteriormente descritas. Los niños en la consulta suelen tener una actitud pasiva al estar con sus madres, pero si nos dirigimos a ellos de forma directa entran en la conversación casi siempre.

Anexo_6: Motivación extrínseca e intrínseca

Extrínseca (Externa o del entorno)	Intrínseca (Personal)
<ul style="list-style-type: none"> • “El único esfuerzo que te pido es que sigas las instrucciones que voy a darte”. • Llamadas telefónicas de recuerdo. • Revisiones de seguimiento. • Refuerzo mediante calendarios hechos por el propio niño. • Enlazar nuevas conductas con las antiguas. • Obtener compromisos explícitos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Cambiar creencias del niño o de su familia. • Mejorar la autoestima. • Aumentar la sensación de autocontrol (cuadernos de automonitorización). • Aumentar la sensación de eficacia y éxito. • Apoyar la buena predisposición a modificar hábitos, aunque fracase. • ¿Apelar al amor propio?