

Protocolo de la **conversación clínica** para iniciar una Terapia Visual.

Cómo conseguir que más familias accedan a tu terapia — sin sentirte vendedor. Una guía de gabinete con las palabras, los pasos y las respuestas clínicas para los momentos que deciden el sí.

No vender. Acompañar.

El optometrista con criterio clínico alto suele tener un problema silencioso: le cuesta proponer la terapia. No porque le falte conocimiento, sino porque "venderse" le suena a comercial. Este protocolo es lo contrario de una técnica de venta. Es una conversación clínica ordenada para que la familia entienda, confíe y se deje ayudar.

DIAGNÓSTICO DEL PROBLEMA

Las 4 barreras reales de los padres.

Detrás de cada "no" o "déjame pensarlo" rara vez hay falta de interés clínico. Hay **4 barreras concretas**. Identificar cuál tienes delante en cada caso es lo que convierte la conversación en clínica, no en comercial.

BARRERA 01 · ECONÓMICA**"Es caro"**

Lo que parece: rechazo al precio.

Lo que realmente pasa: **no entienden el valor** de lo que están comprando. Para ellos es una caja negra. Mientras no vean el coste de NO hacerlo, cualquier cifra parecerá alta.

BARRERA 02 · LOGÍSTICA**"No tengo tiempo"**

Lo que parece: agenda saturada.

Lo que realmente pasa: **no saben cuánto requiere**. Mientras la inversión de tiempo sea ambigua, parecerá enorme. Hazla concreta: 15 minutos al día, tres meses.

BARRERA 03 · CONFIANZA**"¿Y si no funciona?"**

Lo que parece: escepticismo o desconfianza.

Lo que realmente pasa: **les falta evidencia tangible**. No la teórica — la del propio niño. Por eso la fase de medir el síntoma inicial (vídeo, escala) es tu mejor argumento.

BARRERA 04 · EMOCIONAL**"No quiero forzar a mi hijo"**

Lo que parece: protección al niño.

Lo que realmente pasa: **creen que será aburrido** o que dañará la relación familiar. Tu trabajo aquí es enseñar que la terapia se gamifica y que se diseña para que el niño quiera continuar.

Lectura clínica clave: ninguna de las 4 barreras se desactiva con un descuento o con un "confía en mí". Las 4 se desactivan con **información clínica bien dada**. Eso es lo que cubren las páginas 4-7 de esta guía.

PREPARAR EL SÍ, ANTES DEL SÍ

3 cosas que ya están decidiendo si dirán sí.

El "sí" de una familia a iniciar una Terapia Visual no se decide en la conversación clínica. Se decide en las **tres cosas que ven antes de hablar contigo**. Si las tres están alineadas, llegan con la decisión casi tomada.

1

Cómo llegan a ti

Una derivación médica vale por cinco recomendaciones de amigo. Una recomendación de amigo vale por cincuenta búsquedas en Google. Si tu red de derivación es débil, llegan con escepticismo de serie — y tu primera conversación tiene que compensar ese déficit. **Trabaja la red.**

2

Qué ven al entrar

La sala de espera es un mensaje. Silencio, orden, profesionalidad clínica (no decoración kitsch). Si el espacio dice "esto es serio", la conversación parte de "esto es serio". Si dice "esto es la óptica del barrio", parte de "esto es la óptica del barrio". **Auditate.**

3

Tus primeros 60 segundos

La primera frase que diriges a los padres marca el resto. No empieces con "¿qué le pasa?" — empieza con **"Cuéntame qué habéis observado en casa estas últimas semanas."** Cambia el rol: ellos son los expertos en su hijo, tú eres el que va a darle nombre clínico a lo que han visto. Eso desbloquea la conversación.

El insight: el sí no se gana solo en consulta. Se prepara desde el primer contacto. Si los tres elementos están bien, llegas a la conversación clínica con la barrera 03 (confianza) ya rebajada al 50 %.

CONVERSACIÓN CLÍNICA · BLOQUE 1

Cómo explicar el diagnóstico sin asustar.

La tentación es lucir el diagnóstico técnicamente correcto. El resultado: la familia entiende el 20 % y firma "por respeto al doctor". Eso no es un sí informado — es una bomba de relojería que estalla en la fase 6 (adherencia). Usa este guion en 4 pasos.

1

Devuelve sus palabras

Empieza retomando literalmente lo que han dicho: **"Me decías que se queja de que le duele la cabeza cuando lleva un rato leyendo. ¿Es así?"** Esto valida su percepción y desactiva la sensación de "voy a oír palabros que no entiendo".

2

Conecta con lo que ya observan en casa

Une el síntoma con conductas que ya han visto pero no asociaban: **"¿Y has notado si cierra un ojo cuando lee, o si se acerca mucho?"** Cuando dicen que sí — porque casi siempre dicen que sí — acaban de ver con sus propios ojos el síntoma. La evidencia ya no es tuya. Es de ellos.

3

Pon nombre clínico al patrón

Solo ahora introduces el término: **"Eso que ves es lo que llamamos una insuficiencia de convergencia. Es un patrón muy frecuente y muy bien estudiado."** El término llega cuando ya entienden la realidad clínica. Antes, no.

4

Cierra con causa, no con etiqueta

Explica por qué pasa, en una frase que cualquiera entienda: **"Los músculos que coordinan los ojos para leer no están todavía bien entrenados para mantener el esfuerzo. No es un problema grave, pero hay que entrenarlo o seguirá pasando."** Esa frase es la base de todo lo que viene después.

Regla de oro: nadie acepta entrenar lo que no entiende. Si los padres no pueden, al salir de tu consulta, explicarle a un cuñado lo que tiene su hijo, no firmarán. Tu diagnóstico no es para impresionar — es para que ellos puedan explicarlo.

CONVERSACIÓN CLÍNICA · BLOQUE 2

Presenta el plan como **rampa**, no como obligación.

El error clásico: presentar el plan como un calendario y un precio. El cerebro lo lee como **obligación + factura**. La forma correcta: presentar lo que se va a conseguir, dividir el camino en hitos visibles y dejar que el plan se entienda como una rampa por la que subir, no una pared que escalar.

Los 4 elementos del guion del plan

- ✓ **Empieza por la meta funcional, no por la duración.** "Lo que queremos conseguir es que pueda leer 45 minutos seguidos sin dolor de cabeza." Esa frase abre con esperanza, no con calendario.
- ✓ **Da hitos visibles cada 3-4 semanas.** "En el primer mes notarás que aguanta más sin descansos. En el segundo, que se queja menos. En el tercero, deberíamos ver que ha desaparecido." Concreto, dividido, esperable.
- ✓ **Reconoce el esfuerzo de la familia, no solo del niño.** "Lo que os pido como padres es 10 minutos al día de acompañamiento. No es supervisar — es estar." Convierte a los padres en aliados, no en jueces.
- ✓ **Deja claro qué pasa si NO se hace.** "Si no entrenamos esto ahora, la mayoría de los casos lo arrastran a la adolescencia, donde compensan con más esfuerzo y menos rendimiento." Sin chantaje. Solo verdad clínica.

Lectura clínica: una rampa con escalones visibles parece más corta de lo que es. Sin escalones, parece infinita. Tu plan no es un programa de tres meses — son **tres tramos de un mes**, con un hito visible al final de cada uno.

Error frecuente: hablar de precio antes de hablar de hitos. La cifra siempre debe llegar **después** de que entiendan qué reciben a cambio. Si la cifra llega primero, la conversación se transforma en una negociación. Si llega después, se transforma en una decisión informada.

CUANDO APARECE EL "DÉJAME PENSARLO"

Las 5 objeciones más comunes (y la respuesta clínica).

Toda objeción tiene una pregunta debajo que no se han atrevido a hacer. Tu respuesta clínica no se dirige a la objeción — se dirige a la pregunta de debajo. Lo que cambia es el registro: **siempre clínico, nunca comercial.**

“Es caro”

PREGUNTA DE FONDO: ¿ESTO VALE LO QUE CUESTA?

Devuelve el coste de no hacerlo: "Una terapia visual cuesta lo que cuesta hoy. La alternativa es arrastrar esto a la adolescencia, donde compensar tiene un coste académico, deportivo y de autoestima mucho más alto." No defiendas el precio — define el coste del otro escenario.

“No tengo tiempo”

PREGUNTA DE FONDO: ¿VOY A PODER CON ESTO?

Hazlo concreto: "Son 15 minutos al día. Menos que un partido de fútbol del fin de semana, mucho menos que los deberes diarios. Y lo hacemos juntos en la primera sesión para que veáis lo fácil que es." La concreción mata la ambigüedad.

“Mi hijo no quiere”

PREGUNTA DE FONDO: ¿VOY A TENER QUE PELEARME CON ÉL CADA DÍA?

Devuelve datos del niño: "Le he hecho hoy una de las pruebas. Le ha costado, pero ha querido seguir. La terapia se diseña con ese mismo juego — no con ejercicios de libro. La mayoría de los niños después de la tercera sesión la piden." Convierte la resistencia en curiosidad.

“Vamos a probar con gafas primero”

PREGUNTA DE FONDO: ¿NO HAY UN ATAJO MÁS FÁCIL?

Explica el límite de las gafas en este caso: "Las gafas corrigen graduaciones. Aquí no hay graduación — hay un funcionamiento que no está bien entrenado. Las gafas pueden ayudar puntualmente, pero no resuelven la causa." Sin descalificar. Solo precisión clínica.

“Tengo que hablarlo con mi pareja”

PREGUNTA DE FONDO: ¿ES LEGÍTIMO DECIDIR YO SOLA?

Ofrécete a hablar con los dos: "Por supuesto. Si quieres, te paso un resumen escrito de lo que hemos visto hoy para que se lo enseñes — o si lo preferís, hago una llamada de 10 minutos los tres juntos." Quitas la carga de tener que ser portavoz de algo que apenas acaba de entender ella.

EL COMPROMISO

Pacto, no firma.

Una firma se incumple. Un pacto se cumple. La diferencia no es legal, es psicológica. Cierra el compromiso como un acuerdo **bilateral** — tú te comprometes a unas cosas concretas, ellos a otras — y no como un contrato unilateral en el que ellos pagan y tú prometes.

Los dos lados del pacto

LO QUE TÚ TE COMPROMETES A HACER

- Un informe simple cada semana con la adherencia y los datos
- Ajustar la pauta si veo que algo no encaja
- Una llamada de 10 minutos cuando lo necesitéis, sin coste extra
- Reevaluación completa al final del primer tramo — con datos en mano
- Si en 8 semanas no hay progreso, parar y replantear juntos

LO QUE LA FAMILIA SE COMPROMETE A HACER

- 10-15 minutos diarios de práctica en casa, acompañando al niño
- Traer al niño a las sesiones de gabinete pactadas
- Avisarme si veis algo raro entre sesiones — no esperar a la próxima cita
- Hacer las reevaluaciones aunque "todo vaya bien"
- Decirme con honestidad si en algún momento dejáis de creer en el proceso

La cláusula de salida honesta: incluye siempre la condición "si en X semanas no hay progreso, paramos y pensamos juntos qué hacer". Eso quita el miedo a estar firmando un compromiso eterno. Y, paradójicamente, hace que casi nadie tenga que usarla.

LA CONFIANZA NO SE FIRMA · SE DEMUESTRA

El primer mes te juega el caso.

El pacto que cerraste en la consulta sigue siendo un papel hasta que las primeras 4 semanas lo conviertan en realidad. Estos son los 4 hitos que necesitas tocar en orden — si te saltas uno, vuelve la duda.

SEM 01 Primer informe simple

Un mini-informe con lo que ha hecho el niño esta semana y un gráfico básico de adherencia. No tiene que ser sofisticado — tiene que **existir**. La familia ve que el compromiso por tu parte es real.

SEM 02 Primera mejora medible

Encuentra y enseña **cualquier dato** que apunte a mejora — aunque sea pequeño. Tiempo de tarea sin queja, PPC ligeramente más cercano, algún ejercicio del que ha pasado de nivel 2 a nivel 3. Lo que sea. *Visible y celebrado.*

SEM 03 Anticipa la caída de motivación

Es la **atmósfera del cohete**. La novedad se acaba y la vida cotidiana tira. Tu papel: avisar a la familia con una nota o una llamada corta: "Esta semana puede que veáis menos motivación. Es normal — significa que estamos entrando en la zona de mayor fricción. Aguantad 5 días."

SEM 04 Primer hito visible · renovación del pacto

Reevaluación rápida con los datos del mes en mano. Aquí **se renueva el compromiso** para el siguiente tramo, ya con evidencia propia del niño. Esta sesión, bien hecha, te asegura los dos meses siguientes.

¿Quieres llevar este protocolo con la herramienta adecuada?

Los informes semanales, las gráficas de adherencia y las pautas diarias se gestionan en segundos cuando tienes el sistema de tele-optometría de Perceptalis. Si quieres ver cómo, te apuntas al próximo webinar gratuito o pruebas la app 7 días.

Próximo webinar gratuito →