

ATS 10 51

Buenas noches, de nuevo con ustedes en Revista de ATS. Un programa pensado para los alumnos del curso de nivelación y realizado por el equipo de profesores de este mismo curso. La falta de cooperación del paciente es uno de los problemas al que tienen que enfrentarse los profesionales de la salud a diario.

La extensión de este problema de falta de cooperación oscila entre un tercio, estimación obtenida en un trabajo de 1966, hasta un 35%, según un trabajo realizado en 1982. La Revista de ATS ha escogido este tema, falta de colaboración del paciente, que está incluido en la asignatura Ciencias de la Conducta, segunda unidad. Para hablar de ello contamos con la presencia de Encarnación Nubilas, profesora de esta asignatura de Ciencias de la Conducta.

Buenas noches Encarnación. Buenas noches. En primer lugar habría que preguntar cómo se ha definido esta falta de cooperación del paciente.

Puede resultar difícil definir esta conducta si analizamos la cantidad de ellas que se han dado, pero vamos a limitarnos a la que se da más habitualmente. Esta ha relacionado la cooperación del paciente y su definición con la ejecución de aquel, de manera que se toma como punto de referencia la conducta observable del enfermo. Así por ejemplo, un criterio sería el porcentaje con el que el paciente toma un determinado medicamento.

En este sentido, y tomando como punto de referencia desde el cual se considera la conducta del paciente al médico, se puede definir como lo que se refiere a cuando el paciente sigue o no las recomendaciones médicas. En este caso, el nivel de cooperación se mide respecto a los objetivos terapéuticos del médico, pero también podría considerarse desde el punto de vista del propio paciente. La psicología, y en particular la psicología social y la clínica, han tratado este problema dadas las consecuencias siempre negativas para la salud del paciente y la falta de efectividad del tratamiento.

Puedes decirnos en primer lugar cómo explica la psicología la cooperación o la falta de cooperación del paciente. Bueno, la psicología lo ha explicado desde diferentes perspectivas teóricas. Aquí vamos a centrarnos en dos que consideramos más relevantes y en sí complementarias, como son las teorías cognitivas y las del aprendizaje.

En primer lugar, las teorías cognitivas parten de la concepción de lo humano como consciente de las decisiones que toma y se centra en la información que recibe el paciente, o mejor dicho, en la efectividad al dar esta información. Así, la hipótesis cognitiva de Leyes-Pellman, que se incluye en el texto y ya conocen todos, en este sentido se centra en la idea de que la insatisfacción del paciente con la asistencia sanitaria y, por tanto, su posible falta de cooperación con el tratamiento y consejos médicos se debe a fallos en la comprensión y memorización por parte del enfermo de la información que recibe, que puede ser tanto escrita como en forma directa. Luego, desde las teorías del aprendizaje, la cooperación se ha explicado

en términos de condicionamiento operante, pero ya sabemos todos que esta explicación es insuficiente.

Entonces, hay que añadir los mecanismos del aprendizaje social, puesto que se trata de una situación eminentemente interaccional. Y desde esta perspectiva hay que tener en cuenta dos puntos. En primer lugar, que el paciente llega a la situación de consulta con una historia de aprendizaje, por lo que unas pautas de conducta tendrán mayor probabilidad de ejecutarse que otras.

Por ejemplo, una persona que en su historia de aprendizaje la conducta de dependencia ha sido sólidamente reforzada ante una situación difícil, como es la hospitalización, tenderá a responder predominantemente de esta manera. Y en segundo lugar, es necesario resaltar la participación de los procesos cognitivos de los que hemos hablado antes. Por ejemplo, un enfermo puede decidir tomar cierta medicación al observar sus efectos positivos en otro paciente, al que toma como modelo.

Esta información que recibe el paciente observacionalmente muestra la importancia de la mediación cognitiva en esta conducta que, como digo, es fundamentalmente social. ¿Qué aspectos se han relacionado con la cooperación del paciente? Bueno, se han relacionado a cantidad de variables, se habla de 200 incluso, y bueno, se han categorizado en unos puntos diferentes. Podemos hablar así de cinco categorías fundamentales.

Primero serían los aspectos situacionales, segundo naturaleza de la enfermedad, tercero naturaleza del tratamiento, cuarto interacción del profesional de la salud con el enfermo y quinto serían las variables demográficas. Vamos a centrarnos en la relación del profesional de la salud con el enfermo, pero si quieres vemos un poquito antes las otras cuatro. Por ejemplo, en cuanto a los aspectos situacionales incluyen el estado de la vida actual del paciente, que si es desfavorable puede hacer que éste llegue incluso a rechazar el tratamiento.

Pueden influir sobre todo experiencias de pérdida de un familiar, amigo o trabajo y sobre todo la falta de apoyo social. Respecto a las características de la enfermedad, parece que aquellas que tienen síntomas desagradables, dolor y altas molestias inducen a una mayor cooperación que las crónicas largas y sin síntomas dolorosos o excesivamente desagradables. Luego, en cuanto a la complejidad del tratamiento, parece ser que según aumenta esta, decrece la cooperación.

En este sentido, los resultados de los trabajos al respecto muestran que según aumenta el número de drogas prescritas o medicamentos, aumenta también la omisión por parte del paciente. Y el último grupo de variables, las características demográficas que se han relacionado con la cooperación son la edad, el sexo y el estatus socioeconómico. Algunos trabajos muestran que la cooperación aumenta con la edad, la educación y el estatus socioeconómico.

Habías dicho que había cinco categorías con respecto a este problema de falta de cooperación

del paciente. Las voy a volver a recordar. Eran la primera, aspectos situacionales, la segunda, naturaleza de la enfermedad, la tercera, naturaleza del tratamiento, la cuarta, interacción del profesional de la salud con el enfermo y la quinta, lo que habías llamado variables demográficas.

Pero insistías en que el aspecto fundamental relacionado con la cooperación del paciente es su interacción con el profesional de la salud. ¿Cómo se establece esta relación y cómo afecta a la cooperación del enfermo? Bueno, los trabajos en este sentido se han centrado fundamentalmente en aspectos concretos. Por ejemplo, en la efectividad de la información y en los componentes socioemocionales de la relación.

Vamos a hablar de ellos. Respecto a la efectividad de la información, hay que centrarse en el proceso de comunicación del paciente con el personal sanitario en su función fundamentalmente verbal. En este sentido, los alumnos ya conocen el trabajo de ley Spellman respecto a los problemas de comprensión y memorización de la información por el paciente como factores principales de su insatisfacción y así de su posible falta de cooperación.

Se trata de un trabajo válido y altamente constatado por la evidencia empírica. Es un hecho que el material clínico escrito tanto como muchas veces las explicaciones del personal sanitario son altamente complicados y se presentan en un estilo técnico que lo hace difícilmente comprensible para el paciente. Obtienen cifras del 25% de enfermos que entienden la información.

Es situación que se agrava si tenemos en cuenta el grado de conocimientos médicos de los enfermos, que en la mayoría de los casos no suele ser muy alto y que los médicos suelen subestimar, aun considerándolo conveniente. Y al mismo tiempo, estados de depresión, desaliento o timidez del enfermo hace que este no solicite información y ni siquiera la dé, inhibiendo y en el mejor de los casos empeorando el proceso de comunicación. En cuanto a la medida en que el paciente memoriza la información, parece que existe una relación inversa entre el número de afirmaciones comunicadas y las que el paciente recuerda.

Un segundo aspecto, como hemos dicho, y muy fundamental en la relación es la comunicación afectiva o en general los aspectos socioemocionales de la misma que consideramos imprescindibles para que la comunicación sea efectiva. Con ello nos referimos a la comunicación de interés, calor humano, confianza, una actitud positiva, que hay que considerar un componente esencial del cuidado del paciente. Estos aspectos se han relacionado principalmente con la comunicación no verbal, de tal manera que el llamado rapport, como la capacidad para establecer una relación afectiva en la interacción, se ha demostrado que tiene mucho que ver con la habilidad de los interactuantes, en este caso los profesionales, en decodificar y codificar mensajes no verbales.

El efecto de esta relación afectiva es el grado de satisfacción del enfermo y así su cooperación o falta de la misma con los regímenes terapéuticos. Y para concluir, es necesario, en este sentido, que los profesionales no se centren exclusivamente en el examen de los aspectos médicos,

recogida de información y expresión de sus ideas respecto a ello, sino que también es necesario que el paciente reciba feedback que necesita y que detecte el profesional este tipo de aspectos interpersonales complementarios a los médicos. Bien, pues el tiempo de este programa se acaba, pero queda una última pregunta por hacer, una pregunta sin embargo fundamental.

Y esta pregunta es, ¿cómo es posible mejorar la cooperación? Es decir, ¿cuáles son los métodos más relevantes que se pueden utilizar en la asistencia sanitaria para solucionar este problema? En principio se han puesto en marcha gran variedad de métodos para mejorar la cooperación, y cada uno de ellos de acuerdo con el problema médico a tratar. Por ejemplo, respecto a los regímenes médicos agudos, se habla de técnicas como presentación de instrucciones explícitas, verbales o escritas, calendarios con las tomas de las pastillas de la medicación, técnicas que requieren la extensión del rol de enfermera como una supervisión complementaria. Y respecto a los regímenes médicos crónicos, niveles de monitorización de medicamentos, incremento en la supervisión, modificación de conducta, instrucciones del médico, etc.

Pero normalmente las técnicas se han dividido en educacionales y conductuales. Las educacionales que intentan mejorar la cooperación a través de la comunicación de información al paciente acerca de su enfermedad, tratamiento pronóstico, etc. Y las conductuales se centran en las conductas implicadas directamente con la cooperación.

Pero la aplicación de estas técnicas no es excluyente, puesto que actúan a diferentes niveles. Vamos a comentar un modelo concreto propuesto sobre una revisión en el tema. Entendida de una forma global, la intervención en un problema de salud como es la falta de cooperación del paciente tiene que efectuarse a tres niveles.

Primero organizacional, segundo educacional y tercero conductual. A nivel organizacional tendríamos, por un lado, la organización clínica que incluiría un cuidado consistente, sistemas para recordar los compromisos a los enfermos y unas horas de espera de consulta. Y, en segundo lugar, la supervisión que incluiría aspectos relacionados con el personal asistencial y seguimiento sistemático.

En un segundo nivel educacional tendríamos, por un lado, la realización de un acuerdo y, por otro, las instrucciones en forma verbal escrita, en vídeo incluso, con técnicas de modelado, de demostración, de repetición. Y a un tercer nivel, por último, nivel conductual, donde hay que incluir sus diferentes técnicas. Vamos, si quieres, a detenernos un poquito en estas técnicas.

Primero podríamos hablar de técnicas que se han llamado recordatorios, que pueden ser por teléfono o por carta, donde se recuerda a los pacientes la necesidad de cumplir con sus regímenes. Una técnica sería una de prueba, que consiste en un proceso de prueba del régimen prescrito y las estrategias de intervención a las características específicas del paciente. Un tercer método sería el establecimiento de contratos, que es un proceso por el que se especifica un juego de reglas respecto a alguna conducta o régimen de interés y formulación

de un compromiso de cumplimiento por parte del paciente.

Un cuarto método sería la ejecución graduada del régimen, que es un proceso por el cual se van introduciendo secuencialmente los componentes del régimen en función del éxito del paciente en los primeros objetivos. En quinto lugar sería la autoobservación, como un proceso por el cual observamos y recordamos nuestra propia conducta. Y por último, uno fundamental, que sería el refuerzo, que está presente en el resto de ellos, que es alguna consecuencia de la conducta que incrementa la probabilidad de que se repita la conducta ejecutada.

Y repasado esto, en general, las técnicas conductuales tienen bastante éxito y son rápidas, y sobre todo, como muestra este modelo, integrándolas con las educacionales, han de mejorar la efectividad de la intervención. Y para terminar, solo nos queda decir que es muy importante la formación de los profesionales de la salud en los aspectos que mejoran la relación con el paciente, como son las habilidades no verbales y detección de los aspectos interpersonales de la asistencia sanitaria. Bien, pues esperamos que tus palabras hayan servido para aclarar este problema de falta de cooperación del paciente, que recordamos a nuestros alumnos, forma parte de la asignatura Ciencias de la Conducta.

Gracias por tu asistencia, encarnación Nauvilas, y muy buenas noches.