

«Me gustaría comentar algo que para mí es muy importante y que ha sido decisivo a la hora de leerlo, trabajarlo y aplicarlo; se trata de los valores que "encarna" este libro. Es un libro que rebosa vida, entusiasmo, dinamismo, honestidad, respeto, entrega y valiosas creencias. Además nos enseña que todo esto es posible; y aún más, nos da herramientas precisas para hacerlo realidad y para que todos estos valores impregnen el quehacer diario de los que lo leemos y lo aplicamos.»

Leonardo Villena, profesional de la salud



Cuidando al profesional de la salud

Habilidades emocionales y de comunicación

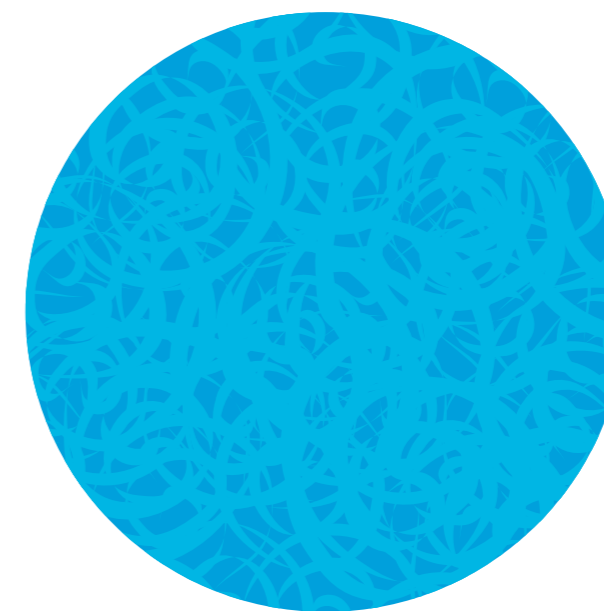
Relacionarse con los pacientes es un arte. Relacionarse con otros profesionales es, también, un arte. Y como todo arte requiere un cierto porcentaje de inspiración y, muy especialmente, un elevadísimo porcentaje de transpiración; esto es, de esfuerzo, de entrega, a veces incluso de derroche. En esta publicación que el lector tiene en sus manos le ofrecemos un gran número de técnicas, habilidades, métodos y estrategias para mejorar en ese difícil arte de relacionarse con los otros, sean esos «otros» clientes externos (pacientes, usuarios) o bien sean clientes internos (otros profesionales, jefes, subordinados).

Se habla muchos en estos últimos tiempos del «queme» de los profesionales sanitarios, del estrés asociado a su dura tarea diaria, y de las repercusiones que todo ello está teniendo en su propia salud biopsicosocial, desde dolores osteoarticulares y gástricos de todo tipo, hasta problemas en las relaciones familiares y sociales, pasando por depresiones, ansiedades y frustraciones varias. En esta obra se ofrecen herramientas muy concretas y de fácil e inmediata aplicación, respecto al «queme» de los profesionales; tanto para prevenir su aparición, como para tratarlo cuando ya se ha manifestado, e incluso para paliar sus consecuencias.

Esta 7ª edición, revisada y ampliada, del Cuidando al profesional de la salud. Habilidades emocionales y de comunicación, va dirigida a todos los profesionales de la salud que quieran mejorar sus habilidades de relación —tanto a nivel externo como interno— para trabajar de forma más eficaz, gratificante y creativa. Si además, conseguimos que los profesionales sanitarios que lean la presente publicación incorporen lo aprendido a sus «otras» relaciones interpersonales (familia, amigos, vecinos, resto de ciudadanos) nuestra felicidad (y seguramente también la de los profesionales que así lo hagan) será «máxima». En sus manos (y en su cabeza, corazón y estómago) está.

José Luis Bimbela

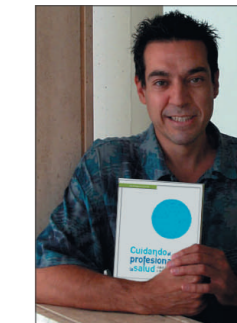
Cuidando al profesional de la salud Habilidades emocionales y de comunicación



Cuidando al profesional de la salud

Habilidades emocionales y de comunicación

7ª Edición



José Luis Bimbela Pedrola, Doctor en Psicología por la Universidad de Barcelona, es Profesor de la Escuela Andaluza de Salud Pública. Gran formador y orador, su formación académica incluye un Máster en Salud Pública y un Máster en Dependencias, ambos por la Universidad de Barcelona.

Autor de títulos como *Sociología del sida*, muchos de sus libros están publicadas en la Serie de Monografías EASP. Entre sus obras destacan *Sida y jóvenes. La prevención de la transmisión sexual del VIH*; *Herramientas para mejorar la adhesión terapéutica del paciente. El caso de la diabetes*; *Mi chico no quiere usar condón. Estrategias innovadoras para la prevención de la transmisión sexual del VIH/sida* y, en paralelo a esta obra que el lector tiene entre sus manos, *Cuidando al Formador. Habilidades emocionales y de comunicación*.

Cuidando al profesional de la salud. Habilidades emocionales y de comunicación es la continuación natural del éxito editorial *Cuidando al cuidador. Counseling para profesionales de la salud*, cuya primera edición apareció allá por 1994 y que desde entonces ha mantenido un constante nivel de ventas. Esta obra pasó por cuatro ediciones ampliadas y revisadas y desemboca en esta 7ª edición, donde el autor refleja en el título la evolución de su contenido.



Escuela Andaluza de Salud Pública
CONSEJERÍA DE SALUD

José Luis Bimbela Pedrola

CUIDANDO AL PROFESIONAL DE LA SALUD HABILIDADES EMOCIONALES Y DE COMUNICACIÓN

JOSÉ LUIS BIMBELA PEDROLA

7ª edición revisada y ampliada

Catalogación por la Biblioteca de la EASP

BIMBELA PEDROLA, JOSÉ LUIS

Cuidando al profesional de la salud. Habilidades emocionales y de comunicación

José Luis Bimbela - 7ª ed. - Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 2006.

1. Consejo. 2. Educación en salud. I. Título. II. Serie

NLM Classification WM 55

CDU 316 (378)

1ª Edición 1994

2ª Edición 1995

3ª Edición 1996

1ª Reimpresión 1998

4ª Edición 2001

1ª Reimpresión 2003

5ª Edición 2005

6ª Edición 2006

7ª Edición 2006

Edita: ESCUELA ANDALUZA DE SALUD PÚBLICA

Campus Universitario de Cartuja. Apdo. de Correos 2070

18080 Granada, España

www.easp.es

ISBN: 84-87385-85-0

Depósito Legal: Gr-1438/2005

Maquetación: Catálogo Publicidad

Diseño cubierta: Catálogo Publicidad

Imprime: Gráficas Alhambra

Todos los derechos reservados. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida ni transmitida en ninguna forma ni por ningún medio de carácter mecánico ni electrónico, incluidos fotocopia y grabación, ni tampoco mediante sistemas de almacenamiento y recuperación de información, a menos que se cuente con la autorización por escrito de la Escuela Andaluza de Salud Pública.

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen representados los datos que contiene no implican, de parte de la Escuela Andaluza de Salud Pública, juicio alguno sobre la condición jurídica de los países, territorios, ciudades o zonas citados o de sus autoridades, ni respecto a la delimitación de sus fronteras.

Al igual que la mención de determinadas sociedades mercantiles o del nombre comercial de ciertos productos, no implica que la Escuela Andaluza de Salud Pública los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos.

De las opiniones expresadas en la presente publicación responden únicamente los autores.

Nota de la editorial: por cuestiones lingüísticas, estéticas y para agilizar su lectura, este libro utiliza palabras genéricas masculinas, entendiéndose que con ello se incluyen ambos géneros.

*A los y las cuidadoras,
profesionales de la salud
fuentes constantes de saber, energía y entrega*

*Para Marcel,
mi amor más incondicional*

*Para mi padre y mi madre,
por hacerme libre*

*Para Eva,
por el perdón, la valentía y la ternura*

ÍNDICE

Prólogo a la 5ª edición	13
Prólogo a la 4ª edición	15
Prólogo a la 2ª edición	17
Introducción a la 5ª edición	21
Introducción a la 4ª edición	23
Introducción a la 1ª edición	25
Frases de presentación de la 5ª edición	29
Frases de presentación de la 4ª edición	31
Frases de presentación de la 3ª edición	33
Frases de presentación de la 2ª edición	35
Frases de presentación de la 1ª edición	37
CAPÍTULO 1. ALCANCE DEL <i>COUNSELING</i>	39
Concepto de <i>counseling</i>	39
Relación profesional-usuario	40
Desarrollo de habilidades	41
Contenido de la obra	42
CAPÍTULO 2. ALTERACIONES EMOCIONALES	43
Escenas temidas por los profesionales sanitarios	43
Alteraciones emocionales de los profesionales	44
Alteraciones emocionales de los clientes (externos e internos)	45
CAPÍTULO 3. HABILIDADES EMOCIONALES	49
¿Estrés? ¿Qué estrés?	49
Los tres niveles de la respuesta humana: cognitivo, fisiológico y motor	50
Intervención en los tres niveles de la respuesta humana	52
Sugerencias prácticas: entrenamiento y reflexión	76
A modo de síntesis: 4 estrategias clave	79
Autoestima	81

CAPÍTULO 4. HABILIDADES DE COMUNICACIÓN	89
La comunicación no verbal y la comunicación verbal	91
Factores facilitadores de la comunicación	94
Factores dificultadores de la comunicación	95
Verbos clave de la comunicación	97
El uso inteligente de la palabra «pero»	104
Estilos de comunicación y asertividad	106
A modo de síntesis: el caso de Manolo	113
CAPÍTULO 5. HABILIDADES DE MOTIVACIÓN PARA EL CAMBIO	117
Instrumentos de diagnóstico comportamental	117
El modelo PRECEDE	118
El análisis funcional de la conducta	136
Instrumentos de intervención individual: Decálogo de petición de cambios .	138
Instrumentos de intervención grupal	144
Técnicas de refuerzo	155
Tipos de reforzadores	155
CAPÍTULO 6. USO Y DISFRUTE DE LAS HABILIDADES EMOCIONALES Y DE COMUNICACIÓN	159
Áreas de aplicación	159
Manejo de pacientes en situación terminal	160
Manejo de poblaciones de difícil acceso	161
Prevención y afrontamiento de situaciones límite	162
Rentabilidades	164
BIBLIOGRAFÍA	167

APÉNDICES

I. Listado de verbos y de requisitos clave	181
II. Reestructuración cognitiva (I): errores cognitivos más frecuentes	183
III. Reestructuración cognitiva (II): esquema básico para «volver a pensar»	185
IV. Habilidades emocionales intrapersonales. Ejemplo I	189
V. Habilidades emocionales intrapersonales. Ejemplo II	191
VI. Habilidades emocionales intrapersonales. Ejemplo III	193
VII. Habilidades emocionales interpersonales. Ejemplo	195
VIII. Reestructuración cognitiva (III). Ejercicios	197
IX. Respiración profunda	201
X. Relajación progresiva	203
XI. Distensión continua	205
XII. Intervención en los 3 niveles de la respuesta humana	207
XIII. Modelo PRECEDE. Conceptos clave	209
XIV. Modelo PRECEDE. Formato básico	211
XV. Modelo PRECEDE. Preguntas para identificar tipos de factores	213
XVI. Modelo PRECEDE. Ejemplos y ejercicios	215
XVII. Análisis funcional de la conducta	223
XVIII. Decálogo de petición de cambios. Formato básico	225
XIX. Decálogo de petición de cambios. Ejemplos y ejercicios	227
OFERTA FORMATIVA	231

PRÓLOGO A LA 5ª EDICIÓN

Hablar sobre lo que hay escrito en estas páginas ya está hecho, sólo hay que leerlas para maravillarse y disfrutar. Tiene todo lo que deseamos que tenga este tipo de libros: un gran contenido, fundamentación, sensatez, coherencia, realismo, claridad, sencillez, viveza y aplicabilidad.

Me gustaría comentar algo que para mí es muy importante y que ha sido decisivo a la hora de leerlo, trabajarlo y aplicarlo; se trata de los valores que «encarna» este libro. Es un libro que rebosa vida, entusiasmo, dinamismo, honestidad, respeto, entrega y valiosas creencias. Además nos enseña que todo esto es posible; y aún más, nos da herramientas precisas para hacerlo realidad y para que todos estos valores impregnen el quehacer diario de los que lo leemos y lo aplicamos.

Este aliento que da vida al libro —y por tanto a su aplicación— hace aún más importante y entendible su gran contenido. Por esto creo que al leerlo debemos permitir que cale dentro de nosotros; así, todo lo que nos enseña será fácil de aplicar, muy gratificante y mucho más eficaz. Estoy convencido de que el gran aprovechamiento del contenido de este libro y del espíritu que lo inspira debe llevarnos a ser capaces de encarnar una forma de ser y de estar en nuestra profesión.

Nos dice su autor que lo que aquí se desarrolla es «tecnología punta», yo estoy absolutamente convencido de ello; se trata de una tecnología que rompe barreras, una tecnología que nos sitúa en las auténticas coordenadas que llevamos dentro y que nos han traído a trabajar en esta hermosa profesión. Es la tecnología de la sencillez, del sentido común, de lo auténtico. Nos limpia de miedos, de prejuicios, despeja nuestro camino de etiquetas y arquetipos, nos serena y nos da herramientas para llegar a la esencia de nuestra profesión: una auténtica relación humana entre dos personas que se ayudan.

Me gusta comentar todo esto desde la seguridad y serenidad que me da haber vivido este libro; porque gracias a él y a los cursos que entorno a su contenido recibí de su autor, José Luis Bimbela, cambió mi actitud y mi quehacer en mi profesión y en mi vida. Hay un antes y un después en mí y en las personas a las que atendía en mi trabajo como enfermero en un centro penitenciario.

Un «antes» cargado de prejuicios, miedos, etiquetas, hostilidades, evitaciones, tensiones, mala comunicación y desasosiego personal y profesional. Hay un punto de inflexión en el que el *Cuidando al profesional de la salud* y las enseñanzas de su autor ponen en crisis todo lo anterior. Cinco días «noqueado» en la Escuela

Andaluz de Salud Pública durante los cuales saqué a relucir todas mis resistencias posibles (y añadí además todas las resistencias de mis colegas, ¡imaginaos el listado que se puede hacer!) y que hacían imposible que algo se pudiera aplicar y que algo pudiera cambiar.

Calaron en mí las ideas de «disfrutar más con mi trabajo», «cuidarme», «ser más eficaz», «atender mejor a las otras personas», «serles realmente útil». Así que, un segundo de lucidez me permitió ver que tenía que darme permiso para que todo esto fluyera. El *Cuidando* y su autor me lo servían en bandeja.

Tuve conciencia, y así fue, de que no sería un camino fácil; pero me aliviaba pensar que debía hacer pequeños y seguros cambios que me reforzaran a mí y a mi entorno; que habría cosas que yo no podría solucionar, pero que mi responsabilidad y mis habilidades lo iban a intentar; y que las cosas no son «todo o nada» y que hay valiosos logros por los que luchar.

Y así, el lunes siguiente empezó un «después». Hice mi primer gran cambio: puse la mesa de trabajo en un rincón de la consulta, pasó de ser una barrera, a cumplir su cometido como elemento auxiliar. Todo se transformó, la persona a la que atendía era diferente para mí, queríamos comunicarnos de otra manera, teníamos interés el uno por el otro, nadie se protegía de nada, era fácil entender que estaba ante una persona con unas características singulares, con una idiosincrasia propia; bastó con respetar esto, con preguntarle, con escucharle, poner en práctica el *Cuidando* y todo empezó a fluir... hasta convertirse en una consulta de VIH/sida con ochenta pacientes de la que todos disfrutábamos. Además, para los amantes de lo cuantificable y de la estadística, recordaré que la tasa de adhesión al tratamiento antirretroviral era superior al 90% en el 95 % de los casos (Abril, 1999).

Siempre he pensado, y estoy plenamente convencido de ello, que este libro es un homenaje al sentido común. Es una OBRA (con mayúsculas) que lleva dentro mucha entrega, mucho respeto, mucha verdad, mucho entusiasmo y mucho amor; tanto como tiene su autor y que aquí ha parido y «redondeado» (como a él le gusta decir) para que nosotros la vivamos y la disfrutemos.

Gracias amigo por enseñarnos cómo abrir los ojos para ser más felices con lo que tenemos.

Es una obra hermosa.

Leonardo Villena
Profesional de la salud
Granada, julio de 2005

PRÓLOGO A LA 4ª EDICIÓN

CUIDANDO AL AUTOR

CUIDANDO AL PROFESOR

Hay quien dice que quien escribe sobrevive y hay quien dice más: la ciencia no florece escondida, sino que necesita de la comunicación. Todos están de acuerdo en una cosa: primero fue la palabra. Y en las palabras de este libro, que aparece felizmente en su cuarta edición, encontramos ideas e imágenes, conceptos y ejemplos, modelos y verbos, decálogos y talleres, métodos y técnicas, usos y disfrutes.

Es un verdadero placer usar estas palabras para prologar un libro o, mejor dicho, para acompañar a su autor, con el cual me gustaría ponerme un sombrero o, mejor aún, seis. Seis sombreros de colores que permitan acercar el libro a sus lectores, pero también acercarlos al autor, al profesor Bimbela, al amigo Bimbela.

Para empezar, me gustaría ponerme un sombrero *rojo*; el sombrero que habla de la emoción, la pasión, el empuje, la fuerza, la entrega con la que explica el autor y profesor en sus clases cuando intenta cuidar a sus alumnos (profesionales de la salud que cuidan a sus pacientes). Ver, oír, contemplar en clase al profesor Bimbela es un verdadero placer, un espectáculo lleno de tensión y emoción, atención y variedad, seguridad y riqueza, matices y esencias.

Junto a este sombrero rojo encuentro los sombreros blanco, azul, negro, verde y amarillo.

Un sombrero *blanco* que habla de cifras y datos. Hace ya más de ocho años que nos conocemos, más de seis años que compartimos espacios, despachos, pasillos, aulas y Escuela. Los lectores pueden compartir 6 capítulos, 16 apéndices y más de 150 páginas; todas pensadas para la utilidad y la rentabilidad del lector.

Junto a estos datos y cifras, me gustaría ponerme un sombrero *amarillo*, un color en busca de lo positivo de este libro, de lo mucho y bueno que contienen sus páginas: saber hacer y hacer saber, experiencia y comunicación. Entre esas experiencias, nacidas en su mayor parte del fenómeno sida, destacarían las escenas

temidas y las alteraciones emocionales, los ejemplos constantes que llenan cada uno de sus rincones, hablando de errores y buscando las sugerencias para afrontar las situaciones, identificando y analizando los factores que dificultan la comunicación y también los que la facilitan o profundizando en las habilidades para motivar el cambio de conductas. Y todo ello lleno de comentarios y ejercicios prácticos, para aumentar su aplicabilidad.

También me pongo el sombrero *verde*, el de lo innovador, el de la búsqueda de algo nuevo, de algo diferente en cada una de las ediciones, en este caso, el profundizar en el modelo PRECEDE de Green, que para mí ya es el «Modelo Bimbela» que ayuda al diagnóstico y la intervención, al «pre» y al «post», al antes y al después, al conocer y al actuar.

El sombrero *negro* me lo pongo con la tinta de estas páginas, llenas de verbos, de unos verbos que nos ayudan a preguntar, concretar, acoger, escuchar, empatizar, resumir, retroalimentar. Verbos, sujetos, adjetivos, palabras en fin, con las que llenar papelógrafos y pizarras como síntesis y esencia de lo aprendido.

Por último me gustaría ponerme un sombrero *azul*, que quiero que ilustre lo que para mí Bimbela genera en este libro como autor y en sus clases como profesor: emociones de gran intensidad, que impactan en el cuidador, y que entran como mínimo por los sentidos auditivo y visual.

Como dice Jorge Wagensberg: «un ser vivo es un rincón del universo empeñado en distinguirse de sus alrededores». Además afirma que «estar vivo es evitar que el resto del mundo devore las diferencias»; y añade que «ser independiente de algo requiere intercambiar con ese algo». Creo que José Luis Bimbela es un ser vivo que, a través de su independencia, intercambia sus emociones con sus alumnos, sus lectores, sus compañeros y sus amigos.

Joan Carles March
Director de Proyectos e Investigación
Escuela Andaluza de Salud Pública

Granada, febrero de 2001

PRÓLOGO A LA 2ª EDICIÓN

¿Está la Sanidad Pública en el infierno del Conde Ugolino de la *Divina Comedia* condenada a devorar a sus propios hijos para sobrevivir?

Es una buena y estimulante noticia el hecho de que la primera edición de *Cuidando al cuidador. Counseling para profesionales de la salud* se haya agotado al cumplirse un año de su publicación y nos encontremos delante de la segunda; resulta estimulante porque confirma que hay un cambio en marcha.

Este libro va dirigido a aquellas personas que dedican su actividad, su trabajo al otro, a otras personas con problemas en su salud; se dirige a los cuidadores de la salud de las personas: los sanitarios. Pero ¿cuántos somos y qué hacemos? En el Estado español hay 335.000 sanitarios ejerciendo que realizan 220 millones de consultas, 2 millones de intervenciones quirúrgicas y prescriben 550 millones de recetas al año. Una vez cada dos meses solemos ir al médico y una de cada catorce personas visitadas es hospitalizada. Los españoles dedicamos 3,5 billones de pesetas a financiar el sistema sanitario, con un coste medio de 88.000 pesetas por persona al año. Dicen que esto es mucho dinero y que pronto no vamos a poder disponer del suficiente. Estas cifras resultan incomprensibles a menos que las comparemos, por ejemplo, con los intereses que se pagan al año por la deuda pública, intereses que ascienden a una cifra similar. Es decir, dedicamos lo mismo a salud que a pagar los intereses de los agujeros y «pufos» de los presupuestos. Por todo ello se habla de crisis y evidentemente lo estamos, pero porque valoramos por igual el costo de mantener «pufos» que el costo de acceso a la salud. Los sanitarios no estamos arruinando el país, estamos cuidando a personas con problemas de salud. Los criterios economicistas, que no económicos; los criterios de productividad, que no de eficacia; y las necesidades de apoyo, ayuda y cuidado del enfermo llevan al sanitario a «blindarse» –para no quemarse– frente a los gestores y al propio enfermo.

A su vez, los valores del «éxito profesional» están más relacionados con la medicina como disciplina científica que con el enfermo como persona. En la profesión domina un culto a la medicina que la convierte en secuestradora de la salud, del mismo modo que en la sociedad domina el culto a la salud en lugar de

una «cultura de la salud». Los profesionales renuncian al «don» y se limitan a ir tirando, a llegar a fin de mes, a ganarse la vida; los usuarios, secuestrada la salud como derecho, la practican como simple medicina que tomar si es que se la dan, pues parece que hay que merecérselo. Nos encontramos así ante un mundo de líderes solipsistas donde la única realidad está en la propia mente de cada uno, ante una sociedad que se cierra, inmersos en un orden holista en el que cada persona es sólo un individuo átomo. No obstante, me parece importante observar que afortunadamente están cayendo las doctrinas; no los valores.

Propongo que recuperemos el concepto «Humanitas» descrito por Cicerón: espacio donde se hace posible la aparición y desarrollo del ser humano.

La palabra «crisis» suele provocarnos agobio, bloqueo o desconcierto. «Crisis», del latín «cruce», en Oriente se escribe uniendo dos términos: problema y oportunidad; en ambas culturas el significado se refiere a la posibilidad de cambio, no sólo a la presencia de un problema tal como nosotros lo sentimos. Los recursos económicos contables y los científicotécnicos han ganado terreno a los recursos humanos en los criterios de gestión, planificación y atención de las personas. El *counseling* y las técnicas que se describen en este libro son una alternativa a esta situación, son un motor de cambio. El *counseling* consiste en comunicarse en dos lenguajes: el de hablar y el de escuchar, en darle el protagonismo a las personas y el papel justo que les corresponde a las técnicas y los medios, es decir, utilizarlos como habilidades y recursos materiales que están al servicio de la persona. Atender al «paciente» en *counseling* es aportar nuestros conocimientos con el fin de conseguir que la persona llegue a estar en condiciones de poder decidir qué va a hacer, en otras palabras, ponerle en situación de que pueda ejercer su derecho a la salud. No se trata de ponernos en su lugar o de incluso llegar a decidir por él, se trata de que sea el paciente quien consiga ocupar su propio lugar en su situación y pueda decidir y tener acceso a la salud.

La historia nos demuestra que las sociedades que han profundizado en la persona y en sus derechos son las únicas que han sobrevivido a las crisis económicas y sociales. Creo que un buen plan para superar la crisis y disfrutar de una existencia que vaya más allá de la simple supervivencia es ser persona y ejercer de tal.

En esta segunda edición del libro, José Luis Bimbela describe el *counseling* y la forma de aplicarlo: cómo ejercer el oficio de sanitario desde la idea clave del *counseling* (capítulo 1 *Alcance del counseling*), siendo el sanitario una persona con emociones (capítulo 2 *Alteraciones emocionales*) capaz de conducir las (capítulo 3 *Habilidades emocionales*), que se comunica (capítulo 4 *Habilidades de*

comunicación), que es capaz de provocar cambios (capítulo 5 *Habilidades de motivación para el cambio*) y de disfrutar con su oficio (capítulo 6 *Uso y disfrute de las habilidades emocionales y de comunicación*). Esta nueva edición se ha enriquecido con mejoras resultantes de las experiencias del autor, de su equipo y de aportaciones de lectores y colaboradores. No voy a descubrir aquí la valía como profesional de J.L. Bimbela ni la dedicación con que practica su vocación ya que nos consta a todos aquellos que le conocemos, pero sí quisiera resaltar su sencillez y compromiso como sanitario y como persona, además de su gran espíritu de equipo. Por último quiero comentar la innovación que supone el apartado dedicado a la intervención en la respuesta humana a nivel motor del capítulo tercero. En la presente edición se ha introducido el «análisis del escenario» en lugar del «análisis de problemas», cambio que concuerda con la filosofía *counseling*. Cabe remarcar la palabra «escenario» del latín «scaena» como «lugar lleno de sombras en el bosque». El nuevo enfoque en el que nos encontramos permite explorar todo el bosque, no sólo la propia sombra desde la sombra, no sólo el problema desde el problema.

Agradezco el honor de prologar este libro de un querido amigo y de una «Escuela», la Escuela Andaluza de Salud Pública, que siempre me ha impresionado por su juventud, creatividad y compromiso con la sociedad. A la salud de todos.

José Torres Ibáñez
Presidente de la Fundación Anti-Sida España, FASE

Barcelona, 27 de septiembre de 1995

INTRODUCCIÓN A LA 5ª EDICIÓN

Esta 5ª edición que el lector tiene entre sus manos presenta, en relación con los contenidos temáticos, cambios importantes respecto a la edición anterior. Diversas matizaciones relevantes, fruto de las sucesivas puestas en práctica de las teorías y conceptos manejados; gran número de aclaraciones que faciliten la aplicación de lo aprendido por parte de los lectores; determinadas sugerencias prácticas tanto para el entrenamiento de las habilidades y técnicas presentadas, como para la necesaria reflexión (previa, paralela y posterior a la acción) que permita promover y consolidar cambios en los qué y en los cómo de los profesionales sanitarios. Hay que destacar también el énfasis que se hace en esta obra respecto a la gran aplicabilidad de las habilidades presentadas a todos aquellos ámbitos donde se interactúe con «otros», sean estos otros «clientes externos» (pacientes, usuarios) o sean «clientes internos» (compañeros, jefes, subordinados), y en todas aquellas situaciones donde se quieren producir cambios en los conocimientos, las actitudes, las habilidades, y los comportamientos, tanto propios como del entorno.

Por otro lado, esta 5ª edición, presenta también novedades muy relevantes en cuanto a las formas. Novedades que intentan clarificar destinatarios, objetivos y contenidos. De ahí el nuevo título: del anterior *Cuidando al cuidador* (que podía hacer pensar en un libro dirigido a cuidadores informales: familiares, amigos, etc.) se ha pasado al actual *Cuidando al profesional de la salud*; y el nuevo subtítulo: *del counseling para profesionales de la salud al Habilidades emocionales y de comunicación*, que intenta clarificar desde el primer momento el tipo de habilidades que se desarrollarán a lo largo del texto. Las novedades formales incorporadas en esta 5ª edición buscan, también, facilitar el manejo puramente «físico» de la obra para acercarlo más aún a su objetivo último de convertirse en un verdadero manual, útil y de fácil manejo en el día a día de los profesionales de la salud. De ahí su conversión en libro de bolsillo y, también, su nueva maquetación.

Obviamente se ha aprovechado esta nueva edición para actualizar la bibliografía relacionada con el tema, haciendo, esta vez, un especial énfasis en la incorporación de obras de interés escritas por autores españoles (hay producción en cantidad y con calidad en estos momentos), y de otras obras dirigidas a mejorar también la «salud física» de los sanitarios a través de técnicas orientadas a la

prevención y el tratamiento de problemas osteoarticulares, de aparición tan frecuente entre los profesionales de la salud. En este sentido, y para hacer más sencilla su localización y uso, dichas incorporaciones se presentan todas agrupadas en un epígrafe nuevo al final de la bibliografía.

Esperamos que con todo ello, el profesional de la salud que lea este libro pueda realmente mejorar sus habilidades emocionales y de comunicación, y logre lo que serían los dos grandes objetivos de la presente obra: en primer lugar, hacer aún mejor su trabajo profesional diario; y, en segundo lugar, que esta mejora se consiga al menor coste personal posible (sin tener que dejar su salud —biopsico-social— en el intento). No se puede ir cada día de «superman» o de «superwoman». En estos tiempos en lo que tanto se habla del «queme» de los profesionales sanitarios, es importante señalar que en esta obra se ofrecen herramientas muy concretas y aplicables para prevenir su aparición, para tratarlo cuando ya se ha manifestado, e incluso para paliar sus consecuencias.

Si además, conseguimos que los profesionales sanitarios que lean la presente publicación incorporen lo aprendido a sus «otras» relaciones interpersonales (familia, amigos, vecinos, resto de ciudadanos) nuestra felicidad (y seguramente también la de los profesionales que así lo hagan) será «máxima». En sus manos (y sus cabezas, corazones y estómagos) está.

Esta 5ª edición del *Cuidando* debe mucho agradecimiento especialmente a tres personas que han sido fundamentales en el desarrollo, a veces armonioso, otras veces algo caótico, de la vida "emocional y comunicacional" del autor en los últimos años:

A Leonardo Villena, por hacer realidad teorías, conceptos e ideología. Sin descanso. Con honestidad, con sabiduría, con amor.

A Giulia Fernández, por los libros (¡tantos!), los músicos (¡Jovanotti, Branduardi!), y por los ratos, retos y ritos compartidos.

A Bibiana Navarro, por la bondad, el esfuerzo, la ternura, la paciencia y la generosidad, a la hora de crear y compartir... ¡tantos proyectos!

José Luis Bimbela Pedrola

Albaycín, Granada, junio de 2005

INTRODUCCIÓN A LA 4ª EDICIÓN

La obra *Cuidando al cuidador* sigue dando satisfacciones a la Escuela Andaluza de Salud Pública y a los profesionales de la salud destinatarios. Su autor no imaginaba allá por el año 1994, cuando escribió la primera y modesta edición, que siete años más tarde, estaría redactando la introducción a una cuarta edición, mucho más completa y ambiciosa.

A lo largo del tiempo transcurrido entre ambas ediciones, algunas cosas han cambiado en el escenario de la salud en relación con el tema que este libro trata. El *counseling* se ha incorporado de forma estable y formalizada a cursos de especialización, a postgrados y a másters, tanto en el terreno de lo estrictamente sanitario como, y muy especialmente, en el ámbito de lo psicosocial. Parecería que realmente cada vez más estamos desarrollando en la práctica ese concepto que tan claro teníamos hace ya tiempo en la teoría: la salud biopsicosocial. Por otro lado, las áreas de aplicación del *counseling* han ido ampliándose y consolidándose, y hoy es difícil imaginar a un profesional de la salud que trate eficazmente a un enfermo crónico o a un paciente en un servicio de urgencias, o en fase terminal, sin que ponga en práctica buena parte de las técnicas y habilidades que configuran esa «tecnología humana punta» que llamamos *counseling*.

Éstos y otros cambios que empezaron a incorporarse en la tercera edición del *Cuidando al cuidador* han acabado asentándose en la presente cuarta edición, cuyas innovaciones más claras, tanto en el texto como en los apéndices que lo acompañan, van dirigidas a aumentar la aplicabilidad de tres de los instrumentos fundamentales en el *counseling*: a) las habilidades emocionales intrapersonales, para que el profesional de la salud aprenda a «volver a pensar»; b) las habilidades emocionales interpersonales, para que el profesional de la salud facilite y promueva que «el otro» –usuario, familiar u otro profesional– «vuelva a pensar»; y c) el modelo PRECEDE de diagnóstico conductual, para que el profesional de la salud pueda identificar los factores que en mayor medida influyen en las conductas de los usuarios, de los familiares o de los propios profesionales. Además, se ha aprovechado la ocasión que esta nueva edición brinda, para actualizar tanto la bibliografía como los materiales audiovisuales relacionados con el tema.

Nuestros próximos retos aparecen ya en el horizonte: cuidar a los educadores, cuidar a los directivos, y seguir cuidándonos en el siglo XXI.

José Luis Bimbela Pedrola

Sierra Nevada, febrero de 2001

INTRODUCCIÓN A LA 1ª EDICIÓN

El impacto que está teniendo la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) tanto en la medicina clínica como en la salud pública y en la misma sociedad ha provocado un importante auge de metodologías y técnicas en todos los campos de la salud: microbiología, epidemiología, prevención, educación para la salud, sociología y psicología, entre otros.

Uno de los aspectos que con mayor fuerza han surgido con la aparición y expansión del VIH ha sido la necesidad de cuidar al propio profesional de la salud que atiende a enfermos de sida o a personas infectadas por el VIH; la atención a estas personas está provocando, a corto plazo, estrés y otras alteraciones emocionales en el personal sociosanitario; y puede ocasionar a medio plazo el agotamiento y la renuncia de muchos profesionales a trabajar con estos pacientes. Por ello la tecnología que llamamos *counseling* pretende entrenar ciertas habilidades del profesional que le permitan un mayor autocontrol y una mejora en su relación con el paciente, en aras a aumentar su eficacia y a trabajar más confortablemente. Por tanto se trata de una tecnología perfectamente aplicable a otras problemáticas distintas al VIH/sida y especialmente útil para manejar enfermedades de tipo crónico y todas aquellas relacionadas con el mantenimiento de ciertos estilos de vida. Los datos, experiencias y casos que se presentan en este documento provienen del trabajo del autor con grupos de profesionales de la salud en proyectos de las siguientes instituciones: Fundación Anti-Sida España (FASE); Organización Mundial de la Salud (OMS); Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP); Instituto Catalán de la Salud (ICS); Centros de Orientación y Planificación Familiar de Cataluña y Galicia, Instituto Catalán de Psicología e Instituto de Estudios de la Salud (IES) de Cataluña.

El presente documento incluye los elementos fundamentales en relación con *counseling*. De entre éstos se destacan las ideas clave, la base teórica, la metodología para su aplicación, los ejemplos prácticos principalmente con relación al tema VIH/sida, los instrumentos de diagnóstico conductual, los instrumentos y técnicas de intervención, y una bibliografía fundamental actualizada.

Este documento se propone los siguientes objetivos:

1. Presentar una tecnología que ha mostrado su pertinencia principalmente aunque no exclusivamente cuando aparecen situaciones de estrés o ansiedad en la relación profesional-usuario por una o por ambas partes.
2. Facilitar ejemplos, experiencias y sugerencias, que permitan su aplicación inmediata en las tareas diarias del profesional.

Para lograr estos objetivos el documento se estructura en seis capítulos a los cuales se agrega una bibliografía y once apéndices.

El capítulo 1 presenta en forma sucinta las ideas clave del *counseling*, referido al objetivo final, el objetivo intermedio, el método, los protagonistas y las ideas marco asociadas.

El capítulo 2 describe las alteraciones emocionales que suelen aparecer en los profesionales en el desarrollo de su labor cotidiana. Pese a que muchos de los ejemplos corresponden –por las razones ya expuestas– al tema VIH/sida, la mayor parte de alteraciones emocionales que se citan aparecen también, aunque con menor énfasis, en el abordaje de muchas otras enfermedades crónicas, enfermedades con fases terminales y enfermedades que están relacionadas con estilos de vida de la población.

El capítulo 3 muestra cómo inciden las alteraciones emocionales en los tres niveles de la respuesta humana: cognitivo, fisiológico y motor; además presenta claves y ejemplos para intervenir preventiva y curativamente en cada uno de los niveles citados.

El capítulo 4 analiza los elementos y verbos clave implicados en el proceso de la comunicación y ofrece pautas y ejemplos para optimizar dicho proceso.

El capítulo 5 presenta los instrumentos que permiten realizar un diagnóstico comportamental de los problemas de salud y facilita técnicas motivacionales para promover cambios conductuales.

El capítulo 6 señala algunas de las aplicaciones más claras e inmediatas del *counseling*, poniendo énfasis en los beneficios que conlleva para diversos sectores.

La bibliografía seleccionada ofrece tanto obras que enmarcan el *counseling* en estrategias globales, como experiencias sobre aplicaciones concretas de esta tecnología.

Los apéndices contribuyen a completar una síntesis integrativa del contenido del documento y ofrecen información práctica que facilita la aplicación de la tecnología presentada.

José Luis Bimbela Pedrola

Granada, octubre de 1994

FRASES DE PRESENTACIÓN DE LA 5ª EDICIÓN

El arte es derroche

Rafael de Paula

A los 50 años, uno tiene la cara que se merece

George Orwell

¿Y si invirtiéramos el discurso y pensáramos que la actitud privilegiada para ver el mundo es la alegría, la serenidad o el coraje?

José Antonio Marina

FRASES DE PRESENTACIÓN DE LA 4ª EDICIÓN

Mal de muchos... ¡normalidad!

Enrique García-Huete

Explora, no des nada por supuesto.
Déjale al otro la posibilidad de no adecuarse...
a tus premisas y a tus prejuicios.
¡Descubrirás maravillas!

Javier Barbero

La comunicación puede ser dolorosa,
la incomunicación... mucho más.

Pilar Arranz

FRASES DE PRESENTACIÓN

DE LA 3ª EDICIÓN

La desdicha proporciona cierta clase de comodidad.
La felicidad exige mayor conciencia, energía, disciplina,
dedicación e integridad.

Nathaniel Branden

Y creo que el fallo, el error... y el error, pero total ¿no? de que a la gente se le dice demasiado cómo tiene que hacer las cosas ¿no? hasta llegar a meterse en cosas que no le importan a nadie, nada más que a ti...

Un chico de entre 17 y 20 años

Tendríamos que aceptar que el comportamiento del ser humano es mucho más complejo que cualquier virus.

Jonathan Mann

FRASE DE PRESENTACIÓN

DE LA 2ª EDICIÓN

Hay una tendencia creciente a culpar a aquellas personas que no cambian su comportamiento o que no lo cambian tan rápidamente como querríamos. La lógica de esta censura es clara: «te hemos enseñado lo que hace falta que sepas, ahora es problema tuyo cambiar tu comportamiento; y si no lo haces, bien, has fallado y nosotros ya no podemos hacer nada más».

Por cierto, con el fin de ayudar a los trabajadores de salud pública y a otras personas a profundizar en el tema, he comenzado a hacer una sugerencia muy impopular, y es que cada uno practique, durante un mes, una sexualidad segura, sólo para que sepan de qué están hablando.

Jonathan Mann

París, noviembre de 1990

FRASE DE PRESENTACIÓN

DE LA 1ª EDICIÓN

Una médica de asistencia primaria contaba la siguiente historia:

«Ya sabes que en la consulta todos tenemos pacientes pesaditos. Yo, en concreto, tenía en mi cupo una paciente especialmente pesada. En cuanto la veía entrar ya me ponía de los nervios y aunque intentaba disimular el malestar que sus continuas demandas me producían, creo que siempre acababa por notarse. Finalmente, un día la paciente me dijo: "Sabe qué, señorita: me voy a cambiar de médico. Usted no me gusta nada". Yo respiré profundamente, la miré a los ojos y le dije muy pausadamente: "Usted no tiene que cambiar de médico, usted lo que tiene que hacer es cambiar... de planeta". Cuando acabé la frase me sentí realmente relajada y tranquila. La paciente salió de la consulta, y en el mismo momento en que cerró la puerta lo vi todo muy claro y me dije: "has tocado fondo, chica. No puedes seguir así, enviando a los pacientes a... otro planeta; algo debe cambiar". A partir de ese instante empecé a modificar mi forma de relacionarme con los pacientes, empecé a hablar menos, a escuchar más, a preguntarles sus motivos, sus deseos, sus miedos, a respetar sus silencios, sus llantos, sus bloqueos...; empecé a hacer eso que ahora llamáis *counseling*. Y ya me ves ahora, disfrutando cada día más de mis pacientes, de mi trabajo... de mí misma».

CAPÍTULO 1

ALCANCE DEL *COUNSELING*

CONCEPTO DE *COUNSELING*

La palabra *counseling* es un neologismo, un anglicismo para el cual cuesta encontrar una traducción que satisfaga a todos. En unas ocasiones, se habla de «consejo asistido», en otras, de «relación de ayuda», de «asesoramiento». En todo caso se intenta definir un concepto cuyos elementos clave son:

1. Objetivo final: mejorar la salud del usuario.
2. Objetivo intermedio: cuidar al profesional.
3. Método: adquisición de habilidades y conocimientos para la relación profesional-usuario especialmente en situaciones de angustia o estrés por una o por ambas partes.
4. Protagonistas: a) el profesional, *facilitando* conocimientos, alternativas, herramientas, técnicas, entrenamiento; b) el usuario, *conduciendo* su propio proceso, sus cambios comportamentales y el logro de su salud.
5. Ideas marco asociadas: a) la salud como derecho, no como obligación; b) la salud como proyecto para y por la persona; c) cuanto más comfortable esté el profesional, mejor podrá cuidar a los usuarios.

Es curioso y ciertamente revelador observar la distinta visión que algunos profesionales de la salud tienen respecto a ésta, según el lado «de la barrera» en la que estén.

Hay profesionales sociosanitarios que fuman habitualmente, que se sienten perseguidos y culpabilizados por las campañas antitabaco llevadas a cabo por las distintas administraciones; y que al sentirse así, responden con indignación a dichas campañas con frases del tipo: «¡no hay derecho!, ¡mi salud es mía y estoy en mi derecho de hacer con ella lo que quiera!». Además de pronunciar ese tipo de frases, se niegan, desde luego, a hacer ningún caso a los consejos recibidos.

Pese a ello, es frecuente que buena parte de esos mismos profesionales utilicen idénticos argumentos (contenidos) y métodos (formas) cuando intentan conseguir que los usuarios tengan «estilos de vida más saludables», y les cuesta entender que (igual que hacía él con los mensajes de las campañas) los usuarios no les hagan caso y en algunos casos incluso lleguen a indignarse con ellos. ¿Por qué, a veces, el profesional sólo entiende la salud como derecho cuando se trata de su propia salud?

RELACIÓN PROFESIONAL-USUARIO

Una revisión atenta del desarrollo de las enfermedades transmisibles en la humanidad, muestra que muchas veces –más allá del riesgo y el daño biomédico específico– se produce una repercusión social, cultural y ética que trasciende el aspecto biológico.

La infección por VIH/sida, por ejemplo, ha puesto de manifiesto aspectos, situaciones, déficit y problemas que ya existían con anterioridad y que ahora, dadas las especiales características de esta infección y las urgencias que aparecen por doquier para atajar su expansión, surgen con mayor fuerza y aparatosidad. Uno de estos aspectos es el de la relación del profesional de la salud con el usuario.

Ya en 1989 Carballo y Miller afirmaban: «El *counseling* en VIH es un diálogo "en desarrollo" y una relación entre el cliente o paciente y el *counselor* con los objetivos de prevenir la transmisión del VIH y proveer apoyo psicosocial para todos los afectados, directa e indirectamente, por el VIH».

Por todo ello buena parte de los ejemplos y experiencias que aquí se citan están relacionados con dicho problema de salud pública que es, por una parte, uno de los que más cuestiona el tipo de relación entre profesionales de la salud y usuarios de los servicios y, por otra parte, uno de los que en mayor medida pone de manifiesto la falta de apoyo y soporte emocional que sufren tanto los usuarios como los propios profesionales.

Cabe destacar, eso sí, que todas y cada una de las técnicas y habilidades presentadas son absolutamente aplicables a cualquier situación en la que el profesional de la salud quiera provocar cambios en los conocimientos, las actitudes, las habilidades y los comportamientos de personas con las que interactúe, sean «clientes externos» (pacientes, usuarios) o «clientes internos» (compañeros, jefes, subordinados).

DESARROLLO DE HABILIDADES

Cuando se habla de habilidades y del consiguiente entrenamiento para desarrollar dichas habilidades deben tenerse muy en cuenta un par de cuestiones:

1. La primera vez que se pone en práctica una nueva habilidad casi nunca resulta ser una maravilla ya que pocas veces se consigue el éxito total de inicio. Es recomendable realizar una evaluación posterior analizando tanto los aspectos positivos (para reforzarlos y mantenerlos) como los mejorables (para buscar alternativas útiles); esta es una buena forma de conseguir que los intentos siguientes vayan mejorando. De esa manera muy probablemente la quinta vez será mejor que la segunda.
2. Las primeras veces que se ponen en práctica nuevas habilidades tales como nuevas formas de decir las cosas, de mirar, de preguntar, etc., uno mismo se oye y se siente «raro», «poco natural». Esto es normal y fácilmente solucionable. Para «naturalizar» las nuevas conductas basta con seguir practicándolas e integrarlas en el ejercicio del propio estilo.

En el *counseling* el primer gran beneficiado es el profesional. Las habilidades que éste adquiere con dicha tecnología (autocontrol emocional, comunicación, motivación para el cambio) le permiten trabajar más cómodamente y con mayor eficacia con los usuarios, maximizando su nivel de competencia al menor coste emocional posible. De ahí el título de la 5ª edición, *Cuidando al profesional de la salud*.

CONTENIDO DE LA OBRA

Atendiendo a los aspectos fundamentales comentados en este capítulo, el núcleo central del presente documento, referido a habilidades básicas, se estructura siguiendo el esquema que se muestra a continuación:

- Habilidades emocionales (capítulos 2-3)
- Habilidades de comunicación (capítulo 4)
- Habilidades de motivación de cambio (capítulo 5):
 - Instrumentos de diagnóstico comportamental:
 - Modelo PRECEDE
 - Análisis funcional de la conducta
 - Instrumentos de intervención:
 - Nivel individual: Decálogo
 - Nivel grupal:
 - Grupo de iguales
 - Taller de entrenamiento
 - Metodologías formativas

A este núcleo central se suman (capítulo 6) algunas aplicaciones de las habilidades presentadas, en situaciones específicas: enfermedad en fase terminal, poblaciones marginales, etc.

CAPÍTULO 2

ALTERACIONES EMOCIONALES

ESCENAS TEMIDAS POR LOS PROFESIONALES SANITARIOS

Tal como se planteó en el capítulo anterior, el *counseling* es especialmente útil para el manejo de problemas de salud que provocan alteraciones emocionales en los profesionales, en los usuarios y en los allegados.

En este sentido, es de gran interés identificar en primer lugar aquellas situaciones que provocan mayor impacto emocional en los profesionales de la salud. Para ello, se les puede formular la siguiente pregunta: ¿qué escenas, en su relación con el usuario, le despiertan más temor?, sea porque cuando han ocurrido el profesional «ha perdido los papeles», o sea porque piensa que cuando ocurran probablemente «los perderá».

Cuando esta pregunta se aplica al caso del VIH/sida las escenas que con mayor frecuencia aparecen como temidas son (no necesariamente en orden de importancia):

1. Comunicar al usuario un resultado serológico VIH positivo.
2. Manejar las alteraciones emocionales del usuario.
3. Motivar cambios de conducta.
4. Relacionarse con los familiares del usuario.
5. Trabajar con enfermos terminales.
6. Trabajar con fluidos de personas infectadas.
7. Trabajar con determinados colectivos tales como usuarios de drogas por vía parenteral (UDVP), personas que ejercen la prostitución, etc.
8. Manejar las propias alteraciones emocionales que provoca cada una de esas «escenas temidas».

Como puede observarse, se trata de una lista muy aplicable a enfermedades distintas al VIH/sida. Ahora bien, sí valdrá la pena identificar también algunas otras situaciones, frecuentes en el ámbito sanitario, que resultan «difíciles» de manejar emocionalmente por parte de los profesionales de la salud. Por ejemplo:

- El paciente dice que ha seguido todas las indicaciones del profesional, pero los análisis no «cuadran».
- Ver en la lista de pacientes de hoy, el nombre del Sr. X, paciente «hiperdemandante», que viene a la consulta un día sí y otro también.

Además, también aparece un buen número de situaciones «estresantes» en relación con los «clientes internos» (compañeros, jefes, subordinados):

- Mi compañera se «escaquea» mientras yo hago el trabajo de los dos.
- Cambio de turno y tengo que relacionarme con compañeros nuevos.
- Me llaman para la entrevista de evaluación de objetivos.

Alteraciones emocionales de los profesionales

¿Cuáles son las alteraciones emocionales de los profesionales que con mayor frecuencia aparecen asociadas a las escenas temidas antes citadas?

1. Ansiedad, angustia, desesperación

«Cómo le voy a decir que le quedan pocos días de vida.»

«No sé qué hacer cuando se derrumba delante de mí.»

«Nunca voy a conseguir que cambie..»

2. Depresión

«Cuando llego a casa no tengo ganas de hacer nada, me siento vacía, abatida.»

«Creo que me he equivocado de profesión. No sirvo para esto.»

«Tantos años dando la talla, y no me lo reconocen.»

3. Ira, rabia

«Es injusto que muera tan joven, después de tanto luchar.»

«¡No hay derecho! Nunca me piden la opinión.»

«¡Tanto esforzarme, y él no pone nada de su parte!»

4. Impotencia

«No puedo hacer nada.»

«No puedo curarlo.»

«Mis esfuerzos no sirven para nada.»

Alteraciones emocionales de los clientes (externos e internos)

¿Cuáles son las alteraciones emocionales más frecuentes que los profesionales detectan en los «otros», sean «clientes externos» (usuarios, pacientes) o «clientes internos» (compañeros, jefes, subordinados)?

1. Negación

«No puede ser.»

«Seguro que los análisis están mal.»

«Eso nunca me pasará a mí.»

2. Ansiedad, angustia, desesperación

«¿Cómo se lo digo a mi pareja?»

«Dios mío, ¿qué puedo hacer?»

«¿Y si ahora tampoco lo consigo?»

3. Ira, rabia

«¿Por qué a mí?»

«Años sin probar la droga y ahora esto... no es justo.»

«¡Y para esto llevo 20 años cotizando!»

4. Depresión

«Me hundo, me hundo.»

«Mi vida ya no tiene sentido.»

«Nunca consigo lo que me propongo, todo me sale mal.»

5. Indefensión, impotencia

«No puedo hacer nada más.»

«Voy a morir.»

«Si tiene que pasar, pasará.»

La lectura atenta y reflexiva de las dos listas anteriores es impactante, tanto desde el punto de vista cuantitativo como desde el cualitativo. Las preguntas que entonces surgen son: ¿cómo han conseguido estos profesionales seguir trabajando en el tema?, ¿qué han hecho para «sobrevivir»?

Las respuestas más frecuentes de estos profesionales son:

- «Informarme, leer, preguntar.»
- «Mejorar mi formación.»
- «Compartirlo con otros profesionales, con mi equipo.»
- «Premiarme cuando lo hago bien.»
- «Dejar hablar al usuario.»
- «Dejar "explotar" al usuario.»
- «Hacer ejercicios de relajación.»
- «Irme a dar un paseo hasta tranquilizarme.»

También, a veces, aparecen respuestas como las siguientes:

- «Tomarme algún ansiolítico.»
- «Huir de la situación.»
- «Evitar la situación.»
- «Nada, no hacer nada.»

Este documento ofrece metodologías y herramientas que permiten optimizar algunas de las estrategias citadas por los profesionales y ampliar el abanico de alternativas para prevenir y/o disminuir la aparición de ciertas emociones e intentar provocar el surgimiento de otras. Parece clara la utilidad de la tarea. No cabe duda de que la intervención del profesional sanitario va a ser más eficaz y exitosa desde emociones como «la tranquilidad», «la ilusión» y «el control», que desde otras como «la rabia», «la impotencia» o «la frustración». A título de ejemplo: «desde» la rabia, ¿cómo va a preguntar un sanitario a un usuario las razones de un determinado comportamiento?

Además, buena parte de las herramientas que se presentan pueden también ser utilizadas por los clientes. Por ello, una de las tareas que mayor rentabilidad ofrece al profesional (¿o es que no le conviene que «sus» clientes sepan cómo controlarse?) es la de entrenar-capacitar a los clientes en:

1. La identificación de sus propias «escenas temidas».
2. La detección de las alteraciones emocionales a ellas asociadas.
3. La prevención y el manejo de dichas alteraciones emocionales (mediante las habilidades que se presentan en el capítulo 3 Habilidades emocionales).

CAPÍTULO 3

HABILIDADES EMOCIONALES

¿ESTRÉS? ¿QUÉ ESTRÉS?

Sintéticamente podría decirse que una situación, un acontecimiento, o un hecho produce estrés, cuando se cumplen las siguientes dos condiciones:

- a. Se percibe dicha situación, acontecimiento o hecho como una amenaza (sea la visita domiciliaria a un paciente en fase terminal, sea la presentación de una ponencia en un congreso, o sea la reunión con el jefe dentro de media hora para evaluar objetivos).
- b. La persona se siente con recursos insuficientes para afrontarla (recursos de todo tipo: técnicos, instrumentales, personales, sociales, legales, metodológicos, etc.).

Cuando se presentan ambas condiciones puede decirse que aparece el estrés, y que esa situación puede desbordar, bloquear, y/o provocar la «pérdida de papeles».

En este sentido, las habilidades emocionales que van a desarrollarse a fondo a lo largo del presente capítulo intentan incidir en ambas condiciones; ayudando, por una parte, al profesional de la salud, a percibir las situaciones de la forma más objetiva, realista y justa posible; e intentando, por otra parte, dotarle de un buen número de instrumentos, técnicas y habilidades (recursos en fin) para que pueda afrontar con éxito y sin demasiados costes (físicos, emocionales, y sociales) dichas situaciones.

LOS TRES NIVELES DE LA RESPUESTA HUMANA: COGNITIVO, FISIOLÓGICO Y MOTOR

Una forma práctica y eficiente de comprender el funcionamiento de los 3 niveles de la respuesta humana es mediante ejercicios sencillos como el que se presenta a continuación.

El siguiente ejercicio, «contar algo íntimo al grupo», consiste en pedir a los componentes de un grupo que se pongan cómodos y que a medida que lo logren vayan cerrando los ojos. A continuación, cuando están todos con los ojos cerrados, se les dice que se va a proceder a tocar a uno de ellos en el hombro y que esa persona se sentará en una silla frente al grupo y contará en público algo de su vida íntima. Dicho esto, el conductor del grupo da un par de paseos entre los asistentes, intentando hacer el suficiente ruido con los pies, con las sillas, etc., como para que los participantes le puedan ir localizando. Al cabo de unos minutos se les informa de que se trata de un juego y que nadie va a tener que contar nada ante lo cual, por cierto, dan muestras de gran alivio.

A continuación se formulan tres preguntas a cada uno de los componentes del grupo:

1. «¿Qué has pensado?» Nivel *cognitivo* de la respuesta.
2. «¿Qué has sentido?» Nivel *fisiológico* de la respuesta.
3. «¿Qué has hecho?» Nivel *motor* de la respuesta.

La primera pregunta suele provocar respuestas del tipo:

«Espero que a mí no me toque.»

«Si me toca, ¿qué puedo contar que no me comprometa?»

«¿A qué vendrá ahora esto?»

«Esto no puede ir en serio, será una broma.»

La segunda pregunta suele provocar respuestas del tipo:

«Siento que el corazón me late más rápido.»

- Aumento del ritmo cardíaco

«Respiro más rápido.»

- Aumento del ritmo respiratorio

«Tengo las manos sudadas.»

- Aumento de la sudoración

«He sentido un nudo en el estómago.»

- Aumento de la tensión general

La tercera pregunta suele provocar respuestas del tipo:

«Intentar relajarme.»

«Respirar profundamente.»

«Abrir los ojos.»

«Cambiar de postura para ser menos visible.»

«Mantenerme totalmente inmóvil para pasar inadvertido.»

Ocurre a veces que alguno de los miembros del grupo conoce ya el juego y sabe que nadie tendrá que contar algo íntimo. Lógicamente sus respuestas son bastante distintas:

«He pensado: ya conozco este juego, nadie va a salir.»

«No he sentido nada especial. En todo caso, tranquilidad.»

«No he hecho nada especial, me he puesto cómodo.»

Finalmente se formula una cuarta pregunta a los miembros del grupo:

«¿Pensáis, después de haber hecho/vivido este ejercicio, que hay relación entre los tres niveles citados?».

La respuesta es siempre unánime: «Sí, desde luego.»

En este sentido es muy clarificadora la aportación de las personas que ya conocían el juego cuando explican la nula alteración producida en sus niveles fisiológico y motor, al haber pensado: «nadie va a salir, puedo estar tranquilo».

Uno de los objetivos del juego es precisamente provocar la vivencia de la *interrelación* entre los tres niveles de la respuesta humana: cognitivo, fisiológico y motor. Es fundamental tener claro que los tres se afectan cuando se incide en uno de ellos, para diseñar intervenciones para prevenir o disminuir las alteraciones que se puedan producir en cada nivel.

El otro objetivo del juego es poner de manifiesto la normalidad de ciertas alteraciones emocionales que puedan aparecer tanto en los profesionales como en los usuarios. Si frente a un estímulo tan «suave» como el utilizado en el juego se producen las alteraciones citadas (revisese especialmente el nivel fisiológico), cabe concluir que ante estímulos tan «fuertes» como «ser VIH positivo» (usuario) o «tener que comunicar un VIH positivo» (profesional) es muy comprensible que aparezcan las alteraciones emocionales mencionadas en el capítulo anterior. Esta normalización es importante para interpretar correctamente su aparición. Es decir, por seguir con el ejemplo del VIH/sida, un profesional sanitario no es un «mal profesional» por «ponerse nervioso» cuando tiene que comunicar un VIH positivo; ni un usuario es un «hipocondríaco» cuando pregunta insistentemente por su salud después de enterarse de que es VIH positivo.

Comprender e interpretar correctamente como algo normal la aparición de estas alteraciones emocionales es el primer paso para poder prevenirlas, disminuirlas o ambas cosas a la vez.

A continuación se presenta el resto de pasos de las intervenciones; es decir qué hacer y cómo hacerlo.

INTERVENCIÓN EN LOS TRES NIVELES DE LA RESPUESTA HUMANA

El ejercicio anterior pone de manifiesto que el ser humano tiene 3 canales de respuesta que funcionan de manera interactiva: el nivel cognitivo («lo que me digo a mí mismo»), el nivel fisiológico («lo que siento») y el nivel motor («lo que hago»).

En cualquier alteración emocional estos tres niveles suelen sufrir cambios, aunque la intensidad de ese cambio varía de un nivel a otro dependiendo de la situación que provoca la alteración y de las características psicológicas propias de cada persona.

Cuando se habla de autocontrol se está hablando de las habilidades necesarias para prevenir o disminuir la alteración de cada uno de estos niveles. Por ello, a continuación se presenta un breve resumen de lo que ocurre en cada nivel y de cómo se puede intervenir en cada caso.

Nivel cognitivo

La forma en que se interpreta una situación, lo que uno mismo se dice respecto a ella, es uno de los puntos clave que determina si una persona va a enfrentarse eficazmente a esta situación o si se va a sentir desbordada e incapaz de hacerlo. Esta suele ser una de las fuentes principales de alteraciones emocionales.

En este sentido existe una serie de pensamientos que podrían denominarse «im-productivos»:

- a. Se centran en los aspectos más negativos de las situaciones magnificándolos y olvidando los positivos.
- b. Se centran en lo peor que pueda ocurrir, aunque las probabilidades de que ocurra lo peor realmente son inciertas y, a menudo, remotísimas.
- c. Se magnifica la propia responsabilidad en las cosas que «salen mal» y se incita al autocastigo.

En resumen, son pensamientos que, en lugar de interpretar objetivamente la realidad y buscar soluciones a los problemas, se empeñan en negativizar esa realidad, consiguiendo a veces bloquear cualquier intento de solución. Por eso, cuando uno se siente incapaz de enfrentarse a una situación y empieza a entrar en el juego de los pensamientos improductivos, suele ser útil decirse: «¿para qué me sirve pensar esto?, si lo único que consigo es sentirme peor, va a ser más saludable y gratificante dirigir mi pensamiento a interpretar la situación de forma más objetiva y buscar soluciones realistas».

ERRORES COGNITIVOS

Para facilitar una intervención realista en este nivel cognitivo, podría hablarse de que los pensamientos que se han denominado «improductivos» provienen de una serie de «errores cognitivos» de los que se van a comentar aquellos que con mayor frecuencia aparecen en la relación profesional-usuario, indicándose también la forma de evitar su ocurrencia, mitigar sus efectos o conseguir ambas cosas a la vez.

ABSTRACCIÓN SELECTIVA O FILTRO MENTAL

Consiste en percibir sólo lo negativo (los problemas, las dificultades, las limitaciones) de una situación, enfocando sobre ello toda nuestra atención, prescindiendo del resto del conjunto; esto es, no percibir y valorar lo positivo (aquellas áreas en las que no se tienen problemas o limitaciones y disfrutar de ellas).

Un tipo especial de filtraje, muy típico en personas propensas a sentir depresión, es la «descalificación de lo positivo», consistente en negarse a valorar o en quitar importancia a cualquier aspecto positivo de la propia conducta.

Percibir sólo lo positivo, también sería una distorsión, pero en nuestra cultura (de honda tradición judeo-cristiana), es más frecuente que el filtro mental no permita valorar lo positivo. A esta distorsión también se la conoce como «abstracción selectiva».

Las consecuencias principales del filtro mental son:

- Aumentar la negatividad de la situación y por lo tanto las emociones de malestar ante ella.
- Disminuir la percepción de control sobre la situación.
- Disminuir la autoestima, si el filtro mental se aplica a la propia actuación.
- Favorecer estilos de comunicación centrados en la crítica hacia los alumnos, lo cual disminuye la credibilidad y la capacidad de persuasión de los formadores¹.

Ejemplos

- Pensamientos **CON** filtro mental: «No conseguí salir airosa del examen, sólo obtuve un notable».
- Pensamientos **SIN** filtro mental: «He obtenido un notable, que la verdad está bastante bien».

ETIQUETACIÓN

Esta distorsión consiste en convertir nuestro propio comportamiento o el de los demás en un rasgo de personalidad y juzgarlo negativamente, cogiendo la parte por el todo (sobregeneralización).

En nuestra cultura es relativamente frecuente atribuir los comportamientos de las personas, especialmente si se juzgan como negativas, a rasgos de personalidad («es así»), en vez de atribuirlos a una constelación de factores complejos como las creencias, los deseos, elementos del contexto y de la situación, las emociones, o el propio comportamiento de la persona que se está etiquetando.

El hecho de catalogar rígida y estáticamente a la gente nos ahorra el esfuerzo de estar continuamente atentos a sus conductas y nos dispensa del trabajo de intentar cambiar («yo soy así»).

Hay que tener en cuenta que, en este tipo de distorsión, nos estamos refiriendo a las etiquetas explicativas (aquellas que pretenden dar respuesta a la pregunta clave ¿por qué hace tal conducta?), no a las etiquetas descriptivas (aquellas que con el fin de «ahorrar saliva» y «agilizarnos la vida» se usan en lugar de describir con pelos y señales la conducta de la que se trate).

Ejemplos

- «Juan ha pedido la palabra 5 veces.» > Comportamiento
- «Juan, el pesado.» > Etiqueta descriptiva
- «¿Por qué pide la palabra tantas veces?», «porque es un pesado.» > Etiqueta explicativa

Las consecuencias principales del etiquetaje negativo son:

- Generar rechazo hacia la persona etiquetada.
- Alimentar el filtro mental, llevando a la persona que ha utilizado el etiquetaje a fijarse sólo en aquellos comportamientos de la persona etiquetada que confirman dicha etiqueta.
- Dificultar la comprensión del comportamiento o comportamientos que han originado la etiqueta. Las etiquetas no explican los comportamientos; sólo sobre-generalizan lo que hace la persona.

Ejemplos

- Pensamientos **CON** etiquetaje: «No quiere estudiar. Es un vago».
- Pensamientos **SIN** etiquetaje: «Dice que le cuesta estudiar. Voy a investigar por qué».

SOBREGENERALIZACIÓN

El uso de palabras como los «siempre-todo-nunca-nada-jamás-imposible» consiste en extraer una conclusión general de un simple incidente: algo negativo ocurrido en una ocasión esperamos que vuelva a suceder una y otra vez. Junto a las etiquetas, representan también pensamientos sobregeneralizados.

Los pensamientos de este tipo de distorsiones «casi nunca» se ajustan a la realidad, sin embargo hacen sentir a la persona como si la realidad fuera así. Si ha suspendido un examen de una asignatura determinada, ya piensa que suspenderá en el futuro todos los exámenes de esa asignatura.

Podemos descubrir estos pensamientos cuando observamos palabras como: «nadie», «nunca», «jamás», «imposible», «todos», «ninguno»...

Las consecuencias principales de los «siempre-todo-nunca-nada-jamás-imposible» son:

- Aumentar la negatividad de la situación y por lo tanto las emociones de malestar ante ella.
- Disminuir la sensación de poder afrontar y controlar esas situaciones.

Ejemplos

- Pensamientos **CON** sobregeneralización: «No sirvo para nada...todo me sale mal».
- Pensamientos **SIN** sobregeneralización: «A veces me equivoco, aunque normalmente hago bien mi trabajo y día a día veo sus frutos».

ADJETIVOS DESMEDIDOS

Dramatizar las situaciones utilizando adjetivos desmesurados como «horroroso», «terrible» o «insoportable».

Las consecuencias principales de los adjetivos desmedidos son:

- Dramatizar la gravedad de la situación.
- Producir sentimientos de incapacidad para poder afrontar la situación.

Ejemplos

- Pensamientos **CON** adjetivos desmedidos: «Esto es insoportable; ¿cómo se atreve a mentir de una forma tan descarada?».
- Pensamientos **SIN** adjetivos desmedidos: «No me gusta que me mientan, me parece un tanto violento y me siento ofendida».

PENSAMIENTOS ANTICIPATORIOS IMPRODUCTIVOS

Esta distorsión consiste en prever de antemano, que van a ocurrir eventos o situaciones negativas, sin pensar en cómo se podrían prevenir o cómo se podrían paliar sus consecuencias si llegaran a ocurrir.

La doctrina que en nuestra cultura se ha inculcado, en el sentido de «esta vida es un valle de lágrimas», así como la acción continua de los medios de comunicación, con su persistente focalización en los aspectos más negativos de la vida diaria, pueden inducir a las personas a esperar siempre lo peor. En vez de tratar de evaluar las probabilidades de que suceda una u otra cosa, algunas personas se inclinan a priori por la peor (que el hijo tenga un accidente mortal cuando sale con los amigos, que todos los alumnos suspendan un examen difícil).

Se suele manifestar con expresiones como «seguro que...» o «y si...».

Los efectos principales de los pensamientos anticipatorios improductivos son:

- Aumentar las sensaciones de temor y ansiedad, y en general de vulnerabilidad.
- Bloquear la capacidad para buscar soluciones.

Ejemplos

- Pensamientos anticipatorios **IMPRODUCTIVOS**: «Seguro que no cumple lo que hemos pactado; otras veces no lo ha hecho».
- Pensamientos anticipatorios **PRODUCTIVOS**: «Otras veces no ha cumplido con lo que habíamos acordado. Voy esperar a ver qué pasa esta vez. Y si realmente ocurre lo que temo que ocurra, indagaré con mayor profundidad qué dificultades tiene y trataré de pactar objetivos más realistas, aunque no sean los ideales».

LECTURA MENTAL

Esta distorsión se presenta cuando se tiene la certeza de que se sabe lo que otras personas están pensando, sintiendo, deseando exactamente, sin tener pruebas de ello; creer conocer sus motivos e intenciones ocultas o profetizar sobre las reacciones que tendrán en un momento dado, sin tener pruebas objetivas para ello.

El riesgo de utilizar lecturas mentales es:

Actuar sobre la base de un diagnóstico que no es cierto. Si se intuyen determinados pensamientos en otra persona y son relevantes porque van a condicionar las decisiones que se tomen, es fundamental tratar de averiguar si la intuición es cierta o no lo es. Las intuiciones se han de utilizar como hipótesis de trabajo que hay que confirmar.

Normalmente detrás de este tipo de pensamiento suele haber una creencia errónea: imaginar que la gente siente y reacciona de igual forma que uno mismo.

Ejemplos

- Pensamientos **CON** lectura mental: «Me está mintiendo. Lo que le pasa es que no quiere asumir que no tiene ganas de estudiar».
- Pensamientos **SIN** lectura mental: «Creo que está mintiendo, o tal vez, lo que le ocurre es que tiene miedo a que me enfade. Voy a tratar de averiguar lo que le pasa».

FALACIA DE CONTROL POR EXCESO

Consiste en pensar que se tiene todo el control, y por lo tanto toda la responsabilidad sobre determinados sucesos, por ejemplo, que somos los responsables de la felicidad o del sufrimiento de los demás, cuando no es así.

Las consecuencias negativas principales de las falacias de control por exceso son:

- Generar sentimientos de culpabilidad.
- Dificultar la delegación de responsabilidades.

Ejemplos

- Pensamientos **CON** falacia de control por exceso: «No consigo que mis alumnos aprendan».
- Pensamientos **SIN** falacia de control por exceso: «Mis alumnos van con un poco de retraso sobre el programa. Yo me siento en parte responsable, pero

la verdad es que he hecho todo lo posible para que esto no ocurriera; no sólo depende de mí, también depende de que ellos estudien y se impliquen, y de las características del propio grupo».

FALACIA DE CONTROL POR DEFECTO

En este caso, la distorsión consiste en pensar que no se tiene ninguna responsabilidad, y por lo tanto, ningún control sobre determinados sucesos, cuando no es así.

Hay personas que pueden sentir que su vida está dirigida por factores externos y piensen que son las otras personas, los astros u otras fuerzas ocultas, el alcohol o el tabaco, los que condicionan sus vidas.

Esta distorsión cognitiva puede tener como consecuencia:

- Paralizar actuaciones dirigidas a modificar la situación.
- Generar intensos sentimientos de impotencia. Un ejemplo bastante frecuente en los formadores es pensar que la nota dependerá sobre todo de que el alumno estudie y no de su propio esfuerzo didáctico.

Ejemplo

- Pensamientos **CON** falacia de control por defecto: «Yo ya le he dicho lo que tiene que hacer; si no me hace caso, ya es su problema».
- Pensamientos **SIN** falacia de control por defecto: «Además de informar yo puedo hacer otras cosas para ayudar a mis alumnos a realizar el trabajo; tratar de averiguar qué dificultades tienen, empatizar con esas dificultades para mejorar la relación docente, ayudarles a planificar el tiempo de estudio, motivarles para que asuman determinados compromisos...».

ENUNCIACIÓN «DEBERÍA»

Consiste en convertir los deseos en principios u obligaciones morales, en base a nuestro particular código de justicia que tenemos que cumplir. Cuando hablamos de deseos, la forma más adecuada de expresarlos es a través de verbos del tipo: «me gustaría», «quisiera»...

Las consecuencias de tratar de motivarnos en base a obligaciones son:

- Obstaculizar la puesta en marcha de actuaciones concretas.
- Generar culpabilidad cuando no cumplimos «los deberes» autoimpuestos.

Ejemplos

- Pensamientos **CON** enunciación debería: «Debería ser capaz de motivar a mis alumnos».
- Pensamientos **SIN** enunciación debería: «Me gustaría motivar más a mis alumnos».

Vistas las distorsiones más frecuentes que las personas suelen tener en su modo habitual de pensamiento, y en particular las que tienen los formadores, vamos a desarrollar a continuación algunas estrategias para poder hacer frente a dichas distorsiones de forma más eficaz e inteligente.

REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA («VOLVER A PENSAR»)

SUGERENCIAS

Además de los «¿cómo afrontarlo?» que se han sugerido, se ofrece a continuación una serie de sugerencias sistematizadas que facilitan la tarea de reestructurar los errores cognitivos mencionados, tanto los propios como los detectados en los clientes (externos o internos). El término «reestructurar» hace referencia al cambio de pensamiento que tiene lugar cuando se corrigen/neutralizan los errores cognitivos identificados, y que de forma algo más coloquial, y esperamos que más didáctica, llamamos también «volver a pensar».

1. Empezando la reestructuración

Dado que lo primero que suelen percibir las personas son sus sentimientos y emociones, la reestructuración cognitiva parte de estos sentimientos y los traduce a los pensamientos que han provocado dichos sentimientos y emociones; porque sobre los pensamientos sí se puede intervenir directamente.

a. Preguntar

- ¿Cómo se siente?

b. Empatizar con los sentimientos expresados

- No ir contra sus sentimientos.
- Expresar comprensión ante sus sentimientos.
 - «Comprendo que esta noticia te haga sentir...»
 - «Entiendo que, a veces, es difícil...»

- Señalar normalidad de sus sentimientos.
 - «Muchas personas en tu caso sienten que...»
 - «Es lógico pensar ahora...»
- c. Preguntar, para transformar los sentimientos en pensamientos.
 - ¿Qué piensa?
 - «Cuando dices que te sientes fatal, ¿qué es lo que pasa por tu cabeza?»

2. Durante la reestructuración

SUGERENCIAS

- a. Empezar por el pensamiento más fácil de reestructurar, para que el éxito motive al usuario y al propio profesional y aumenten, por tanto, las posibilidades de reestructurar los más difíciles ¹.
- b. Demostrar la correlación entre pensamiento y sentimiento, con ejemplos del propio caso del cliente.
 - «¿Te sentías igual el primer día que llegaste al hospital cuando pensabas que aquello era insoportable, que cuando al cabo de dos semanas empezaste a pensar que el tiempo que tenías que estar allí podrías aprovecharlo para...?»
- c. Preguntar al usuario sobre:
 - La utilidad de ciertos pensamientos.
 - «¿Para qué le sirve pensar eso?»
 - La objetividad de ciertos pensamientos (errores cognitivos detectados).
 - «¿Cuántas veces en los últimos años le ha ocurrido eso?»
 - Posibles pensamientos alternativos.
 - «¿Qué otras cosas cree que podría pensar ante el hecho de... ?»
- d. Inducir algunas respuestas, utilizando preguntas dicotómicas.
 - «¿Crees que este pensamiento te lleva a sentirte mejor... o peor?»

¹ El propio profesional decide en función de sus conocimientos, habilidades y estrategias cuál es, para él, en cada caso el pensamiento más fácil de reestructurar.

- «¿Quieres sentirte deprimido... o no?»
 - «¿Te gustaría infectar a tu pareja... o no?»
- e. «Sacarse pacientes de la manga» para:
- Abordar miedos detectados difíciles de expresar
«Hay personas que cuando se encuentran en situaciones como ésta sienten que...»².
 - Hacer sugerencias
«A alguno de mis pacientes les ha ido muy bien escribir en un papel todas las cosas que...»

3. Acabando la reestructuración

- a. ¿Cuándo parar?
- Cuando el profesional esté ya cansado («harto»).
 - Cuando no se consiga reestructurar
- b. ¿Cómo acabar?
- Retomando algo positivo ya conseguido, ya reestructurado, reforzándolo.
 - Sugiriendo entrenamiento «en casa», reestructurando cada día una o dos situaciones «tontas» (por ejemplo: pérdida de bolígrafo, cafetera estropeada, etc.).

Los apéndices II, III, IV, V, VI, VII y VIII muestran esquemas clave y ejercicios en relación a la reestructuración cognitiva; que ayudarán al profesional de la salud a «volver a pensar».

Nivel fisiológico

Cuando una persona interpreta una situación como amenazadora, estresante o desagradable, automáticamente su organismo se prepara para enfrentarse o para huir de esa situación, activándose entonces el sistema nervioso vegetativo. En principio, este es un mecanismo ventajoso que posibilita, cuando presenta niveles moderados, la reacción ante cualquier situación nueva.

² El objetivo del profesional no es lograr que el paciente «confiese» sus miedos, sino facilitarle su abordaje.

Pero si este mecanismo se mantiene excesivamente en el tiempo o se activa a niveles muy altos, provoca:

- a. Una disminución de la capacidad para enfrentarse eficazmente a la situación.
- b. Un aumento de la sensación de malestar.
- c. Una desorganización en los niveles cognitivo y motor.

Controlar el sistema vegetativo de forma directa es difícil pero indirectamente puede hacerse a través de la práctica de la respiración profunda (ver apéndice IX), de la relajación progresiva (ver apéndice X) y de la distensión continua (ver apéndice XI) ³.

Nivel motor

Ante una situación difícil es probable que no se sepa cómo actuar por inhibición o por bloqueo, o que se actúe de forma descontrolada o desorganizada.

Una de las formas más eficaces para evitar ambas reacciones consiste en plantearse la situación siguiendo los seis pasos del sencillo «Esquema de afrontamiento de situaciones» que se muestra a continuación:

ESQUEMA DE AFRONTAMIENTO ESTRATÉGICO DE SITUACIONES

Fases clave:

1. Describir la situación (análisis de escenario)
2. Escribir listado de alternativas
3. Valorar cada alternativa
4. Tomar la decisión
5. Actuar
6. Evaluar la actuación

³ Sería interesante, para incidir también en este nivel fisiológico, recuperar una tradición, desgraciadamente en vías de extinción, como es la de suspirar profundamente. Tradición que, por cierto, aún se conserva según acabo de comprobar en algunos pueblos de las Alpujarras granadinas.

Descripción de cada fase:

1. Describir la situación (análisis de escenario)

a. Análisis del entorno

- El entorno presenta problemas⁴ y oportunidades.
- Los problemas se muestran por impacto directo («se te echan al cuello»).
- Las oportunidades no se muestran, deben identificarse. Y suelen ir acompañando a los problemas («detrás del muro suele estar el jardín»).

Preguntas clave:

- «¿Cuáles son realmente los *problemas*?» («el muro»)
- «¿Cuáles son las *oportunidades* del entorno?» («los jardines»)

Por ejemplo: un grupo de usuarios que esté preocupado y quejoso ante una situación concreta –meningitis en la zona, jeringuillas abandonadas, etc.– constituye un grupo motivado por el tema y, por lo tanto, posible partícipe y aliado en actuaciones dirigidas a incidir en esa situación.

b. Análisis de la persona y/o del equipo

- El profesional y/o el equipo tiene puntos fuertes (conocimientos, habilidades, cualidades...) y puntos débiles (déficit formativos, habilidades no desarrolladas...).

Preguntas clave:

- «¿Cuáles son mis/nuestros puntos fuertes?»
- «¿Cuáles son mis/nuestros puntos débiles?»

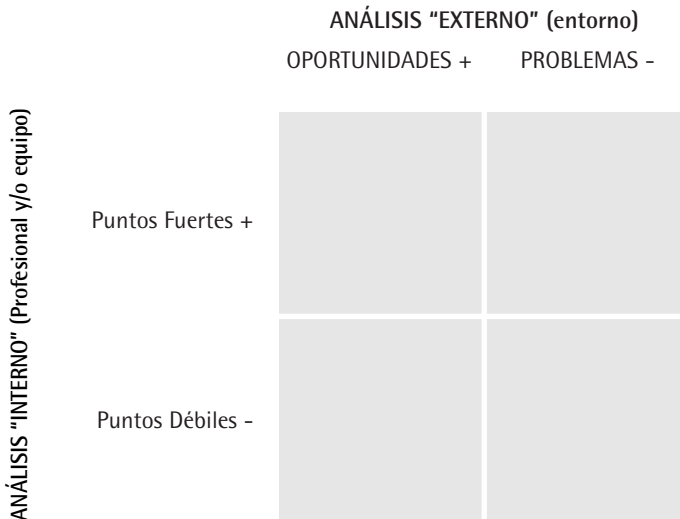
A veces, cuando la situación es emocionalmente intensa cuesta mucho limitarse a describirla objetivamente y suelen aparecer interpretaciones subjetivas que dificultan una resolución eficaz.

⁴ Cada vez me gusta más (y me es más útil en mi día a día profesional) la traducción que J. Torres hace de la palabra problema: «algo a hacer» (simplemente, ni más... ni menos). Realmente, está muy en la línea de la reestructuración cognitiva que se ha presentado anteriormente.

Una adecuada reestructuración cognitiva previa facilitará enormemente el logro de una descripción objetiva.

Conceptos clave en este paso: actitud muy abierta, preguntar, escuchar, basarse en hechos constatados.

Para facilitar la realización práctica de esta descripción se presenta la siguiente figura:



Fuente: J.Torres

2. Escribir un listado de alternativas ⁵

Alternativas que den respuesta a la pregunta clave:

«¿Qué puedo hacer yo y/o el equipo ante esa situación?»

- Cuantas más mejor (de la cantidad saldrá luego la calidad).
- Todas valen (en este paso, no deben ser juzgadas).

Ocurre con frecuencia que no se invierte el tiempo necesario en este paso y se olvida que esta fase creativa es fundamental para el afrontamiento eficaz de la situación.

⁵ Alternativa: aplicación de los puntos fuertes y de los puntos débiles sobre sí mismo o sobre el entorno.

Es clave darse permiso para sentirse libre y para no ir criticando, juzgando, boicoteando cada una de las alternativas que se van proponiendo. Todas tienen sus pros y sus contras; pero eso no se analiza en este paso, sino en el siguiente. Aquí *todo vale, no se juzga*.

Las alternativas pueden incluir, desde luego, propuestas de formación tendientes a transformar un punto débil del profesional en un punto fuerte o, incluso, propuestas de cambio de entorno (por ejemplo: cambiar de profesión, de centro de trabajo, de departamento, de servicio, de ciudad, etc.).

Conceptos clave en este paso: flexibilidad, creatividad, no juzgar.

3. Valorar cada alternativa

- Consecuencias positivas y negativas
- Peso específico de cada consecuencia

Cada persona/equipo tiene sus métodos de valoración: puntuaciones, asteriscos (*), puntos positivos (+), puntos negativos (-), etc.

Esta es la fase de *crítica* donde se analizan, juzgan y valoran a fondo cada una de las alternativas propuestas en el paso anterior.

Se proponen aquí dos criterios de valoración, acordes con los principios básicos del *counseling*:

a. Criterio de coherencia

«Lo que voy a decidir y hacer tendrá que ver con lo que pienso, con lo que creo, con lo que me hace levantar de la cama cada mañana.»

A continuación se citan, a modo de ejemplo, una serie de posibles criterios de coherencia:

- «El que no llora, no mama.»
- «El que no corre, vuela.»
- «En la vida hay ganadores y perdedores.»
- «Sálvese quien pueda.»

- «Quien pega primero pega dos veces.»
- «Todo el mundo va a la suya.»
- «Creo en la amistad.»
- «La salud es un estado placentero de la persona en lo físico (me encuentro bien), lo psíquico (me siento bien) y lo social (me relaciono bien).»
- «La salud es un derecho de la persona, no una obligación.»
- «La salud es un derecho a ejercer.»
- «Una decisión debo compartirla con aquel al que también le afecta.»
- «Creo en la persona.»
- «Cada persona es un ser único y no sustituible.»
- «No quiero para otros, lo que no quiero para mí.»
- «Quien siembra vientos, recoge tempestades.»

b. Criterio de inteligencia

- Analizando los beneficios en términos de salud y de convivencia.
- Trabajando desde el área inteligente, donde coinciden los beneficios para el profesional con los beneficios para «los otros» (usuario y/o familiares, compañeros de trabajo, etc.). Todos ganan. Esta es la estrategia más adecuada para que los cambios que se consigan sean duraderos.

Conviene evitar estrategias del tipo:

- Malévolo: El profesional gana —consigue alguno de sus objetivos— y «el otro» pierde —no consigue prácticamente ninguno de los suyos—.

Con esta estrategia los cambios (por decreto ley), en caso de producirse —por temor, dependencia, autoridad, etc.—, no suelen ser duraderos. Hecha la ley, hecha la trampa.

- Incauto: El profesional pierde —no consigue prácticamente ninguno de sus objetivos— y «el otro» gana —él sí consigue alguno de los suyos—.

Obviamente, con esta estrategia no se producen los cambios deseados.

- Estúpido: Tanto el profesional como «el otro» pierden —ninguno de los dos consigue objetivo alguno—.

La peor estrategia posible. Ningún cambio. Todos pierden.

Conceptos clave en este paso: coherencia con uno mismo y con los demás, beneficios para uno mismo y para los demás.

Para facilitar la aplicación práctica del criterio de inteligencia se presenta la siguiente figura:



Fuente: C. Cipolla > Adaptación: J. Torres

Una de las consecuencias más importantes de la aplicación de este esquema es que se hace imprescindible conocer, además de los propios, los objetivos «del otro».

4. Tomar decisión: elegir la mejor alternativa

- a. Asumiendo riesgos (pocas veces hay soluciones perfectas).
- b. Maximizando consecuencias positivas.
- c. Minimizando consecuencias negativas.

El riesgo al no encontrar la «solución perfecta» es volver a los anteriores pasos del esquema y entrar en un «círculo vicioso» que dificulte el paso a la acción.

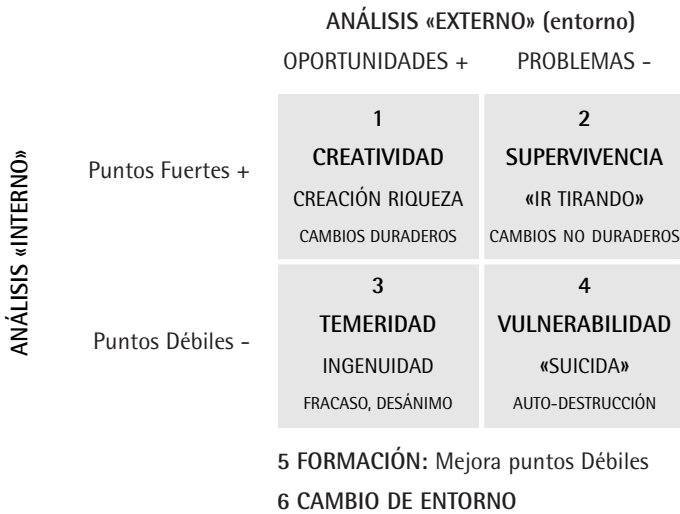
Pueden elegirse distintos tipos de alternativas:

- Creativas, de cambio: aquellas alternativas que aplican los puntos fuertes del profesional en las oportunidades del entorno. Son alternativas capaces de «crear» y de provocar cambios duraderos.
- De supervivencia: aquellas alternativas que aplican los puntos fuertes del profesional en los problemas del entorno. Son alternativas que permiten resolver problemas pero no provocan cambios duraderos (permiten «ir tirando»).
- De temeridad, ingenuidad (voluntarismo, «boy-scoutismo»): aquellas alternativas que aplican los puntos débiles del profesional en las oportunidades del entorno. Son alternativas que suelen llevar al fracaso o al desánimo.
- De vulnerabilidad, suicidas: aquellas alternativas que aplican los puntos débiles del profesional en los problemas del entorno. Son alternativas peligrosas que suelen llevar a la autodestrucción, al «quemé» rápido (*burn-out*).
- De formación: aquellas alternativas destinadas a mejorar alguno de los puntos débiles identificados.
- De cambio de entorno: aquellas alternativas destinadas a cambiar de entorno (de lugar de trabajo, de equipo, de ciudad, etc.). Son alternativas que en sus opciones más radicales pueden ser poco realistas, pero que en opciones intermedias lo pueden ser mucho más (probablemente es menos difícil conseguir cambiar de departamento, de servicio, que de ciudad o de profesión).

En general, la alternativa final contiene, además de formación, diferentes fases de creatividad y de supervivencia, con algunas dosis de ingenuidad y de vulnerabilidad.

Conceptos clave en este paso: claridad, concreción (la flexibilidad en este paso sería un error, una indecisión).

A fin de clarificar al máximo este apartado se presenta la siguiente figura:



Fuente: J.Torres

5. Actuar

- a. Es muy importante que se asuma que la alternativa elegida es la mejor, no la perfecta (que casi nunca existe). De manera que luego puedan interpretarse correctamente las consecuencias negativas que pueda tener al ponerla en práctica.
- b. Conceptos clave en este paso: eficacia.

6. Evaluar la actuación

- a. Si la situación ha sido resuelta: reforzar y autorreforzar
- b. Si la situación no ha sido resuelta:
 - Averiguar qué ha ocurrido ⁶.
 - Volver al paso 1º e iniciar el proceso, incorporando la nueva información.
- c. Conceptos clave en este paso: objetividad.

⁶ A veces resulta muy útil, cuando algo ha salido mal, darse permiso para quejarse mucho (palabrotas incluidas) durante dos minutos («sólo 2 minutos, pero a tope») e inmediatamente, ya mucho más tranquilo, iniciar el proceso para resolver la situación.

Con el fin de ilustrar las intervenciones que pueden realizarse sobre cada uno de los tres niveles citados en este capítulo (cognitivo, fisiológico y motor), a continuación se plantea –a modo de ejemplo– su aplicación en el caso del VIH/sida. Se presentan tanto intervenciones sobre las alteraciones emocionales detectadas en los usuarios como intervenciones sobre las propias alteraciones emocionales que aparecen en los profesionales.

Intervención sobre las alteraciones emocionales de los usuarios.

Habilidades emocionales interpersonales

NIVEL COGNITIVO (AYUDANDO AL USUARIO A QUE «VUELVA A PENSAR»)

1. Facilitar información relevante, concreta y clara sobre la enfermedad, los cuidados a seguir, etc. (por ejemplo: «qué significa ser portador sano», «qué son los cofactores»).
2. Modificar los pensamientos inadecuados, provocando la reflexión sobre la irrealidad de ciertos pensamientos (ideas de culpa, identificación de supuestos síntomas, etc.).
3. Subrayar la improductividad de determinados pensamientos («cómo descubrir quién le transmitió el virus»).
4. Detectar conjuntamente las situaciones concretas que provocan mayores alteraciones emocionales (por ejemplo: ir a la consulta, que lo vean sus amigos, ir a comer a casa de sus padres...) a fin de prevenirlas o disminuirlas mediante técnicas de autocontrol.
5. Anticipar posibles situaciones o la aparición de determinados problemas a fin de que cuando ocurran se interpreten correctamente. Por ejemplo: sintomatología inespecífica –insomnio, diarrea– que puede aparecer en el período de espera de los resultados de la prueba y que puede interpretarse erróneamente –«seguro que tengo el sida»– si no se ha anticipado antes la posibilidad de que la ansiedad propia de la situación tenga como efecto la sintomatología citada.

6. Trabajar con el paciente utilizando ejemplos y metáforas adecuadas; el concepto de «controlabilidad»: él tiene control sobre su proceso y según lo que él haga y cómo lo haga el proceso puede mejorar o empeorar.
7. Mejorar su autoestima planificando objetivos conseguibles, reforzando posteriormente sus logros y subrayando las capacidades demostradas (ver Técnicas de refuerzo).
8. Entrenar el uso de autoinstrucciones positivas («si me cuido podré mantener mi salud en un buen nivel», «si me planifico bien puedo conseguir...»), evitando, de todos modos, el riesgo de «autoobservación excesiva» que puede producirse en los usuarios. Por ejemplo: palparse continuamente los ganglios en búsqueda de alteraciones.

En el apéndice III se presenta el esquema básico para la reestructuración cognitiva a fin de que el profesional sanitario ayude al usuario a «volver a pensar». Además, en el apéndice VII se ofrece un ejemplo práctico de este tipo de habilidades (interpersonales).

NIVEL FISIOLÓGICO

1. Entrenamiento en ejercicios de respiración (ver apéndice IX Respiración profunda).
2. Entrenamiento en técnicas de relajación (ver apéndice X Relajación progresiva).
3. Entrenamiento en ejercicios de distensión (ver apéndice XI Distensión continua).

NIVEL MOTOR

1. Potenciar la realización de actividades gratificantes (lúdicas, sociales, sexuales, etc.).
2. Reforzar los hábitos saludables que ya practica.
3. Motivar cambios de hábitos. Por ejemplo: control en el consumo de sustancias tóxicas, alimentación equilibrada, sexo más seguro, ejercicio físico, etc. (ver capítulo 5 Habilidades de motivación para el cambio).

4. Entrenar habilidades sociales concretas tales como negociar prácticas sexuales más seguras, negarse a compartir jeringuillas, comunicar al entorno el resultado de la serología, etc.
5. Facilitar su contacto con recursos disponibles en el entorno que puedan ayudarle a solucionar alguno de los problemas detectados (trabajador social, casa de acogida, grupos de ayuda mutua, etc.).

Intervención sobre las propias alteraciones emocionales de los profesionales.

Habilidades emocionales intrapersonales

NIVEL COGNITIVO (APRENDIENDO A «VOLVER A PENSAR»)

1. Modificar pensamientos inadecuados mediante información objetiva y científica; por ejemplo: temor al contagio.
2. Darse instrucciones positivas. Por ejemplo: tras un pinchazo accidental con material contaminado, decirse «la tasa de seroconversión tras pinchazo accidental... es sólo del 3 por 1000», «además llevaba guantes, con lo que prácticamente el 50% de la posible viremia se habrá quedado en el guante».
3. Modificar las ideas de indefensión («no puedo hacer nada para curarlo») estableciendo objetivos conseguibles y realistas (cuidar, mejorar su calidad de vida, procurarle confort, bienestar, etc.), teniendo muy claro que el profesional tiene sus límites y que, por tanto, no siempre podrá solucionarlo todo («no soy omnipotente»).
4. Generar pensamientos alternativos incompatibles, sustituyendo los pensamientos constantes sobre los pacientes y el VIH/sida por pensamientos agradables no relacionados con dichos temas; por ejemplo: próximas vacaciones, aquella película maravillosa, los ojos del chico del autobús, etc.

5. Buscar alternativas realistas y conseguibles a los problemas concretos de los pacientes (ver Esquema de afrontamiento de situaciones).
6. Desechar juicios de valor sobre los pacientes.
7. Reforzarse, valorando los logros obtenidos, para lo cual será muy útil, una vez más, diseñar programas con objetivos realistas y conseguibles (ver Técnicas de refuerzo).
8. Evitar la sobreimplicación que «duele al profesional y no ayuda al paciente», identificando claramente los límites profesionales existentes («no soy omnipotente», «no puedo solucionarlo todo»).

En el apéndice III se ofrece un útil esquema básico para la reestructuración cognitiva que ayudará al profesional de la salud a «volver a pensar». Además, en los apéndices IV, V, y VI se presentan diversos ejemplos de este tipo de habilidades emocionales (intrapersonales).

NIVEL FISIOLÓGICO

1. Entrenamiento en ejercicios de respiración (ver apéndice IX Respiración profunda).
2. Entrenamiento en técnicas de relajación (ver apéndice X Relajación progresiva).
3. Entrenamiento en ejercicios de distensión (ver apéndice XI Distensión continua).

NIVEL MOTOR

1. Búsqueda continua y relajada de información científica adecuada y actualizada.
2. Adopción sistemática y relajada de las medidas preventivas adecuadas, las llamadas «precauciones universales»: a) vacunación para la hepatitis B; b) normas de higiene personal; c) elementos de protección de barrera; d) cuidado con los objetos cortantes; y e) esterilización y desinfección de instrumentos y superficies, en la atención a todos los pacientes.
3. Aumentar las conductas de acercamiento hacia los pacientes.

4. Contactar con los recursos disponibles en el entorno para solucionar problemas del paciente (trabajador social, casa de acogida, grupos de ayuda mutua, etc.).
5. Incrementar las actividades lúdicas gratificantes fuera del horario laboral.
6. Disminuir las verbalizaciones en torno a los pacientes fuera del contexto laboral, lo cual provocará probablemente una gran alegría en la pareja del profesional.
7. Entrenarse en habilidades sociales concretas. Esto incluye, por ejemplo, aprender a decir no a peticiones excesivas del paciente y/o de los familiares, y aprender a pedir cambios (ver Decálogo de petición de cambios).
8. Aplicar el esquema de afrontamiento estratégico de situaciones presentado en este capítulo.

IDEAS CLAVE

1. La emoción no depende directamente de la situación, sino de la interpretación que se haga de dicha situación y quien puede controlar dicha interpretación es el propio sujeto a través de las técnicas descritas en este capítulo.
2. Las alteraciones emocionales son funcionales y útiles para el individuo; son señales que le indican que algo está pasando y que le empujan a buscar soluciones.
3. Se pierde ese poder funcional si la intensidad o duración de la alteración emocional es excesiva.
4. El objetivo del autocontrol es «mantener a raya» las emociones para que permitan y faciliten la búsqueda de soluciones. No se trata, en absoluto, de eliminar las emociones.

El apéndice XII muestra el Esquema básico de intervención en los 3 niveles de la respuesta humana.

SUGERENCIAS PRÁCTICAS: ENTRENAMIENTO Y REFLEXIÓN

Por decirlo claro: «no hay una pastilla de inteligencia emocional». Como muy bien saben los profesionales de la salud, fármacos como el Prozac u otros similares no sirven para «eso». Es algo parecido a lo que ocurre, a veces, con buena parte de los dolores osteoarticulares que sufren los sanitarios: no son «operables» y tampoco es recomendable «hincharse» a tomar antiinflamatorios y analgésicos. Muchas veces la mejor alternativa es llevar a cabo alguna «tabla de gimnasia» básica que ayude a endurecer la musculatura y a realizar ciertos estiramientos fundamentales. De igual forma, sí tenemos una «tabla de gimnasia emocional» que nos ayuda a ser cada vez más inteligentes en esa área (tanto profesional como personalmente). Esa «tabla de gimnasia emocional» es el «volver a pensar» que se ha presentado en este capítulo y del que se presentan diversos ejemplos prácticos en los apéndices; y que incluye las siguientes «fases»:

- 1ª: Identificar las situaciones que se quieran abordar.
- 2ª: Identificar las emociones que dichas situaciones provocan.
- 3ª: Identificar los pensamientos que están en el origen de las emociones identificadas.
- 4ª: Volver a pensar: generar pensamientos «alternativos», más objetivos, más realistas, y más justos.
- 5ª: Volver a sentir: identificar las emociones que los «pensamientos alternativos generados» provocan.
- 6ª: Tomar las decisiones y actuar «desde» las «nuevas emociones» generadas.

ENTRENAMIENTO

Como con cualquier otra «tabla de gimnasia», una vez aprendidas las «posturas» (fases) fundamentales, se trata de ir entrenando su uso. Por ello, van a presentarse a continuación algunas sugerencias prácticas que ayuden al lector a llevar a cabo este imprescindible entrenamiento:

- a. Identifique alguna situación de su «día a día» que le provoque «mal humor» y que ocurra con relativa frecuencia: estar en un atasco, no encontrar el bolígrafo, no tener cobertura en el móvil, no conseguir que salga el agua caliente en el precioso hotel rural en el que se está pasando el fin de semana, etc., etc.

- b. Realice cada uno de los pasos de la tabla de gimnasia emocional que hemos denominado «volver a pensar». Recuerde que para el éxito del ejercicio, es muy importante que usted «se crea» los nuevos pensamientos; esto es, que sean coherentes con sus valores y creencias, con su forma de ver «las cosas»: la relación con el paciente, la relación con sus compañeros, su propio rol (papel) profesional, etc. En definitiva, con su forma de ver la vida.

REFLEXIÓN

Además de entrenamiento, vamos a ofrecerle también en este apartado, algunas preguntas que le ayuden a «poner en cuestión» los primeros pensamientos (los más automáticos, primitivos e incapacitantes) y le motiven a volver a pensar.

Pregunta 1:

- ¿Los primeros pensamientos son la forma más objetiva, más realista, más justa, de ver las cosas?

Dado que muy probablemente al lector le guste trabajar con calidad y de forma lo más rigurosa posible (como cuando escribe un artículo científico o prepara una ponencia para un congreso), esta pregunta puede estimularle para «poner en crisis» esos primeros pensamientos, que suelen ser verdaderamente de una calidad «muy mejorable».

Pregunta 2:

- ¿Cómo le hacen sentir al profesional de la salud esos primeros pensamientos?

Si la respuesta fuera: alegría, ilusión, ánimo, pues «¡adelante con esos pensamientos!». La cuestión es que, por el contrario, esos primeros pensamientos suelen producir emociones como: impotencia, frustración, rabia, ansiedad, angustia, etc. De igual forma que el «dolor físico» puede ser útil (cuando acercamos la mano a algún aparato eléctrico y nos quemamos podemos: a) retirar la mano, y b) aprender cara al futuro a no volver a hacerlo); también el «dolor emocional» puede ser útil para «moverse» y buscar soluciones a esas situaciones que lo provocan. Si siento angustia y «no retiro la mano ni aprendo de la experiencia» puede que acabe «quemándome».

Pregunta 3:

- ¿Esos primeros pensamientos, ayudan al sanitario a cambiar las cosas?

Pensamientos del tipo «no hay nada que hacer», «nunca lo conseguirá, ya sabemos cómo es», «esto es imposible»... ¿Nos ayudan a cambiar las cosas? ¿Nos hacen sentir más capaces de afrontarlas? Si al profesional de la salud que está leyendo este libro le gusta cambiar las cosas para mejorarlas, parece claro que «volver a pensar» y generar pensamientos más objetivos, más justos, y más realistas, es parte de la clave.

Pregunta 4:

- ¿No serán a veces, esos primeros pensamientos, «pan para hoy y hambre para mañana»?

Es cierto que expresiones como «¡este paciente es un...!» pueden tener (de entrada) un cierto efecto catártico que ayuda a descargar el mal humor del sanitario («pan para hoy»). Pero ¿cómo va a preguntarle el sanitario «desde» ese estado emocional? ¿va a ayudarlo, a obtener sus objetivos (como profesional de la salud), el hecho de decirle al paciente «cuatro cosas bien claras»? o, por el contrario ¿pueden hacerle perder la relación y, por tanto, la posibilidad de conseguir esos cambios que quiere lograr en los comportamientos del paciente («hambre para mañana»)? Uno de los objetivos de la inteligencia emocional es dotar al profesional de la salud de habilidades y técnicas que le ayuden a «cambiar la instalación del agua», de manera que cuando «vuelvan las lluvias» no tengamos otra vez «goteras» (como ocurre cuando pongo sólo un parche, o hago una chapuza para que «de momento» no caiga el agua). Es más, como nos recordaba Orwell en una de las frases de presentación de esta 5ª edición, uno acaba teniendo la cara que se merece, la cara que se ha ganado a lo largo de la vida. ¿Se imaginan como será una cara macerada en la queja, el desánimo y la tristeza? y, por el contrario, ¿se imaginan como lucirá una cara fruto de años de sentir emociones como ilusión, entusiasmo y reto?

Pregunta 5:

- ¿A quien benefician esos primeros pensamientos?

Esta pregunta es nuestro particular homenaje al inspector Hércules Poirot que tantos buenos ratos nos ha hecho pasar desde las novelas de Ágata Ch-

ristie. Poirot hacía una pregunta muy similar en cuanto llegaba a la escena del crimen (una pregunta filtro que le ayudaba a descartar a algunos posibles culpables y a seleccionar a aquellos que sí iban a ser interrogados a fondo): ¿a quién beneficia este crimen? El «crimen» en nuestro caso (permítasenos el exceso) son esos pensamientos primitivos que de forma tan automática aparecen en nuestra cultura. Si se mantienen en nuestro entorno con tanta contundencia y desde hace tantos lustros será, probablemente, por que alguien gana algo con ellos. ¿Quién? ¿Los sanitarios?

Comentario final (hecho con mucho cariño)

Es bastante habitual que los «nuevos pensamientos» (los más objetivos, justos y realistas) sean un poco más extensos que los «primeros pensamientos». Esto parece lógico, pues los «primeros pensamientos» (los más automáticos) son pensamientos poco elaborados, más bien algo primitivos; mientras que los pensamientos generados tras «volver a pensar» son pensamientos más elaborados (sí se me permite la expresión: más... ¡humanos!).

A MODO DE SÍNTESIS: 4 ESTRATEGIAS CLAVE

A. PARA REESTRUCTURAR EL NIVEL COGNITIVO:

- Detectar los pensamientos (cogniciones):
 - «¿Por qué siento "eso" (EMOCIÓN)?»
- Identificar elementos del nivel cognitivo:
 - Causa de la situación.
 - Gravedad de las consecuencias.
 - Grado de control.
- Escribir estos «primeros pensamientos» facilita su análisis y cuestionamiento

- Analizar esos «primeros pensamientos»:
 - ¿Hay distorsiones?
 - ¿Hay otras formas de ver la situación?
 - ¿Me merece la pena decirme «esas cosas»?
- Preguntar a otras personas cómo «se lo toman» para no alterarse.

B. PARA ENTRENAR LA REESTRUCTURACIÓN:

- Empezar por reestructurar situaciones SENCILLAS
- Para enfrentarse a situaciones más COMPLEJAS:
 1. Ejercicio de reestructuración
(Volver a pensar, «nuevos pensamientos generados»)
 2. Afrontamiento en imaginación
 - Relajación corporal
 - «Nuevos pensamientos generados.»
 3. Afrontamiento en vivo:
 - Relajación corporal
 - «Nuevos pensamientos generados.»

C. CLAVES SOBRE HABILIDADES EMOCIONALES:

- El malestar emocional puede ser FUNCIONAL
- Poco dispuestos a despegarnos de algunas emociones que dan «ENERGÍA» (por ejemplo: rabia).
- Es importante tratar de empatizar, de entender la postura ajena.
- Expresar las propias emociones de forma asertiva (ver epígrafe sobre asertividad en el próximo capítulo).

- Elegir «dónde dar la batalla».
- Usar 2 grandes estrategias complementarias para el afrontamiento del estrés.
 - Reducir el impacto emocional (intervención: cognitiva y corporal)
 - Actuar sobre la situación (intervención: toma de decisiones-actuación)
- Invertir en apoyo social
- Planificar «placeres» para compensar tensión
- Darse «permiso» (éticamente) para desconectar

D. PARA LOS PENSAMIENTOS RECURRENTES

- Programar un tiempo y un espacio específicos para «ese» tema concreto.
- Buscar actividades que requieran mucha atención y que nos «obliguen» a desconectar de «ese» tema.

AUTOESTIMA

La relación entre los 3 niveles de la respuesta humana y la autoestima es bidireccional. Como se ha visto en las páginas anteriores, una alteración en los niveles de dicha respuesta incide en la propia autoestima (si sólo me reconozco lo que hago mal... está claro que la imagen que tengo de mí mismo va a salir dañada). Paralelamente, el nivel de autoestima incide en la propia respuesta (si me siento muy capaz y muy competente... será más probable que interprete objetivamente lo que ocurre a mi alrededor y no cometa alguno de los errores cognitivos mencionados).

Además de esta relación bidireccional, hay otro hecho que justifica la inclusión del tema «autoestima» en esta publicación: en los últimos años es creciente el número de investigaciones realizadas en distintos segmentos de la población (mujeres, jóvenes, directivos, etc.) que ponen de manifiesto hasta qué punto la autoestima es un factor con un peso importante para explicar las actitudes y comportamientos de las personas (ver en el capítulo 5 Habilidades de motivación para el cambio, los factores predisponentes del modelo PRECEDE).

Por las dos razones apuntadas, se ha creído oportuno incorporar un apartado específicamente dedicado al análisis y manejo de la autoestima.

La imagen que se tiene de uno mismo y la valoración que de ella se hace tienen gran influencia en el propio bienestar emocional y mediatizan el modo en que se interpretan las situaciones; todas, en general, y las de relación interpersonal, en particular.

Por ejemplo, si una persona cree que es poco competente en su trabajo, es muy probable que cualquier pequeño error o mínimo conflicto con un usuario lo interprete como señal de su incompetencia; sin embargo, una persona que confíe en su competencia seguramente interpretará los mismos hechos como algo aislado y comprensible y no le llevará, por tanto, a cuestionarse su competencia profesional.

Si de cuidar (a los demás) y de cuidarse (a uno mismo) se trata, mejorar y fortalecer la autoestima es una tarea primordial.

Una autoestima saludable se basa en una percepción realista de las capacidades y límites personales y en la aceptación de esa realidad. Se trata de valorar las propias capacidades y admitir sus aspectos mejorables, no para conformarse sino para poder mejorarlos (los que realmente puedan mejorarse). De hecho, es más fácil mejorar cualquier faceta personal si se es capaz de admitir, sin una alteración emocional intensa, los propios déficit y errores actuales, aunque no gusten.

La clave está en sentirse cómodo con lo que uno es, y no —como a veces se malinterpreta— en sentirse la persona más maravillosa del planeta; una persona con este tipo de autoimagen no percibe la necesidad de mejorar y, por lo tanto, es muy posible que se «estanche», ya que atribuye los déficit y errores a otras personas o eventos externos. Además, dicho sea de paso, resulta bastante «insoportable» para las personas que la rodean.

Sin embargo, sí es importante que además de las «flaquezas» propias, se reconozcan y se disfruten las «fortalezas» propias, ya que ello aporta la seguridad y la energía necesarias para admitir y afrontar las primeras.

De forma más concreta, podría decirse que un buen nivel de autoestima facilita:

1. La espontaneidad y la autenticidad en las relaciones interpersonales (minimiza el miedo al rechazo).

2. La autoconfianza, y por lo tanto la creatividad, la toma de decisiones y la innovación (minimiza el miedo al fracaso).
3. La autonomía personal frente a las presiones del entorno (minimiza la dependencia).
4. La capacidad de autocrítica constructiva (minimiza el rechazo a uno mismo).

La autoestima es, en realidad, una valoración, un juicio que la persona hace de sí misma. Y como cualquier juicio, se ajusta y funciona en referencia a una determinada escala de valores. Si para mí ser un buen profesional no es importante o no tiene demasiada prioridad en mi escala de valores, es muy probable que mi actuación en ese terreno no afecte a mi autoestima, ni para bien ni para mal.

Dicha escala personal de valores indica tres cosas:

1. En qué aspectos se valora la persona.
2. En qué consiste ese valor. Para algunos significará «ascender», para otros percibir que los usuarios confían en él/ella, etc.
3. En qué grado «se ha de cumplir». ¿Hasta qué puesto tengo que ascender? o ¿tengo que conseguir que todos, absolutamente todos, los pacientes confíen en mí?

Si se quiere mejorar y fortalecer la autoestima es importante que la persona se replantee esa «vara de medir», en el sentido de que las cosas que le hacen sentirse bien no sean inalcanzables (por lo alto) o ya estén alcanzadas (por lo bajo). Aunque en este último caso, es probable que haya pocas situaciones en las que la persona se sienta muy mal consigo misma, no se puede olvidar que, precisamente, mejorar en cualquier aspecto es fuente importante de satisfacción.

McKay y Fanning (1991, ob. cit.) proponen dos criterios que han de cumplir dichos valores para ser saludables:

1. Que sean flexibles. Las reglas difícilmente pueden cumplirse siempre y en cualquier situación. Un valor flexible es aquel que permite excepciones y grados evitando caer en la trampa del «todo» o «nada». Serían valores inflexibles, por ejemplo, pretender mostrarse amable con todo el mundo y en todo momento, o no descontrolarse nunca.

2. Que sean elegidos. Que hayan sido reflexionados y asumidos porque fomenten comportamientos que hacen sentir bien y/o que facilitan el logro, a corto o a largo plazo de determinados objetivos personales. Los valores que una persona se impone «porque sí», sin pensar en la razón de los mismos, fomentan sentimientos de obligación y carga; contrariamente a lo que ocurre con los verdaderamente asumidos, que poseen un carácter mucho más motivacional.

Por ejemplo, no se trata de que ahora «haya que» fomentar la responsabilidad de los usuarios y su toma de decisiones porque eso sea «moderno» o «progre», o porque sea la nueva política de determinado departamento; por el contrario, se trata de analizar las implicaciones que ello tiene en la mejora de la salud de los usuarios y en el propio trabajo de los profesionales.

A este respecto, puede resultar un ejercicio esclarecedor y divertido el que consiste en cambiar las expresiones del tipo «debería» o «tengo que» que tanto utilizamos («tengo que terminar este trabajo», «debería controlarme más»), por otras expresiones que en vez de obligación, denoten (al ser, en el fondo, más realistas) elección o deseo, como las del tipo «quiero...», «me gustaría...» («quiero terminar este trabajo», «me gustaría controlarme más»).

De esta forma, se puede, por un lado, detectar aquellos valores no asumidos porque «chirrían» —suenan falsos— cuando se formulan como una elección o como un deseo, y por otro, «inyectar motivación» hacia aquellos valores que sí son realmente elegidos y que, sin embargo, se suelen vivir como una obligación.

A MODO DE SÍNTESIS

Hay dos aspectos básicos que trabajar cuando se trata de fortalecer la autoestima (sea la propia —la del profesional— o sea la de los demás —los usuarios, otros profesionales, etc.—):

1. Detectar y disfrutar de aquello que se percibe como positivo en la propia forma de pensar, sentir y actuar.

Prejuicios culturales muy arraigados dificultan muchas veces este proceso «por aquello de la modestia»; sin embargo, ser consciente de los aspectos positivos es la base de la seguridad personal, de la autoconfianza, y disminuye el coste emocional ante situaciones difíciles.

Para ser más consciente de las propias «fortalezas» se sugieren a continuación un par de sencillas actividades:

- a. Anotar durante un tiempo, al final de cada jornada, aquellas cosas que ese día nos han gustado de nosotros mismos (comportamientos, sentimientos y pensamientos).
 - b. Preguntar, a personas que nos conocen bien, qué es lo que les gusta de nosotros.
2. Afrontar los aspectos mejorables y los límites de la propia forma de pensar, sentir y actuar, con una actitud constructiva y no a través del castigo que supone la autodescalificación global «soy un inconsciente», «soy una incompetente».

Los siguientes pasos se formulan a modo de sugerencia práctica para conseguirlo:

- a. Describir y concretar lo que se ha hecho (o dejado de hacer), sin sobregeneralizar y sin autoetiquetas.

Por ejemplo, mejor decir:

- «No encuentro unos papeles que necesito. Me suele ocurrir con cierta frecuencia.»

y no:

- «Nunca encuentro lo que necesito. Siempre me pasa igual.»

- b. Intentar buscar una explicación que permita entender lo que ha pasado (este punto dará las claves para poder mejorar). Para ello no hace falta ser experto en el inconsciente ni máster en modificación de conducta, pero sí es importante ser sincero con uno mismo y recordar, como se ha comentado en páginas anteriores, que *las etiquetas no son la causa de los comportamientos*.

Mejor decir:

- «No tengo organizados estos papeles, y suelo dejar las cosas en distintos sitios.»

y no:

- «Soy un desastre; es que no hay forma de que espabile.»

c. En función del punto anterior, diseñar los recursos que pueden utilizarse para mejorar.

Mejor decir:

– «Voy a organizarme. Voy a preguntar a José para saber cómo se organiza él. Tal vez con un buen fichero.»

y no:

– «Desde mañana mismo voy a ser ordenada.»

d. Disculparse y/o reparar de alguna forma los daños «a terceros» si el comportamiento realizado ha tenido efectos sobre otras personas.

Por qué le interesa al profesional estimular la autoestima de los usuarios

Fundamentalmente porque, con ello, los usuarios:

1. Se sentirán más capaces de intentar cambios de comportamiento.
2. Se sentirán más capaces de tomar decisiones.
3. Se sentirán más confiados a la hora de comunicar comportamientos no saludables.
4. Se sentirán menos «atacados» cuando se les hagan críticas o se les pidan cambios de comportamiento.

Cómo estimular la autoestima de los usuarios

1. Ayudándoles a reestructurar sus errores cognitivos, en especial los que hagan referencia a su propia imagen.
2. Asesorándoles en el manejo de las técnicas y los ejercicios comentados en este apartado.
3. Evitando juzgarlos, culpabilizarlos o ambas cosas a la vez.
4. Reconociendo y reforzando sus aspectos positivos: intereses, comportamientos y, muy especialmente, capacidades y logros.

Animamos al lector a realizar la correspondiente adaptación de estos dos últimos epígrafes (¿por qué le interesa al profesional estimular la autoestima de los usuarios? y ¿cómo hacerlo?) al caso de los clientes internos: compañeros, jefes, subordinados. ¡Ánimo! Pensamos que es un reto realmente estimulante.

CAPÍTULO 4

HABILIDADES DE COMUNICACIÓN

Antes de entrar a fondo en el tema, permítasenos dos comentarios previos.

Comunicarse con alguien no es «hacer teatro»

Para hacer teatro ya existe una maravillosa profesión. Distinta, desde luego, a la tarea a la que se dedican los profesionales de la salud. Uno puede «hacer teatro», excepcionalmente, un día ante una determinada situación; pero, obviamente, es insostenible una «actuación» continua, diaria y a todas horas. Si el profesional tiene que «interpretar» con asiduidad (con el desgaste que ello conlleva) puede ser a causa de no haber reflexionado a fondo sobre tres preguntas clave:

1. ¿Cuál es realmente su objetivo con los usuarios?

(Ver prólogo a la 2ª edición y capítulo 1 Alcance del *counseling*.)

2. ¿Cuáles son las ventajas que el profesional obtiene al preguntar, escuchar, empatizar, etc., cuando se comunica con el usuario?

(Ver el resto de este mismo capítulo 4.)

3. ¿Cuáles son las ventajas que el propio usuario obtiene cuando el profesional se comunica de esa manera (preguntando, escuchando, empatizando) y no de otra?

(Ver el resto de este mismo capítulo 4.)

De todas formas, cabe decir aquí que cualquier nueva forma de «hacer» requiere un cierto periodo de entrenamiento para:

- 1) Incorporar la novedad al propio repertorio (al propio estilo).
- 2) Obtener los resultados esperados.
- 3) Sonar «natural» y no forzado.

En este capítulo se ofrecen precisamente gran número de pistas, sugerencias y ejemplos prácticos para que el profesional de la salud pueda comunicarse con los usuarios (o con otros profesionales) con naturalidad, relajamiento y eficacia.

Comunicarse con alguien sí es «tecnología punta»

Como sabemos por nuestra experiencia diaria la comunicación entre los seres humanos no es fácil. Muchas veces cuesta transmitir exactamente lo que uno quiere transmitir; produciéndose, con más frecuencia de la que nos gustaría, malentendidos y efectos no deseados.

En el capítulo anterior se ha puesto de manifiesto la importancia de «mantener a raya» las emociones (las propias y las del otro) como paso previo (y constante) para poder establecer una buena comunicación.

En el capítulo que aquí se inicia se ofrecen sugerencias muy concretas para facilitar el establecimiento y mantenimiento de adecuadas formas de comunicación. Se ha tenido mucho cuidado a la hora de seleccionar ideas y verbos clave, frases fundamentales, apoyos no verbales específicos y ejemplos sencillos. No son las únicas ni están todas; sin embargo, todas las que aquí se presentan ayudarán al profesional a mejorar sus habilidades y a aumentar la eficacia de su comunicación.

Si aceptamos que comunicarse no es fácil, una recomendación útil será aquella que enfatice el cuidado con el que sería conveniente tratar cada una de las expresiones, frases, gestos, etc., que aquí se sugieren (como verdadera «tecnología punta» que son). Una lectura sosegada de este capítulo y una aplicación paulatina y autoevaluada de sus propuestas facilitarán enormemente la comunicación del profesional con los usuarios, con los allegados de los mismos y, también, con otros profesionales.

Como se afirmaba en el prefacio de la 3ª edición: «no es igual, no produce el mismo efecto, decir esto o decir aquello, decirlo así o decirlo "asá", en uno o en otro momento».

LA COMUNICACIÓN NO VERBAL Y LA COMUNICACIÓN VERBAL

Este capítulo va a centrarse en el análisis de aquellos elementos y acciones que pueden facilitar una comunicación eficaz entre el profesional y el usuario.

Además va a ofrecer pistas y ejemplos que faciliten la incorporación de contenidos verbales clave en el bagaje técnico del profesional.

Sin embargo, a veces, contenidos muy adecuados no consiguen su objetivo de comunicación porque el lenguaje no verbal que acompaña al contenido verbal lo contradice o matiza. Teniendo en cuenta, además, que más del 50% de la comunicación que establecemos los humanos es comunicación no verbal, resulta fundamental cuidar los aspectos no verbales (los «cómo», la música) que acompañen los contenidos verbales (los «qué», la letra).

Por todo ello, este capítulo se inicia con la presentación de elementos clave en comunicación *no verbal*.

LA COMUNICACIÓN NO VERBAL INCLUYE:

1. Mirada

Que la mirada, por ejemplo, sea horizontal; esto es, que los ojos del profesional y los del usuario estén a la misma altura será uno de los aspectos más relevantes.

2. Expresión de la cara

Sorpresa, incredulidad, tensión, preocupación, satisfacción, alegría, tristeza...
¿Hay alguna emoción que no se refleje en nuestra expresión facial?

3. Movimientos de la cabeza

¿Se ha inventado alguna forma más eficaz y con mejor relación coste-beneficio, que asentir con la cabeza para conseguir la «famosa» escucha activa (ver Verbos clave de la comunicación).

4. Sonrisa

¿Quién puede/quiere resistirse a una sonrisa franca, abierta, sincera?

5. Postura del cuerpo

El hecho de sentarse por ejemplo junto a un paciente encamado está comunicándole, de forma no verbal, una gran variedad de mensajes:

«Tengo tiempo para ti», «voy a dedicarte tiempo», «te escucho», «me interesa lo que puedas decir», etc.

6. Gestos con las manos

Pese a las grandes diferencias que puedan observarse según culturas, sexos, etc., pueden resultar de gran utilidad para enfatizar y clarificar mensajes.

7. Distancia/proximidad

Respetar esa distancia mínima que limita el territorio propio de cada persona.

8. Contacto físico

Respetar siempre las peculiaridades culturales que el tema conlleva.

¡Cómo echan en falta, a veces, los enfermos de sida que alguien (la médica, el enfermero, la familia...) los toque!

9. Apariencia personal

Ropa incluida. A la hora de comunicarse con determinado/s receptor/es puede resultar hasta divertido jugar con las 3 ó 4 «variantes estilísticas» que cada persona tiene.

Además, relacionados con el lenguaje:

10. Volumen

Buscando optimizar el volumen de voz propio de cada persona: en la comunicación un volumen bajo tiene unas ventajas distintas a las de un volumen alto (pero ambos tienen sus ventajas).

11. Tono

¡Qué importante es el tono de voz a la hora de subrayar los aspectos clave de lo que se está diciendo!

¡Qué difícil es seguir una explicación cuando el tono se mantiene monocorde, sin inflexiones!

12. Fluidez

Sin embargo, no hace falta ser un gran orador para comunicarse eficazmente. Incluso mejor no serlo (o no creérselo) a fin de evitar la tentación de hablar incesantemente para «no privar a la humanidad de mi maravilloso verbo».

13. Claridad

Decidir y concretar, antes de comunicarse con el receptor, los mensajes e ideas clave que se van a transmitir ayuda a mejorar la claridad de la comunicación.

14. Velocidad

Un mensaje comunicado de forma demasiado veloz plantea problemas graves de comprensión.

Además, suele transmitir al receptor sensación de ansiedad, agresividad y, desde luego, prisa («ya veo que hoy tampoco tiene tiempo para mí», «no sé por qué me hace tantas preguntas si está claro que no puede dedicar ni cinco minutos a escuchar mis respuestas», «me estoy agobiando con tanta prisa»).

15. Duración

Casi ningún receptor puede mantener la atención durante mucho tiempo. Además, los profesionales de la salud suelen tener poco tiempo en sus interacciones con los usuarios. Por todo ello, valdrá la pena remitirse al clásico cuando decía: «lo bueno si breve, dos veces bueno».

El siguiente ejercicio pone de manifiesto el importante papel que juegan los aspectos no verbales en la comunicación:

Léase la siguiente frase intentando —mediante la expresión de la cara, el tono, etc.— dar, en una primera lectura, un mensaje que confirme lo escrito y, en una segunda lectura, un mensaje que lo contradiga.

La frase es: *«Sí amor, sí que te quiero.»*

A MODO DE SÍNTESIS

Cuando lo verbal (la letra) y lo no verbal (la música) dicen lo mismo, el mensaje se potencia enormemente.

Cuando lo verbal (la letra) y lo no verbal (la música) no dicen lo mismo, la comunicación «chirría» y lo que fundamentalmente le llega al receptor es lo no verbal (el «cómo se lo digo»).

Por ello, va a ser muy importante tener esto en cuenta a la hora de poner en práctica los verbos clave que en este capítulo se presentan y analizan (concretar objetivos, acoger, preguntar, escuchar, empatizar, sintetizar y retroalimentar).

FACTORES FACILITADORES DE LA COMUNICACIÓN

Sin ánimo de escribir un recetario, pero sí pensando en proporcionar pistas que faciliten el proceso de comunicación, se citan a continuación algunas ideas-clave.

1. Escoger un lugar adecuado:

Lo más tranquilo y acogedor posible.

2. Escoger un momento adecuado:

a. Emocionalmente, tanto por parte del usuario como por parte del profesional (ver capítulo 3 Habilidades emocionales).

b. Disponer de un cierto tiempo.

3. Preguntar, sin dar nada por supuesto:

«¿Podrías decirme qué entiendes por sexo seguro?»

4. Escuchar activamente:

«Sigue, sigue... te escucho.»

5. Empatizar:
«Entiendo que te sea difícil...»
6. Pedir opinión:
«¿Qué te parece la dieta de la que estamos hablando?»
7. Declarar deseos:
«Me gustaría que...»
8. Manifestar acuerdo parcial con argumentos del otro:
«Es cierto que, a veces, ponerse un condón resulta complicado. Vamos a ver si podemos encontrar alguna solución para...»
9. Dar la información en sentido positivo, enfatizando los aspectos positivos:
«Los análisis muestran que estamos consiguiendo...»
10. Utilizar un lenguaje adaptado, evitando el uso de jerga profesional:
¿Qué palabras utiliza Antonio para referirse a su hipertensión, un usuario de 65 años que vive en un pueblo de mil habitantes y que carece de estudios?

FACTORES DIFICULTADORES DE LA COMUNICACIÓN

1. Escoger un lugar inadecuado:
El pasillo, una habitación con constantes entradas y salidas de gente.
2. Escoger un momento inadecuado:
 - a. Por alteración emocional del usuario o del profesional (ver capítulo 3 Habilidades emocionales).
 - b. Por no disponer de un cierto tiempo.

3. Acusar:
«Eso tenía usted que haberlo pensado antes.»
4. Amenazar:
«Si no cambia su actitud no vamos a ningún lado.»
5. Exigir:
«Lo que yo le diga; la próxima semana me va a traer...»
6. Utilizar frases del tipo «deberías...»
«Lo que tienes que hacer es...»
7. Utilizar el sarcasmo o la ironía:
«No le dolía, no, cuando se pinchaba.»
8. Etiquetar:
«Es usted un maníaco», «no me sea hipocondríaco.»
9. Generalizar:
«Siempre me pone usted las mismas pegadas», «todo lo que usted dice...», «nunca cumple nada de lo que acordamos...»
10. Ignorar mensajes verbales y no verbales del interlocutor:
Si el paciente empieza a mirar al techo o al reloj, «¿qué estará comunicando?»
11. Juzgar:
«Esta conducta suya es inmoral, intolerable», «esta actitud es de cobardes.»
12. Menospreciar los argumentos del interlocutor:
«¡Qué tontería, cómo puede decir eso!», «eso no es lo importante.»
13. Dar la información en sentido negativo, enfatizando los aspectos negativos:
«Esto va fatal», «no hemos conseguido lo que queríamos y además estamos perdiendo...»

14. Utilizar un lenguaje no adaptado:

«El problema son los linfocitos T-cuatro», «en tu caso, el antígeno...»
(cuando el usuario apenas tiene estudios primarios, por ejemplo).

VERBOS CLAVE DE LA COMUNICACIÓN

Sintetizando los elementos clave de la comunicación podrían citarse los siguientes verbos:

Concretar objetivos

Antes de empezar a comunicarse es fundamental hacerse la siguiente pregunta:

«¿Qué quiero conseguir con esta comunicación?».

La respuesta permitirá adecuar los contenidos y las formas.

Los objetivos pueden ser diversos⁷:

1. Prospeccionar, investigar, conocer.
2. Informar.
3. Motivar para un cambio.

Acoger

Los aspectos no verbales juegan un papel fundamental en la acogida. En ese sentido, será importante:

1. Establecer inmediatamente «contacto» (visual, siempre, y físico –estrechar la mano, etc.– según las circunstancias).

⁷ A veces, al observar los contenidos y/o las formas de algunas comunicaciones profesional-usuario, parecería que el profesional tuviera objetivos del tipo: demostrarle al usuario que estuvo en el último congreso nacional sobre diabetes o dejarle bien claro al usuario que en la consulta manda él (el profesional).

2. Acompañar el citado contacto con expresiones verbales y gestuales que denoten apoyo y calidez.
3. Utilizar un tono de voz pausado y franco.

Los aspectos verbales pueden ayudar, evidentemente, a lograr una acogida cálida: llamarle por su nombre (con o sin apellido según el caso), hacer referencia a algún aspecto positivo y agradable, etc.

Si el profesional recuerda —inmediatamente antes de la acogida— cuál es «el verbo asociado» a su rol (facilitar) y cuál es el objetivo concreto que en el punto anterior se ha planteado, no le será difícil actuar en la acogida de forma natural y con su propio estilo personal.

Preguntar

Para evitar los errores que conlleva dar algo por supuesto, para tener la información que nos permita diseñar una intervención más eficaz y, desde luego, para motivar al interlocutor, cuidando mucho el aspecto no verbal.

Las ventajas que se obtienen preguntando podrían sintetizarse en:

1. Obtener *información* sobre:
 - a. Demandas, necesidades y objetivos del usuario
(ya se ha visto en el capítulo 3 la importancia de conocer sus objetivos para poder moverse en el cuadrante «inteligente», donde «todos ganan»).
 - b. Estado físico, emocional y social del usuario.
 - c. Miedos, temores y preocupaciones del usuario.
(más adelante se comprobará hasta qué punto va a ser útil detectar estos aspectos —miedos, etc.— para poder empatizar con el usuario).
 - d. Habilidades y recursos con los que cuenta.
2. Aumentar la *motivación* y la *confianza* del usuario, preguntando de forma que tanto el contenido de la pregunta como la manera de ser formulada transmitan interés.

Cuando el profesional tiene claros los enormes beneficios que obtiene preguntando, es difícil que no lo haga (aunque tenga un mal día, poco tiempo o el usuario en cuestión no sea de los más «gratificantes»).

En este punto, será útil recordar algunos de los errores que con mayor frecuencia aparecen en la acción de «preguntar».

- Formular varias preguntas seguidas sin esperar las correspondientes respuestas.

«¿Y qué me dice de esto, de lo otro y de lo más allá?»

- Hacer sólo preguntas cerradas.

«¿Ha comido sin sal este último mes?»

- Hacer preguntas de forma que se condicione la respuesta, buscando la confirmación de opiniones previas del profesional.

«¿Y no será que...?»

La mayor parte de estos errores, comprensibles desde luego, responden a automatismos incorporados a lo largo de años de intervenir en condiciones «claramente mejorables» (poco tiempo para las consultas, pocos materiales educativos de apoyo, etc.).

Cuando se observan las consecuencias de este tipo de errores (pocas respuestas y/o poco fiables, poca información útil para la eficacia de la intervención, desmotivación del usuario y, de rebote, del profesional) es más fácil reflexionar sobre los objetivos que se buscan (realmente) preguntando y en las formas más adecuadas de hacerlo («tecnología punta»).

3. Estimular que el usuario piense y reflexione sobre aspectos concretos.

- «¿Qué es lo que más le preocupa?»

- «¿Cómo se siente ahora?»

- «¿Cuándo cree que podrá...?»

4. Darle participación y protagonismo a fin de facilitar su compromiso y su responsabilización.

- «¿Qué alternativas cree que...?»

- «¿Cómo podríamos intentar que ...?»

La implicación que se consigue preguntando al usuario (obviamente con la letra y la música adecuadas) es uno de los grandes objetivos de este verbo, pues va a facilitar enormemente la posibilidad de cambios duraderos en los hábitos del usuario (ver capítulo 5 Habilidades de motivación para el cambio).

Escuchar activamente

Para que el usuario explique, argumente, pregunte y escuche.

En *comunicación* es fundamental demostrar que el receptor está escuchando realmente. Esto se logra especialmente con el lenguaje no verbal: mirando a los ojos del emisor, asintiendo con la cabeza, etc. También el lenguaje verbal facilita esta tarea: pidiendo alguna aclaración, solicitando la repetición de algún comentario, etc.

En este aspecto ocurre como le ocurría a la mujer del César: además de ser honrada, tenía que parecerlo. No es suficiente con escuchar, hay que demostrarlo. Por eso hablamos de escucha «activa».

Empatizar activamente

La acepción de este verbo es: «ponerse en el lugar del otro», «entender los sentimientos del otro». Esto, a veces, es relativamente sencillo. Un sanitario probablemente puede comprender que un paciente —al que se le comunica que es VIH positivo—, sufra cambios emocionales que le ocasionen alteraciones en los niveles de respuesta antes comentados.

Sin embargo, a veces es bastante más difícil. Algunos profesionales de la salud manifiestan sus dificultades para empatizar, por ejemplo, con: a) un padre de familia que es usuario habitual de la prostitución, que paga más dinero por hacerlo sin condón, y que con su esposa no practica sexo seguro; b) un usuario de drogas por vía parenteral que recae «continuamente» y que ha robado un par de veces en la propia consulta; c) un ama de casa que «se resiste sistemáticamente» a seguir la dieta propuesta y que sigue empeñada en adelgazar; d) una joven menor de edad que se queda embarazada a pesar de insistirle durante meses en la pertinencia de usar algún método anticonceptivo.

Está claro que, a veces, es realmente difícil comprender al «otro». Y de eso, de comprenderlo se trata; pues una buena empatía va a ser clave para establecer una comunicación (basada en la confianza, el respeto y la discreción) que facilite la tarea del profesional.

Algo que, desde luego, ayuda a comprender las razones del otro es conocerlas y para ello lo mejor es preguntar sin prejuicios, investigar sin apriorismos, indagar (ver el Modelo PRECEDE en el capítulo 5 Habilidades de motivación para el cambio).

Por lo demás cuando el otro manifiesta una duda, un temor, un miedo, una preocupación, está brindando una oportunidad de oro para empatizar con él.

Comentarios respecto a empatizar:

1. Empatizar no significa estar de acuerdo con la conducta u opinión del otro.
2. Una empatía global («te comprendo») sirve de poco, suele sonar vacía y, a veces, hasta provoca respuestas agresivas por parte del otro («¿cómo me va usted a comprender! ¡El que tiene un hijo toxicómano soy yo.»).
3. Mucho más eficaz es una empatía concreta («comprendo que estés preocupado por...», «entiendo que a ti te guste más...») a partir de las preocupaciones, temores, miedos, opiniones expresadas por el otro.
4. No es necesario para empatizar llegar al extremo de utilizar frases del tipo «a mí también me gusta más... hacerlo sin condón,... o comer pan,...o fumar». Varios son los riesgos de usar, a la hora de empatizar, frases como las citadas: 1) sonar a falso (no siempre será cierto que a mí también me guste); 2) reforzar alguna conducta que se quiere modificar; 3) perder el papel (el rol); y 4) quitar protagonismo al usuario. Afortunadamente, con el uso de la «empatía concreta», comentada en el punto anterior, pueden conseguirse los beneficios de la empatía sin correr los riesgos citados.
5. Si se ha preguntado adecuadamente es difícil no encontrar elementos concretos sobre los que poder empatizar de forma creíble y eficaz.

De lo que ha dicho el usuario (opiniones, preferencias, gustos, temores, etc.), ¿qué es lo que realmente entiende/comprende el profesional?:

- a. ¿Tiene miedo a decirle a su pareja que es VIH+?

b. ¿No se atreve a plantearle a su marido un cambio de dieta?

c. ¿Le gusta más «hacerlo» sin condón?

Con lo que realmente entienda/comprenda es con lo que podrá empatizar sin que su empatía suene falsa, mecanizada y «teatral».

6. Es muy importante que el otro perciba que se le está entendiendo. Por ello es conveniente que tanto el nivel verbal («entiendo que...», «comprendo perfectamente que...») como el nivel no verbal (expresión facial, tono de voz) manifiesten dicha comprensión. Podría decirse, por tanto, que —al igual que en la escucha antes comentada— también la empatía debe ser activa para ser eficaz («que el otro se entere»).

Resumir/sintetizar

La experiencia ha demostrado que es importante ir dando «puntos de anclaje» que permitan seguir la comunicación y asimilar los mensajes en ella contenidos.

En la medida de lo posible, será interesante que sea el propio receptor el que resuma/sintetice los mensajes. De esa forma el emisor podrá, además de implicar «al otro», comprobar el grado de comprensión por parte del receptor. Esto es lo que en comunicación se llama retroalimentación, *feedback*, precisamente el siguiente verbo que se va a analizar.

Retroalimentar

Supongamos que un emisor emite el siguiente mensaje: «blanco».

Supongamos que después de emitirlo le pregunta al receptor: «¿qué acabo de decir?»

Supongamos que el receptor contesta: «negro».

La pregunta entonces sería: ¿ha habido retroalimentación, *feedback*? La respuesta: «¡claro que sí!», en el momento en que al emisor le ha llegado «negro» se ha producido el *feedback*, pues en ese momento el emisor puede percibir cómo ha sido interpretado su mensaje. El *feedback* es precisamente un utilísimo instrumento para verificar el funcionamiento del proceso comunicativo. Esto es, y la

retroalimentación permite evaluar la comunicación. En este ejemplo, «negro» está señalando que algo va mal en esa comunicación y que por tanto, algo habrá que modificar (contenido, canal, tono, etc.) para mejorarla.

Ante situaciones como la planteada en el ejercicio «blanco-negro», un riesgo que hay que evitar es pensar que el problema lo tiene el receptor por no entender y que es él precisamente el que debe plantearse alguna modificación. Esta interpretación de la situación disminuye las posibilidades de mejorar la comunicación y, por tanto, merma la eficacia de la propia intervención profesional. Si la conclusión a la que va a llegar el emisor cuando le llegue el «negro» va a ser que «el receptor es tonto», mejor no hacer el *feedback* (¡para qué perder el tiempo!).

Cabe recordar aquí que:

- a) Lo verdadero en la comunicación es lo que entiende el receptor, por tanto, en el ejemplo citado: «negro» (que es lo que en un caso figurado se «llevaría» de la consulta el paciente si no se realiza el *feedback* o si éste no se utiliza como medio para introducir cambios que mejoren la comunicación).
- b) El responsable de la comunicación es el emisor y, por tanto, el que debe plantearse cambios.

Es importante señalar también que la retroalimentación es muchas veces no verbal. Por ejemplo, hay usuarios a los que no les apetece el contacto físico y se apartan ligeramente del profesional cuando éste, intentando mostrar proximidad y dar ánimos, les ha tocado el hombro. Va a ser fundamental que el profesional esté atento, «ojo avizor», a mensajes no verbales como éste para poder modificar su tipo comunicación y actuar, por tanto, más eficazmente.

COMENTARIO

Cuando un usuario ha percibido el interés del profesional en «conocer para ayudar», cuando se ha sentido escuchado y entendido, está en buena disposición para incorporar en su propio bagaje algunas herramientas que le pueden ser de utilidad en su vida cotidiana: la pregunta, la escucha, la empatía. No harán falta grandes esfuerzos por parte del profesional (a lo sumo, un «empujoncito» para ayudarle a analizar algunas relaciones de causa-efecto en la comunicación establecida entre ambos) para que el usuario que ha disfrutado dichas herramientas las utilice a su vez en su entorno.

Una ocasión «de oro» para que el profesional pueda facilitar dicha utilización por parte del usuario, puede aparecer cuando éste se queja de lo difícil que le resultan cosas como: a) comunicarse con su hijo, b) entender a su mujer y/o que ella le entienda a él, c) conseguir que su madre se tome las «dichosas» medicinas. Analizar conjuntamente con el usuario las causas que han ayudado a que la comunicación profesional-usuario funcione puede convertirse en el «empujoncito» comentado.

Por otro lado, si el profesional de la salud «siembra» en su entorno estos verbos comentados, es más fácil que luego los recoja. Esto es, si el sanitario quiere que el paciente entienda sus dudas, temores, e incluso errores, va a ser fundamental que el sanitario haya entendido antes las dudas, temores o errores del paciente. Estos verbos son pues, una buena alternativa a esa «medicina defensiva», tan poco favorecedora de relaciones de mutua confianza.

EL USO INTELIGENTE DE LA PALABRA «PERO»

La palabra «pero» suele surgir, frecuentemente y de manera automática, en las relaciones interpersonales que se desarrollan en nuestro entorno cultural. Y, casi siempre, surge jugándonos alguna mala pasada (generalmente haciéndonos comunicar cosas dis-

tintas a lo que queríamos). Hay que recordar que el «pero» es una conjunción «adversativa»; esto es, no es una partícula simplemente descriptiva o que pueda servir como nexo de unión «inocuo» entre conceptos o frases. Muy al contrario, el «pero» compara, interpreta, y valora.

Si un profesional de la salud está hablando con un adolescente y le dice, en un momento determinado: «... porque las relaciones sexuales placenteras pero sin penetración...» ¿qué le está transmitiendo al usuario?: ¿que son igual de placenteras las relaciones sexuales con penetración y las relaciones sexuales sin penetración, o que, por el contrario son más placenteras las relaciones sexuales «con» penetración?

No hay problemas en utilizar el «pero» cuando se quiera comparar, valorar, interpretar. El problema surge cuando se quiere solamente describir y, de forma auto-

mática e inesperada, surge el «pero», con los efectos (dificultadores de la comunicación) comentados.

Por otra parte, el «pero» es una palabra tan potente en nuestra cultura que suele «eliminar» las palabras que le preceden. Por ello, en comunicación es recomendable evitar su uso especialmente en dos momentos claves y muy delicados en el proceso implicado en la relación del profesional sanitario con el cliente (sea éste externo o interno):

a. Después de *empatizar*:

Pues si después de la frase empática correspondiente se utiliza el «pero» («entiendo que esta decisión te cueste, pero si tienes un poquito de dignidad es lo que tienes que hacer») muy probablemente los grandes beneficios que se buscaban con la empatía (ver el apartado correspondiente en este mismo capítulo 4) se perderán y al interlocutor le impactará especialmente el «golpe negativo» que representa la partícula adversativa.

b. Después de *reforzar*:

Pues si tras decirle a un colega profesional una frase reforzante del tipo «me gustó mucho la presentación que hiciste en el congreso», se añade a continuación: «pero me resultó muy larga y monótona», se perderán los objetivos que se buscaban reforzando (ver el apartado correspondiente en este mismo capítulo 4) y lo que quedará será una sensación «negativa» que desmotivará al compañero profesional.

Está claro que la solución no es sustituir el «pero» por partículas adversativas que suenan más suaves, como «sin embargo» o «no obstante». Además de que muchas veces sonarían falsas, dado su menor uso en el lenguaje coloquial, los efectos «negativos» en la comunicación se mantendrían en su mayor parte. Mejor será que el profesional de la salud, a modo de «vacuna preventiva frente al pero» se pregunte, al estilo de lo que recomendamos al inicio de este capítulo 4:

¿Qué busco yo cuando me comunico con ese paciente?

¿Cuál es, honestamente, mi objetivo?

Y...

¿Qué voy a obtener si utilizo el «pero»?

¿Es precisamente «eso» lo que busco?

ESTILOS DE COMUNICACIÓN Y ASERTIVIDAD

En las relaciones interpersonales, se suelen distinguir 3 estilos de comunicación: pasivo, agresivo y asertivo.

Lo que distingue a cada uno de los estilos es su grado de respeto a las demás personas y a uno mismo.

De hecho, ese respeto puede operativizarse haciendo referencia a determinados derechos que las personas tienen cuando se relacionan entre ellas.

En la siguiente lista se presentan, a modo de ejemplo, algunos de estos derechos:

- Tengo derecho a negarme a una petición (a decir «no»).
- Tengo derecho a cometer errores.
- Tengo derecho a tener mis propios sentimientos y opiniones, aunque los demás no estén de acuerdo.
- Tengo derecho a no justificarme ante los demás.
- Tengo derecho a pedir un cambio de comportamiento.
- Tengo derecho a sentir y expresar sentimientos (positivos y negativos).
- Tengo derecho a no seguir los consejos de los demás.
- Tengo derecho a pedir lo que necesito o deseo.
- Tengo derecho a pedir reconocimiento expreso por un trabajo bien hecho o por mi esfuerzo en cualquier área.

Es importante aclarar dos aspectos en relación con los derechos:

1. Asumir que las personas tienen estos derechos no significa que los vayan a ejercer siempre y en cualquier situación. Se trata (de nuevo) de no caer en la trampa del «blanco o negro» (en este caso, del «siempre o nunca»).

El concepto de asertividad parte precisamente de la idea de que es cada persona la que tiene que elegir en qué situaciones va a ejercer esos derechos.

Por ejemplo, asumir el derecho a decir «no», no significa que se vaya a desestimar cualquier petición, sino sólo aquellas que, por ejemplo, se estimen excesivas.

2. Cada persona tiene la responsabilidad de hacer valer sus derechos; no es tarea de los demás defenderlos. Por ejemplo, asumir que tengo derecho a pedir lo que deseo no significa que los demás estén obligados a concedérmelo. Y es importante ser capaz de aprender a convivir con la compatibilidad de derechos.

Estos derechos, evidentemente, no están escritos en ninguna constitución ni en ningún tratado de derechos humanos; lo que hacen es explicitar determinadas creencias sobre las relaciones interpersonales, dentro de un contexto cultural.

El que se hable de determinados derechos, y no de otros, se debe a que en las relaciones interpersonales es frecuente que las personas se sientan poco respetadas cuando los demás les niegan estos derechos, o sientan poco respeto hacia sí mismos cuando no los ejercen.

¿Quién no se ha sentido mal consigo mismo cuando ha dicho «sí» en una situación en la que le hubiera gustado decir «no»?

Tal y como se ha mencionado, los 3 estilos de comunicación se distinguen por la posición que adoptan ante los derechos propios y ajenos:

En el estilo *pasivo*:

1. No se ejercen los derechos propios, no se expresa, no se opina...; no tanto porque no se perciban como tal, sino porque se teme perder la estima del otro.
2. Sí se respetan los derechos de los demás, pero sin saber ponerles límites, y sus sentimientos, pero sin dejar traslucir lo que se piensa o siente al respecto.
3. La persona se expresa de forma indirecta y dubitativa
 - «¿Estarás muy ocupada, verdad?» (en vez de «¿podrías ayudarme?»)
 - «Bueno... no sé si...»

En el estilo *agresivo*:

1. Sí se ejercen los derechos propios.
2. No se respetan los derechos ni los sentimientos ajenos.

3. La persona se expresa de forma impositiva y utiliza la coacción en sus más diversas formas (mirar amenazadoramente, dar pena, acusar, culpabilizar, chantajear emocionalmente, etc.).

- «Tienes que ayudarme, no olvides que el otro día yo te ayudé.»

En el estilo *asertivo*:

1. Sí se ejercen los derechos propios.

2. Sí se respetan los sentimientos y los derechos ajenos, intentando «negociar» cuando entran en conflicto con los propios.

3. La persona se expresa de forma directa y honesta

- «¿Podrías ayudarme?, tengo un pequeño lío y me gustaría saber tu opinión.»

A fin de comprender mejor los aspectos diferenciales de cada uno de los estilos citados, se presentan a continuación algunas ideas clave:

1. Respuesta de cada estilo ante determinadas situaciones tipo

A. EXPRESIÓN DE EMOCIONES NEGATIVAS

El estilo *pasivo*:

Se «traga» este tipo de sentimientos y/o los expresa de forma indirecta:

- «No, no me pasa nada» (con cara de «pocos amigos»).

El estilo *agresivo*:

Responsabiliza/culpabiliza a los demás acerca de los propios sentimientos, a través de «mensajes tú»:

- «(Tú) Me pones de los nervios», «(tú) me tienes harta».

El estilo *asertivo*:

Expresa los sentimientos negativos responsabilizándose de los mismos, a través de «mensajes yo»:

- «Cuando me dices que todo está mal (yo) me siento injustamente tratada».

La diferencia con los otros 2 estilos no es únicamente formal; la forma asertiva expresa la creencia de que cada uno es responsable de sus sentimientos, ya que es cada uno el que interpreta las situaciones.

B. CUANDO SE QUIERE ALGO

El estilo *pasivo*:

No pide. O pide de forma indirecta, esperando que la otra persona adivine lo que desea:

- «Estarás muy ocupada ¿verdad?» (en lugar de «¿podrías ayudarme?»).

El estilo *agresivo*:

Exige: «quiero que...», «me tienes que...».

El estilo *asertivo*:

Pide: «¿podrías...?», «me gustaría que...».

Lo que hay detrás de cada estilo es la creencia de si acceder a lo que uno quiere es o no una obligación para la otra persona.

C. ANTE LAS CRÍTICAS

El estilo *pasivo*:

Vive la crítica como un ataque a su globalidad como persona.

Si la crítica es cierta, la respuesta es sentirse culpable; por ejemplo reiterando las disculpas hasta el infinito.

Si la crítica no es cierta, aunque se sienta injustamente tratado, no lo expresa de una forma sincera y directa.

El estilo *agresivo*:

Vive las críticas como un ataque personal.

Es probable que no se admitan cuando sean ciertas, y cuando no lo sean, se reaccione atacando al otro («no creo que seas tú precisamente la persona más indicada para criticar», «pues tú...»).

El estilo *asertivo*:

Vive las críticas como una opinión de otra persona sobre uno mismo; opinión con la que puede estar o no de acuerdo, por lo tanto, no siente que se ponga en duda su personalidad en global.

Si la crítica es cierta, se acepta y, si es pertinente, se piden disculpas honestamente.

Si la crítica no es cierta, se reacciona afirmándose («yo no lo veo así, y creo que no es cierto...»).

D. ANTE LOS HALAGOS

El estilo *pasivo*:

Tiene dificultades para aceptarlos («no es para tanto», «¡qué exagerado eres!»).

El estilo *agresivo*:

Los vive con suspicacia («¿qué querrá pedirme éste?»).

El estilo *asertivo*:

Los acepta y expresa la emoción que le producen (p.e. alegría, agradecimiento: «me alegra mucho lo que me comentas, y quiero agradecerte que...»).

2. Relación de los estilos de comunicación con aspectos fundamentales de la persona

A. NIVEL DE AUTOESTIMA

En el estilo pasivo y agresivo, es probable que la autoestima sea frágil. Además, tienen en común que dependen en exceso de la opinión de los demás; ya sea para aceptarla o para atacarla.

En el estilo asertivo, la autoestima es mayor y más consistente.

De todas formas, aunque es evidente que un buen nivel de autoestima favorece un tipo de comunicación más asertiva, también es verdad que comunicarse de forma asertiva fomenta la autoestima. De igual forma, comunicarse de forma pasiva y/o agresiva afecta negativamente al nivel de autoestima. El tipo de comunicación que se establece con los demás, por lo tanto, es tanto producto como fuente de autoestima.

Ello significa que comunicarse de forma asertiva es una excelente forma de fomentar la autoestima personal.

B. NIVEL DE AUTOCONTROL

Para poder comunicarse de forma asertiva, es importante un buen autocontrol emocional. En el estilo pasivo, las emociones se reprimen («se tragan») y es importante no confundir esto con autocontrol (ver capítulo 3 Habilidades emocionales).

De hecho, es muy frecuente (y lógico) que un estilo pasivo desemboque, en determinado momento, en un estilo agresivo, donde las emociones «explotan» («cuando el vaso se colma...»).

3. Ventajas e inconvenientes de cada estilo

Estilo *pasivo*:

- Ventajas:
 - Se evitan conflictos interpersonales.
- Inconvenientes:
 - Es muy probable que los demás se aprovechen de esa persona y que, además, la persona no consiga sus objetivos.
 - También tiene efectos negativos sobre la autoestima.

Estilo *agresivo*:

- Ventajas:
 - Consigue con frecuencia sus objetivos sobre todo ante personas con un estilo pasivo de comunicación.
- Inconvenientes:
 - Lo anterior suele conseguirse a costa de relaciones interpersonales tensas y poco espontáneas.
 - El hecho de no saber influir en los demás de forma no coactiva también afecta negativamente la autoestima.

Estilo *asertivo*:

- Ventajas:
 - Es más probable que consiga sus objetivos y que, además, se mantengan relaciones interpersonales sinceras y gratificantes.
 - Las personas se suelen sentir más a gusto consigo mismo y con los demás cuando expresan lo que piensan y sienten, y cuando perciben que la otra persona lo respeta. Por lo tanto la autoestima se fortalece con este estilo.

- Inconvenientes:
 - Puede tener la desventaja de que se enfrenta a los conflictos interpersonales (no los evita como otros estilos); y eso casi siempre resulta complicado.
 - A veces, las personas se enfadan por muy respetuosamente que se digan las cosas.

COMENTARIO FINAL

No hay que confundir la asertividad con el «ser sincero» diciéndolo siempre todo, a toda costa, en todo momento y «caiga quien caiga»; es la persona la que elegirá qué decir, cuándo decirlo, a quién, etc. Esto le diferencia también del estilo pasivo, que no elige, simplemente «no se atreve» y del estilo agresivo que «explo-ta» sin poder controlar sus emociones.

A MODO DE SÍNTESIS: EL CASO DE MANOLO

- Manolo es un usuario de la consulta de atención primaria.
- Tiene 53 años, está casado y tiene 2 hijos.
- Tiene un trabajo estable y unos ingresos medios.
- No ha padecido ni padece ninguna enfermedad física grave.
- No sufre ningún tipo de psicopatología.
- Podría decirse que Manolo es una «persona normal».

A lo largo de la relación establecida con Manolo el profesional sociosanitario x ha obtenido a base de preguntar, escuchar y observar algunas otras informaciones sobre Manolo. A saber:

- Es cliente habitual de la prostitución.
- En la zona de prostitución que frecuenta la mayor parte de personas que la ejercen son, además, usuarias de drogas por vía parenteral y se conocen también algunos casos de VIH+.

- Una vez intentó usar condón con una prostituta, pero la erección desapareció y no pudo realizar la práctica sexual que deseaba. Desde ese día, nunca más lo ha intentado.
- Su mujer usa anticoncepción oral; nunca han usado condón.

Manolo no es uno de los usuarios favoritos del profesional x. No le gusta lo que hace. Cuando lo ve entrar con su esposa en la consulta se le «revuelven las tripas» y le entran ganas de «decirle cuatro cosas claras» (decirle que es un inconsciente, un malvado, una persona sin escrúpulos, un mal marido... todo esto y alguna cosa más). Antes, el hecho de no decírselo –de controlarse– le costaba mucho, le desgastaba enormemente («le quemaba») y siempre se quedaba anímicamente mal después de atender a Manolo y a su señora.

Desde hace un tiempo las cosas han cambiado. No ha cambiado Manolo, ni lo que hace Manolo (de momento), pero sí la forma en que el profesional x «vive» su relación con Manolo.

Las cosas empezaron a cambiar el día que x se preguntó ¿qué conseguiré si un día finalmente le digo a Manolo esas «cuatro cosas claras»? No le fue difícil imaginárselo: de entrada probablemente un cierto descanso, un cierto desahogo («¡uf, por fin!»); pero, desde luego, conociendo a Manolo, éste no iba a quedarse ahí sin más; o le contestaría también con «cuatro frescas» al sentirse atacado, o saldría inmediatamente de la consulta, indignadísimo. En ambos casos «perdía» a Manolo y con ello la oportunidad de lograr los cambios en su conducta que evitasen que él, su mujer y las personas que ejercían la prostitución contratadas por él pudieran transmitirse alguna enfermedad.

Las cosas siguieron cambiando (para bien) cuando un día llegó Manolo a la consulta sin su esposa. Venía a buscar un par de recetas para su madre enferma. El profesional x pensó que esa era una buena oportunidad para intentar motivar a Manolo para algún cambio de conducta.

Con ese objetivo, después de atenderle en relación con las recetas, trajo a colación con mucha habilidad el tema de la importancia del uso del condón como forma de prevenir enfermedades de transmisión sexual... Manolo no le dejó acabar la frase:

- «No por favor, otra vez no. Hemos hablado ya mucho de esto. Y no me va a convencer. Se lo voy a decir de nuevo para ver si le queda definitivamente claro: a mí me gusta más hacerlo a pelo, y ya está.»

El profesional x se tomó un tiempo antes de seguir. Se le ocurrían varias formas de responder ante una afirmación como ésta, y quería valorar cada una de ellas.

Por una parte, pensó que podría volver a la carga con una llamada casi implorante a la ética, la moral y los deberes de Manolo como marido, padre, ciudadano... La experiencia previa con Manolo le decía lo infructuoso que sería su intento. Por otra parte recordó todo lo que había leído sobre la empatía y su gran utilidad para «lubricar» las relaciones y motivar cambios de conducta. Valoró la posibilidad de decirle a Manolo: «Manolo, yo te entiendo, te comprendo»; pero rápidamente identificó algunas pegadas en una afirmación como esa: no quedaba nada claro qué es lo que entendía realmente (¿a todo lo que hacía Manolo?, ¿a todo lo que opinaba Manolo?). De hecho, de todo lo que había dicho Manolo, lo que realmente comprendía es que a Manolo le gustase más «hacerlo a pelo». El profesional X tuvo que reconocerse a sí mismo que él también prefería hacerlo así. Ante ello, se le volvía a plantear otra duda. ¿Sería conveniente decirle a Manolo: «mira Manolo, a mí también me gusta más hacerlo a pelo»? Estaba claro que decirle eso era empatizar con Manolo, sin embargo algo en esa frase le «chirriaba» (le sonaba mal). Conociendo a Manolo, no le cabían muchas dudas respecto a la respuesta que le daría. Algo del tipo: «así que a usted también ¿eh?... y dígame, dígame... ¿también le gustan morenitas como a mí?». El riesgo pues, era alto. Estaba en juego algo realmente clave: la pérdida del rol.

Recordó entonces un concepto que había leído en alguna parte y que intuía le sería de utilidad en esos momentos: la empatía concreta, aquella que le permitía empatizar con opiniones, temores y afirmaciones concretas del usuario sin correr el riesgo de perder su papel en la relación. Recordó «la letra» de la empatía concreta: «Manolo, entiendo que a ti te guste más hacerlo a pelo». Intentó entrenar mentalmente la frase antes de decírsela a Manolo. Se dio perfecta cuenta, entonces, de que la frase le salía a mil por hora, casi inaudible y que tenía prisa por acabarla y «lanzarle» a Manolo un «pero» (en mayúsculas, desde luego) con todas las terribles consecuencias que podía tener su comportamiento: ¡¡¡Pero te das cuenta de que cada vez que lo haces sin condón pones en peligro a tu mujer...!!!

Entonces lo vio claro. Si realmente pensaba que empatizar con Manolo le iba a facilitar enormemente la ardua tarea de conseguir cambios, a partir de ese momento cuidaría mucho más cada una de las palabras y cada uno de los gestos que las acompañasen.

Miró a los ojos de Manolo y pausadamente, mimando cada frase, le dijo: «Manolo, he oído lo que me has dicho. Y sinceramente, entiendo que a ti te guste más

hacerlo a pelo». Manolo parecía sorprendido ante esa afirmación, estaba como «descolocado». Sólo atinó a decir: «gracias».

Ese día, cuando Manolo salió de la consulta, el profesional x repasó el desarrollo de la entrevista y se mostró satisfecho: aquel día sí había conseguido que Manolo se sintiera comprendido, aquel día sí había conseguido empatizar con Manolo. Sabía que era importante reconocerse los pequeños éxitos de cada día y así lo hizo (a veces, ni sus jefes ni los usuarios lo hacían).

Sin embargo, una cierta inquietud le sobrevino de pronto. Había conseguido empatizar con Manolo y desde luego estaba claro que su relación iba a ser ahora más fluida y confiada. Además había eliminado de su discurso el culpabilizador (e infructuoso) «pero». Eso era estupendo. La cuestión que ahora se planteaba era otra: ¿cómo conseguir dar una paso más en la motivación para el cambio de conducta de Manolo?, ¿cómo lograr, en próximas entrevistas, que realizara prácticas sexuales más seguras?

Estaba ya cansado. Pensó que al día siguiente diseñaría su estrategia. Antes dejó las cosas preparadas: buscó el libro (lo encontró) y puso una señal en el capítulo correspondiente (capítulo 5 Habilidades de motivación para el cambio). Cerró la luz y entornó la puerta. Estaba contento. Cada día disfrutaba más de su trabajo.

CAPÍTULO 5

HABILIDADES DE MOTIVACIÓN PARA EL CAMBIO

En este capítulo se presentan, en primer lugar, dos instrumentos que son útiles para el diagnóstico comportamental tanto a nivel individual (el usuario M.B. que llega a la consulta), como a nivel grupal (el grupo de jóvenes del barrio tal o el grupo de hipertensos de la consulta cual). Posteriormente se presentan 4 instrumentos de intervención postdiagnóstico: el Decálogo (para la intervención individual); y el grupo de iguales, el taller de entrenamiento y diversas metodologías formativas (para la intervención grupal).

INSTRUMENTOS DE DIAGNÓSTICO COMPORTAMENTAL

Una de las funciones prioritarias de los profesionales de la salud es promover comportamientos saludables, ya sea para prevenir enfermedades, ya sea para mantenerlas bajo control o para mitigar sus efectos. Con estos objetivos resulta habitual que aconsejen a sus usuarios conductas tales como: evitar prácticas de riesgo, hacer ejercicio físico, no fumar, tomarse las cosas con tranquilidad, utilizar el condón en sus relaciones sexuales con penetración, no intercambiar jeringuillas, etc.

Algunos de estos profesionales ven elevar sus niveles de indignación, de impotencia, o ambos a la vez, al comprobar que sus bien intencionados y fundamentados consejos no han provocado, en la mayor parte de los casos, casi ningún cambio en las conductas de riesgo de los usuarios. «Es desesperante», dicen algunos profesionales. Recordemos que esta situación aparecía como una de las más frecuentemente citadas como escena temida en el capítulo 2.

Sin embargo, cuando estos mismos profesionales han intentado llevar a la práctica durante un cierto tiempo alguno de los consejos que daban a los usuarios (por ejemplo: seguir una dieta, hacer un consumo moderado de alcohol, utilizar

siempre el condón en la relaciones sexuales con penetración, mantener relaciones sexuales sin penetración), han visto cómo sus niveles de indignación, impotencia, o ambos, descendían drásticamente. La razón de este descenso es clara: han comprobado personalmente «en carne propia», las dificultades para hacer de forma correcta y satisfactoria lo que aconsejaban.

Por ello, el hecho de investigar las dificultades y los problemas que los usuarios tienen antes, durante y después de la realización de cada práctica concreta puede ser un buen modo de aumentar la eficacia de las futuras intervenciones preventivas del profesional y, desde luego, de prevenir la aparición de estos altos niveles de indignación y/o de impotencia que tanto «quemar» a los profesionales.

A nadie se le ocurriría recetar ningún fármaco sin hacer antes un buen diagnóstico (oscultando, midiendo, preguntando, palpando, observando, analizando fluidos varios, etc.). Sin embargo, con demasiada frecuencia se «recetan» comportamientos («haga esto», «no haga lo otro», «tómese esto», «póngase lo otro») sin hacer un buen diagnóstico de los factores que inciden en el comportamiento humano (preguntando, escuchando, observando, etc.).

EL MODELO PRECEDE

Diversas teorías y modelos sugieren aspectos sobre los que parece prioritario realizar dicha investigación diagnóstica ya que son —de hecho— los responsables de que la conducta se lleve o no a cabo. Tomando como eje vertebrador el modelo PRECEDE⁸, presentado por L.W. Green e incorporándole diversas aportaciones de A. Bandura y de J.L. Bimbela, los aspectos que aparecen como fundamentales, a la hora de investigar, podrían sintetizarse en:

1. Los factores *predisponentes*, que tienen que ver con la motivación del sujeto o del grupo para realizar la conducta que se pretende promover, y que se concretan en:
 - a. La *información*, identificando tanto lo que sabe el usuario como lo que no sabe, en relación con la conducta que se está analizando.

⁸ PRECEDE es un acrónimo de Predisposing: predisponentes; Reinforcing: reforzadores; Enabling: facilitadores; Causes: causas; Educational: educacional; Diagnosis: diagnóstico; y Evaluation: evaluación.

- b. Las *actitudes*, incluyendo además de sus posicionamientos en relación a las herramientas y conductas preventivas, aspectos tales como si «se siente o no en riesgo», si «se siente o no capaz de realizar dicha conducta» o si «valora la conducta preventiva propuesta como verdaderamente eficaz».
- c. Los *valores y creencias*, tanto en relación a las prácticas que se quieren modificar o eliminar como a las que se quieren promover (¿cómo valora las relaciones sexuales sin penetración?, ¿cuáles son sus creencias respecto a los anticonceptivos?).

Es importante investigar tanto los predisponentes de los sujetos que no realizan la conducta analizada —para poder modificarlos— como los de los sujetos que ya la realizan para poder reforzarlos y tener así argumentos proconducta.

2. Los factores facilitadores que tienen que ver con las facilidades que el individuo o el grupo tiene para realizar la conducta, una vez ya motivado para hacerla. Se concretan en:

- a. Las habilidades del/de los individuo/s⁹ para:

- Realizar dicha conducta (seguir una prescripción facultativa, negociar con la pareja cambios en la dieta diaria, negociar la realización de sexo más seguro, colocar un condón, etc.).
- Incidir en el entorno a fin de prevenir y/o modificar acciones del mismo que sean contrarias a dicha conducta.

- b. La existencia y accesibilidad de recursos materiales (condones, guías para dejar de fumar, jeringuillas estériles, bebidas sin alcohol, alimentos dietéticos, etc.) y recursos humanos (centros y profesionales de salud, centros de orientación y planificación familiar, centros para jóvenes, centros de tratamiento de las drogodependencias, familia, amigos, etc.) que faciliten la realización de la conducta.

Se habla aquí de accesibilidad tanto económica como física, horaria o incluso psicosocial: algunos jóvenes no van a comprar condones porque el farmacéutico les somete a un interrogatorio de primer grado. Algunas prostitutas han dejado de ir a centros sociosanitarios porque la persona que las recibía las trataba mal.

⁹ Cabe recordar aquí que, por definición, una habilidad no se aprende escuchando o mirando, sino haciendo, entrenando.

3. Los factores reforzantes, que aparecen después de que el individuo o el grupo haya realizado ya la conducta, «premiándola» o «castigándola», y que se concretan en:
 - a. La respuesta de los agentes clave del entorno del usuario (pareja, familia, grupo de iguales, profesionales sociosanitarios).

Dado que cada población diana tiene sus agentes clave específicos, habrá que identificar en cada caso quién juega ese papel y qué es lo que hace que le convierte precisamente en agente clave.
 - b. La respuesta del propio individuo o grupo (autorrefuerzo).
 - c. Los beneficios y perjuicios físicos y emocionales: placer, comodidad, dolor, intranquilidad.
 - d. Las consecuencias económicas: beneficios, ahorro de costes, gastos.

En algunos casos la respuesta del medio refuerza precisamente las prácticas de riesgo, como ocurre en dos situaciones aún demasiado frecuentes: 1) respuesta airada del joven (chico) ante la propuesta de usar el condón hecha por la joven (chica); y 2) respuesta de mofa, demoledora, del grupo de amigos (hombres) ante el compañero que ha mantenido relaciones sexuales sin penetración.

En otros ámbitos también podrían encontrarse ejemplos: ¿cuál es la respuesta del grupo de iguales ante el varón que pide «algo sin alcohol»?; ¿y la de la familia ante la abuela que quiere comer sin sal?

Cabe recordar aquí que cuando el profesional de la salud no refuerza algo que ha dicho o ha hecho bien «el otro», está desperdiciando una oportunidad de oro para que la *conducta* (o la intención) *ok* se mantenga (en ese caso el profesional de la salud estaría cometiendo, como decimos en los cursos de comunicación, «pecado de omisión»).

Ejemplos de aplicación del modelo PRECEDE

El modelo PRECEDE es un instrumento de diagnóstico conductual, y por tanto, el primer paso para su aplicación es identificar la conducta que se quiere analizar. Cuanto más concreta es la conducta, más eficacia en el diagnóstico.

El segundo paso es identificar el individuo o grupo al que se dirige la intervención (la población diana). También en este caso a mayor concreción, mayor eficacia en el diagnóstico.

A continuación se aplica el modelo, preguntando y observando a la población diana y a su entorno. Es recomendable, para agilizar el diagnóstico final, situar las respuestas y observaciones en dos listas paralelas:

Lista (+): todo aquello que vaya a favor de la realización de la conducta que se está analizando

Lista (-): todo aquello que vaya en contra de la realización de la conducta que se está analizando.

Analicemos los siguientes ejemplos.

Ejemplo 1

Conducta a analizar: uso del condón femenino.

Población diana: prostitutas del barrio x.

1. Factores *predisponentes*: lo que la población diana sabe, piensa, cree, opina, etc., respecto a la conducta a analizar.

a. Lista (+): a favor del uso de condón femenino:

- «No dependo del cliente para usarlo.»
- «Es un buen método para evitar enfermedades.»
- «He oído que te los dan gratis.»

b. Lista (-): en contra del uso del condón femenino:

- «Es caro.»
- «Al cliente no le gusta.»
- «Es complicado de poner.»¹⁰

2. Factores *facilitadores*: que juegan su papel *antes* de realizar la conducta.

a. Lista (+): a favor del uso de condón femenino:

- En algunos centros de orientación y planificación familiar los regalan.
- En centros de la zona existen profesionales muy preparados y motivados para el tema.
- La población diana tiene habilidades de comunicación para convencer al cliente.

b. Lista (-): en contra del uso del condón femenino:

- La población diana lo usa de forma poco hábil, le falta entrenamiento.
- Las instrucciones de uso que lo acompañan son poco adecuadas a las dificultades de lectoescritura de la población diana.
- Los centros de servicios sociales y sanitarios de la zona no son muy accesibles, ni geográficamente ni por horario, a la población diana.

¹⁰ Nótese que los factores predisponentes siempre se pueden entrecorillar –es lo que la población diana sabe, piensa, cree, opina, etc. De hecho, si un factor no se puede entrecorillar, no es predisponente.

Lo que sabe o cree la población diana no coincide necesariamente con los datos objetivos que ofrece el análisis del entorno. Por ejemplo, es frecuente que haya prostitutas que creen que han de pagar cuando acuden a determinados servicios públicos y, sin embargo, no suele ser así. Es fundamental que estas discrepancias queden recogidas al aplicar el modelo. Es decir, que en el caso de este último ejemplo debería anotarse:

- Factores *predisponentes*

Lista (-): en contra:

«No voy a ese centro porque hay que pagar 30€.»

- Factores *facilitadores*

Lista (+): a favor

«La atención de ese centro es gratuita.»

La discrepancia detectada ofrece precisamente pistas muy claras sobre los aspectos prioritarios en los que intervenir (en el punto concreto del ejemplo, esa información errónea de la población diana).

3. Factores *reforzantes*: que juegan su papel después de realizar la conducta.

a. Lista (+): a favor del uso de condón femenino:

- El cliente que felicita a la prostituta por preocuparse por la salud de ambos.
- La pareja que le dice que ha sido muy excitante hacer algo nuevo.
- Otras prostitutas que le reconocen la valentía de ser una pionera.
- Los profesionales sociosanitarios que la felicitan por las mejoras que va consiguiendo en su uso.
- La propia prostituta reforzándose («lo estoy consiguiendo», «es estupendo, he sido capaz de hacerlo»).
- La tranquilidad de trabajar segura.

b. Lista (-): en contra del uso del condón femenino:

- El cliente que le recrimina la pérdida de placer experimentada.

- La pareja que le dice que no le ha gustado nada y le advierte que nunca más le intente convencer.
- Otras prostitutas que le dicen que se va a arruinar comprándolos y que además va a perder todos los clientes.
- Los profesionales sociosanitarios que no valoran los esfuerzos de la prostituta por aprender a utilizarlo.
- La propia prostituta («Me ha salido mal otra vez, nunca lo podré conseguir»).
- La pérdida de ganancias por pérdida de clientes.

Ejemplo 2

Conducta a analizar: usar el condón masculino en el coito vaginal.

Población diana: varones de 17 a 20 años, del barrio x de la ciudad y.

1. Factores *predisponentes*

a. Lista (+): a favor del uso:

- «Son fáciles de poner.»
- «Evitaré malos rollos.»
- «Me han dicho que con condón duraré más.»

b. Lista (-): en contra del uso:

- «Me cortará el rollo.»
- «Yo sólo voy con tías sanas.»
- «Eso es cosa de maricones.»

2. Factores *facilitadores*

a. Lista (+): a favor del uso:

- Tienen habilidades para adquirirlos.
- Existen muchos lugares donde conseguirlos.
- Hay profesionales preparados y motivados.

b. Lista (-): en contra del uso:

- Carecen de habilidades para colocarlo adecuadamente.
- Carecen de habilidades para negociar su uso con la pareja.
- Las familias ni hablan sobre el tema ni les dan condones.

3. Factores *reforzantes*

a. Lista (+): a favor del uso:

- La tranquilidad postcoito (no aparición del «agobio» por miedo a consecuencias no deseadas).
- Autorrefuerzo: «La erección me ha durado más.»
- La evitación de contagios varios.

b. Lista (-): en contra del uso:

- La pareja: «¿Es que te acuestas con otras?»
- Los profesionales, que no refuerzan el hecho de que lo ha utilizado (o intentado utilizar)
- Los amigos: «Eres un pringao, ya te han comido el coco.»

Ejemplo 3

Conducta a analizar: pasear diariamente una hora.

Población diana: mujeres con diabetes tipo II, amas de casa y en fase postmenopáusicas.

1. Factores *predisponentes*

a. Lista (+): a favor del paseo diario:

- «Es bueno para la circulación.»
- «Me quito de casa un rato.»
- «Me junto con las amigas.»
- «Me bajará el azúcar.»
- «Perderé peso.»
- «Es gratis.»

b. Lista (-): en contra del paseo diario:

- «No tengo tiempo.»
- «Ya hago ejercicio en casa.»
- «No puedo faltar de casa.»
- «Hace mucho calor.»
- «No hay sitios por donde andar.»
- «Tengo miedo a que me atropellen.»

2. Factores *facilitadores*

a. Lista (+): a favor del paseo diario:

- Existen en la zona parques y circuitos adecuados.
- La población diana tiene calzado y vestimenta adecuados.
- En la zona existen profesionales muy preparados y motivados para el tema.

b. Lista (-): en contra del paseo diario:

- Existen barreras arquitectónicas.
- La familia (marido, hijos) tienen una actitud negativa.
- La población diana sufre diversas alteraciones orgánicas que dificultan la realización de la conducta (obesidad, disnea).

3. Factores *reforzantes*

a. Lista (+): a favor del paseo diario:

- Los profesionales sociosanitarios la felicitan por su esfuerzo y mejora.
- Las amigas que le comentan: «Estás más delgada.»
- Baja la cifra de azúcar.
- Se siente más ágil.
- Aumenta su autoestima.

b. Lista (-): en contra del paseo diario:

- La familia, quejándose por sus ausencias.
- Dolores físicos iniciales: agujetas, rozaduras, etc.
- Vecinos recriminando: «¡Con todo lo que tiene en casa!»

Ejemplo 4

Conducta a analizar: cumplir con la medicación antirretroviral (ARV).

Población diana: M.M. (varón, 40 años, ex-UDVP, VIH+,...).

1. Factores *predisponentes*

a. Lista (+): a favor del cumplimiento:

- «Es lo que debo hacer si me quiero curar.»
- «Son carísimos y a mí me los dan gratis.»
- «Tantos años luchando y ahora que hay tratamientos con garantías no los puedo desaprovechar.»

b. Lista (-): en contra del cumplimiento:

- «Llevo casi un año sin ir a la consulta, me da vergüenza aparecer ahora después de tanto tiempo.»
- «Seguro que comienzo a tomármelo como otras veces y al poco tiempo los dejo.»

2. Factores *facilitadores*

a. Lista (+): a favor del cumplimiento:

- La familia de M.M. es una familia colaboradora.
- Hay profesionales con habilidades de comunicación.
- Hay una buena relación equipo médico-paciente.

b. Lista (-): en contra del cumplimiento:

- Carece de destrezas para ponerse recordatorios.
- No tiene hábitos de orden.
- La cantidad de fármacos que debe tomarse es elevada (8 al día).

3. Factores *reforzantes*

a. Lista (+): a favor del cumplimiento:

- La familia, que le refuerza y le apoya.
- Los colegas: «¡Qué bien estás, cómo has cambiado!».
- La carga viral, que se mantiene en unos parámetros óptimos.
- El aumento de su autoestima.

b. Lista (-): en contra del cumplimiento:

- Los profesionales sociosanitarios, que no le refuerzan cuando cumple y le «machacan» cuando incumple.
- Los efectos secundarios de la medicación.
- El cansancio psicológico («¡es para toda la vida!»).

Ejemplo 5

Conducta a analizar: tomarse adecuadamente la medicación antirretroviral (ARV).

Población diana: Grupo de internos del Módulo x del Centro Penitenciario y.

1. Factores *predisponentes*

a. Lista (+): a favor de la toma adecuada:

- «Es bueno para mi salud.»
- «Así tengo el bicho parao.»
- «El Manolo lo toma y está mejor.»
- «Me los dan gratis.»

b. Lista (-): en contra de la toma adecuada:

- «Tantas pastillas son un rollazo, no las aguanto.»
- «No me acuerdo de tomarlas.»
- «Me hago un lío con lo de sin comer o con comida.»
- «Yo estoy bien, no me duele nada.»

2. Factores *facilitadores*

a. Lista (+): a favor de la toma adecuada:

- Tienen habilidades para ponerse recordatorios.
- Hay profesionales formados y motivados.
- La accesibilidad de los profesionales es alta.
- Los fármacos se dispensan gratis.

b. Lista (-): en contra de la toma adecuada:

- La cantidad y frecuencia de las tomas es elevada.
- Algunos internos mantienen una actitud en contra.
- Los ritmos horarios del centro dificultan ciertas pautas de la toma.

3. Factores *reforzantes*

a. Lista (+): a favor de a toma adecuada:

- Los profesionales, que felicitan y refuerzan esfuerzo y logros.
- Algunos colegas: «¡Vaya, cómo has mejorado!».
- Resultados de las analíticas.
- El aumento de su autoestima.

b. Lista (-): en contra de la toma adecuada:

- Algunos colegas: «¡Eres un pringao!».
- Los efectos secundarios de la medicación.
- El cansancio psicológico («¡Es para siempre!»).

En los apéndices XIV (Modelo PRECEDE: formato básico) y XV (Modelo PRECEDE: Preguntas para identificar tipos de factores) se ofrecen dos sencillos esquemas para facilitar la aplicación práctica e inmediata del modelo diagnóstico presentado.

Además en el apéndice XVI (Modelo PRECEDE: ejemplos y ejercicios) se presentan diversos ejemplos de aplicación de este modelo diagnóstico, así como varios ejercicios prácticos al respecto, para que el lector pueda resolverlos.

Una vez que las dos listas (+) y (-) se han confeccionado para los tres tipos de factores, la pregunta que el profesional de la salud puede hacerse es:

¿Sobre cuáles de estos factores identificados puedo yo intervenir inmediatamente? Teniendo en cuenta «mi realidad»: conocimientos y habilidades que poseo, rol profesional que desempeño, condiciones de trabajo, características del equipo, etc.

En este punto puede resultar útil dar algunas pistas metodológicas que faciliten la intervención del profesional, una vez identificados los factores sobre los que puede incidir. Pistas útiles no sólo para el ejemplo comentado sino en general para cualquier aplicación del modelo PRECEDE:

1. Para incidir en los factores predisponentes detectados:

- a. Facilitar que la población diana discuta la información, argumente y rebata sus propias opiniones.

- b. Utilizar un lenguaje claro, conciso y comprensible.
- c. Utilizar soportes adecuados (vídeos, folletos, carteles, cómics, revistas, etc.).
- d. Utilizar líderes de opinión con credibilidad.
- e. Incorporar a miembros de la propia población diana desde el inicio del programa o intervención.
- f. Diseñar sesiones basadas en el trabajo en grupo y en la elaboración de productos realizados por los propios miembros del grupo (carteles, folletos, eslógenes, etc.); esto, por una parte, facilita el aprendizaje y, por la otra, permite al profesional evaluar proceso y resultado.
- g. Realizar síntesis integrativas al final de las sesiones.

2. Para incidir en los factores *facilitadores* detectados:

- a. El entrenamiento es imprescindible para aprender habilidades; de ahí la importancia de los «talleres» (aprender haciendo y discutiendo, pensando, reflexionando) como metodología clave para facilitar dichos aprendizajes.
- b. Aumentar la accesibilidad de los recursos materiales (condones, métodos anticonceptivos, guías, folletos, etc.) y de los recursos humanos (horarios, listas de espera, trato, etc.).

Ocurre, a veces, que profesionales muy formados y muy motivados ponen en marcha programas específicos para poblaciones con poco contacto con centros sociosanitarios. Programas, en general, realmente muy indicados y urgentes para esa población. Sin embargo, es posible que dicha población diana, aun y conociendo el programa, no acuda a él.

Cuando eso ocurre, es importante que los profesionales eviten el riesgo de pensar «no vienen porque... no nos merecen; ya sabemos cómo son estos... toxicómanos, gitanos, hipertensos, gordos, jóvenes, etc.» Ya se han visto en el capítulo 3 las consecuencias negativas que para el propio profesional tiene esa generalización, ese etiquetaje.

Por ello, cuando la población diana no acude a un programa, ¿por qué no preguntarle directa y adecuadamente las causas? Probablemente las respuestas obtenidas ofrecerán pistas muy útiles para lograr el objetivo inicial: que ese programa sea realmente accesible a esa población.

A modo de ejemplo, al preguntar a los jóvenes: «Nos gustaría mucho saber por qué, conociendo como conocéis el centro de planificación familiar, no acudís a él», se halló la respuesta clave: «No vamos a ese centro porque no nos apetece nada encontrarnos en la sala de espera con nuestra madre, nuestra tía... o la vecina del 5º». Así pudieron ponerse en marcha las «Tardes jóvenes», tardes donde sólo pueden acudir los menores de 20 años y que han logrado que el centro sea realmente accesible a esa población diana.

3. Para incidir en los factores *reforzantes* detectados:

- a. Intervenir sobre los agentes clave identificados, principalmente cuando la acción del propio sujeto no consigue suficientes cambios en su entorno.
- b. Convertirse (el profesional) en agente clave «premiando», mediante el reconocimiento, los logros de la población diana y de los agentes clave (ver Técnicas de refuerzo de este capítulo).
- c. Identificar y utilizar como reforzantes los beneficios físicos y emocionales (placer, comodidad, etc.) que las conductas «más saludables» pueden representar (por ejemplo: erotizando el sexo sin penetración, erotizando el uso del condón, cuidando la estética de platos dietéticos, enfatizando el mejor sabor de los besos sin tabaco, etc.).
- d. Identificar y utilizar como reforzantes las recompensas tangibles (dinero, por ejemplo) que las conductas «más saludables» pueden conllevar (por ejemplo: beneficio económico por tener más clientes al «venderles seguridad» y/o por poder trabajar más al evitar enfermedades, ahorro económico al disminuir el consumo de tabaco o alcohol, etc.).

Comentarios adicionales respecto a la aplicación del modelo PRECEDE

1. El modelo PRECEDE es una buena «vacuna» contra dos riesgos que acechan a los profesionales de la salud:
 - a. El «activismo». El PRECEDE es una especie de señal de «¡stop!» que nos indica que antes de actuar, actuar y actuar, es fundamental realizar un pormenorizado diagnóstico conductual que garantice la eficacia, efectividad y eficiencia de la subsiguiente intervención (como haría el profesional de la salud en los temas clínicos).
 - b. La «inacción» como respuesta a no poder solucionarlo todo. El PRECEDE nos permite identificar aquellas variables sobre las que cada uno de los profesionales, en el desempeño de su rol, puede realmente intervenir.
2. La primera vez que se aplica el PRECEDE (igual que la primera vez que se monta en bicicleta, que se conduce un coche, o que se usa un condón) se detectan dificultades, algunas cosas no acaban de salir bien, aparecen dudas, se cometen errores...

Ahora bien, si después de cada aplicación se analizan los resultados, reforzando lo que haya salido bien y buscando alternativas a lo que haya salido deficiente y por tanto «mejorable», muy probablemente «la quinta vez saldrá mejor que la segunda» y al cabo de unas cuantas utilizaciones el modelo PRECEDE dejará de ser un corsé complicado de aplicar, para convertirse en el instrumento útil que se pretende.

Un ejercicio interesante y motivador por lo que tiene de autoevaluación y de facilitador de cambios en el entorno del profesional sanitario que está leyendo este libro, podría ser el de aplicar el modelo PRECEDE en el siguiente caso:

Conducta a potenciar: aplicar el modelo PRECEDE.

Población diana: equipo de profesionales sociosanitarios con los que trabajo.

Un buen diagnóstico conductual de esta situación puede facilitar enormemente al profesional una aplicación pragmática del modelo PRECEDE en su entorno profesional real.

EL ANÁLISIS FUNCIONAL DE LA CONDUCTA

Como señala Green al hablar de los factores reforzantes, las consecuencias gratificantes de los comportamientos constituyen uno de los factores clave para explicar su aparición y su mantenimiento.

Algo hay que añadir, sin embargo, a la propuesta de Green. Y ese algo tiene que ver con la variable tiempo, con la inmediatez de las consecuencias. Éste ha sido hasta ahora un aspecto poco utilizado en prevención de enfermedades y en promoción de la salud y, sin embargo, tanto a nivel de fundamentación teórica como de aplicación práctica, parece mostrar grandes posibilidades para promover cambios comportamentales duraderos. Valdrá la pena, por tanto, detenerse en las aportaciones que el análisis funcional de la conducta realiza al respecto.

El análisis funcional de la conducta establece que la probabilidad de que una conducta se mantenga o desaparezca depende sobre todo de sus consecuencias inmediatas y no tanto de sus consecuencias a medio o largo plazo. Si las consecuencias son placenteras de forma inmediata (aunque a largo plazo puedan ser negativas o incluso gravísimas) es más probable que la conducta se mantenga. Por el contrario, si las consecuencias son negativas de forma inmediata (aunque a largo plazo puedan ser positivas) es más probable que la conducta no se mantenga (ver apéndice XVII).

Aplicado al caso del VIH/sida por R. Bayés, el análisis funcional de la conducta establece que los comportamientos de riesgo —penetración sexual e inyección de una droga— suponen, casi siempre, de forma inmediata y prácticamente segura una consecuencia de placer o una liberación de tensión. En cambio, la consecuencia negativa de estos comportamientos de riesgo —infección por el VIH— es sólo probable y, además, a largo plazo.

De hecho, y dejando por un momento el caso del VIH/sida, este análisis podría aplicarse perfectamente a otros hábitos que intentan modificarse en la población: consumo de tabaco, alcohol o ambos, consumo de grasas, dulces o ambos, etc.; es decir, algo parecido a lo que se lee en Carrusel, de Rosamunde Pilcher, y que cantaba el grupo musical Pata Negra: «todo lo que me gusta es ilegal, es in-moral o engorda». En general, nos encontramos con efectos positivos inmediatos y ciertos frente a efectos negativos sólo probables a medio/largo plazo (ver apéndice XVII Análisis funcional de la conducta).

Cuando, en los cursos de formación, preguntamos a los profesionales qué pasaría si (jugando con la variable tiempo) después de mantener relaciones sexuales coitales, el orgasmo apareciese al cabo de 9 meses, en lugar de al cabo de unos minutos (como suele ocurrir realmente), los profesionales sanitarios suelen responder de forma unánime: «¡caerían en picado!», o incluso algunos exclaman: «¡dejaríamos de hacerlo!». Bien, les decimos entonces, esperamos que a partir de ahora ninguno de vosotros intente motivar a un paciente utilizando las consecuencias que puede tener, al cabo de no sé cuántos años (repito, años) realizar determinada conducta.

Ante todo ello caben básicamente dos tipos de intervenciones:

- a. Aquellas dirigidas a acercar en el tiempo las consecuencias negativas de las conductas menos saludables (por ejemplo: rechazo de la pareja a mantener relaciones sexuales sin protección, rechazo besar a alguien que esté fumando).
- b. Aquellas dirigidas a acercar en el tiempo las consecuencias positivas de las conductas más saludables potenciando comportamientos sin riesgo o con menos riesgo, que también produzcan placer de forma cierta e inmediata (por ejemplo: erotizar el uso del condón o las relaciones sexuales sin penetración, cuidar la presentación —la estética— de platos dietéticos).

Los datos recogidos por el análisis funcional de la conducta parecen sugerir una mayor eficacia de este segundo tipo de intervención. En resumen, se trata de conseguir que los comportamientos que queremos potenciar (sexo más seguro, dieta más saludable, etc.) tengan consecuencias positivas, gratificantes, ciertas e inmediatas. Estamos convencidos de que éste es uno de los retos clave para la salud pública del siglo XXI.

INSTRUMENTOS DE INTERVENCIÓN INDIVIDUAL: DECÁLOGO DE PETICIÓN DE CAMBIOS

Para optimizar la utilización del Decálogo de petición de cambios que aquí se presenta, son necesarios una serie de prerequisites:

- Prevenir y/o disminuir las alteraciones emocionales, si las hubiere, tanto del cliente (externo o interno) como propias (capítulos 2 y 3).
- Establecer una buena comunicación con el cliente (externo o interno) (capítulo 4).
- Identificar los factores clave que explican la/s conducta/s del cliente (ver Instrumentos de diagnóstico comportamental, capítulo 5).

Una vez conseguidos los tres requisitos previos citados, llega el momento de aplicar el Decálogo de petición de cambios.

1. Buscar el *momento* y el *lugar* más adecuados. No el ideal, que casi nunca existe, sino uno lo suficientemente bueno.
2. Ir «de 1 en 1» (pedir 1 cambio cada vez). Es muy importante detectar cuál es el umbral de cambio del «otro», para evitar sobrepasarlo y provocar una negativa global a cualquier tipo de cambio. El riesgo de pedir 3 cambios a la vez es no conseguir ninguno.
3. Preparar, lo que equivale a planificar y escribir detenidamente cada uno de los 7 pasos que se plantean a continuación, en aras de aumentar la eficacia de la intervención. Cabe recordar aquí que la mejor improvisación es aquella que está cuidadosamente preparada.
4. Empezar con algo *positivo reforzándolo*, pues interesa que desde el primer momento facilitemos la predisposición del «otro» a aceptar propuestas y sugerencias. A veces, esto es difícil. ¿Cómo reforzar a un usuario de drogas, que llega tarde a la consulta, sin lavar y habiendo recaído una vez más? Incluso en casos tan extremos como este hay algún aspecto que se puede reforzar: el que haya acudido a la consulta, por ejemplo. El uso discriminado y racional del refuerzo va a facilitar enormemente la tarea del profesional (ver Técnicas de refuerzo en este mismo capítulo).

5. *Describir concretamente* la conducta clave, para evitar juicios de valor que culpen al usuario. Ejemplos:

- a. «Cuando comes pasteles para merendar...»;
- b. «Cuando dejas de tomar las pastillas que te receté...»

Evitando expresiones del tipo:

En a. «si comes pasteles como una descontrolada...» o «si comes tantos pasteles para merendar...»

En b. «si no me haces caso cuando te digo lo que tienes que hacer...»

6. Explicar cuál es la consecuencia negativa para el otro de la conducta descrita en el punto anterior. Este punto es de capital importancia, pues permite identificar y focalizar el problema en términos objetivos.

- a. «... el colesterol te sube muy alto.»
- b. «... la infección empeora.»

Es fundamental que las consecuencias expuestas en este punto 6 del Decálogo sean realmente sentidas como problema por el «otro». En caso contrario, lógicamente, no se conseguiría el efecto motivador deseado.

Una buena aplicación del modelo PRECEDE antes presentado permitirá identificar aquellas consecuencias de cada conducta concreta que sí resultan problemáticas para el «otro».

7. Ponerse en el *lugar del otro*, empatizar, anticipando las pegas, las dificultades que se hayan detectado al preguntarle sobre la conducta clave cuando se aplicó el modelo PRECEDE.

- a. «Entiendo que te gusten los pasteles porque...» (pegas detectadas).
- b. «Comprendo que pueda resultar complicado recordar que cada dos horas has de tomártelo. Me imagino que...» (pegas detectadas).

8. Asumir propia responsabilidad si la hay. Es una forma de desculpabilizar al «otro» y de implicar en el problema al propio profesional.

a. «Tal vez yo no te he comentado con anterioridad las muchas ventajas que...».

b. «Tal vez yo no te he facilitado aún algún truco que te permita recordar...».

Se trata de compartir responsabilidad, no de «tirarse piedras sobre el propio tejado», ni de culpabilizarse. De ahí que se utilice esa «entradilla» tan suave: «tal vez yo...».

9. *Pedir cambio*, mediante preguntas y utilizando la primera persona del plural como forma de implicación mutua. Se trata de que el «otro» y el profesional que pide el cambio busquen juntos las posibles soluciones. Cuando el «otro» se siente partícipe y siente que «conduce» su proceso, aumenta enormemente su implicación en los acuerdos y aumenta, por tanto, la probabilidad de un cambio comportamental duradero ¹¹.

Es fundamental que se pidan cambios alcanzables por el usuario, conociendo sus habilidades y posibilidades reales.

a. «¿Qué te parece que podemos hacer para que... no tengas el colesterol tan alto?»

b. «¿Qué te parece que podemos hacer para que... la infección no empeore?»

Obsérvese que en la segunda parte de la propuesta de cambio se recoge el problema que había sido identificado en el punto 6 del Decálogo. Un error que suele aparecer en este punto es colocar en la segunda parte de la propuesta no el problema (punto 6 del Decálogo) sino la conducta clave (punto 5 del Decálogo).

¹¹ Resulta curioso cómo con frecuencia, y a pesar de tener estupendamente preparado este punto 9, la inercia de la intervención lleva al profesional a olvidarlo y a decirle/imponerle directamente al «otro» el cambio que él valora como más acertado. Para que este automatismo no malogre el éxito del Decálogo es importante que en las primeras puestas en práctica del modelo el profesional esté especialmente atento a este punto 9.

10. *Ofrecer*, preguntándole, diversas *alternativas* de cambio, sólo en el caso de que el «otro» no haya aportado alternativas utilizables.

a. «¿Qué te parece si te planteas reducir...»

«¿Qué te parece si intentamos que...»

Otras alternativas: «¿qué te parece si...?»

b. «¿Qué te parece si diseñamos un gráfico que...»

«¿Qué te parece si a partir de lo que hemos hablado intentas...»

Otras alternativas: «¿qué te parece si...?»

Es importante que una vez el «otro» ha planteado (punto 9) o escogido (punto 10) una alternativa adecuada al objetivo de cambio propuesto, se «cierre» cuidadosamente el Decálogo con la asunción de un cierto acuerdo que contemple:

- La alternativa escogida, formulada de la forma más concreta y operativa posible.
- Un plazo de tiempo lógico para su realización.
- Los apoyos (metodológicos, emocionales, etc.) que el profesional facilitará al «otro».

Para que el cambio de conducta obtenido a través de la aplicación del Decálogo se mantenga en el tiempo, es importante que la alternativa finalmente escogida (sea en el punto 9 ó en el 10) se sitúe en el «cuadrante inteligente» que Carlo Cipolla nos proponía en el capítulo 3, cuadrante en el que «ambos ganan».

En el caso de que la aplicación de este modelo obtenga el objetivo de cambio propuesto será importante reforzar el cambio de conducta, para que dicho cambio se mantenga. Para ello es fundamental:

1. Darle al «otro» mensajes de reconocimiento, en primera persona del singular (mensajes yo).
 - a. «Me encanta que hayas conseguido reducir...»
 - b. «Me alegra mucho saber que durante esta semana...»

2. Avisarle de las ventajas que va a obtener con el cambio.
 - a. «En unas semanas vas a notar una mejora importante en...»
 - b. «En unos días comprobaremos cómo se ha conseguido...»
3. Repetir, a lo largo del tiempo, los dos puntos anteriores.
4. Reforzarse (el profesional) por el cambio de conducta logrado.

Ocurre a veces que, pese a aplicar correctamente el modelo, el cambio no se consigue.

En esos casos la recomendación es:

1. Hacer «un poquito» de autocontrol emocional; es decir «volver a pensar» (capítulo 3) para lograr que la subsiguiente pregunta se haga desde emociones como «tranquilidad» e «interés», y no desde emociones como «rabia» o «impotencia».
2. Preguntarle al «otro» los motivos que han propiciado que el cambio no se produjese, no dando las causas por supuestas.
3. Repetir los diez pasos del Decálogo, incorporando los motivos detectados que han dificultado el cambio. Esto puede incluir la reformulación del objetivo en aras de hacer el cambio más alcanzable.
4. Avisar de las consecuencias negativas que puede tener el mantenimiento de la conducta, intentando hacerlo de forma no amenazante.
 - a. «Probablemente en pocas semanas sufras...».
 - b. «Es muy posible que en pocos días te aparezcan...».

El Decálogo aquí presentado tiene una secuencia muy definida, muy concreta. Dicha secuencia ha sido diseñada así para optimizar la intervención del profesional. Sin embargo la incorporación del Decálogo al bagaje y estilo de cada profesional conlleva la posibilidad de una cierta flexibilización en el ritmo, la intensidad e incluso el orden de la secuencia. El Decálogo pretende ser un instrumento facilitador, no un corsé rígido y paralizador.

Para ir entrenándose en el uso eficaz de este instrumento –a fin de utilizarlo cuanto antes en el ámbito profesional– resulta interesante empezar a ponerlo en práctica en ámbitos algo menos comprometidos, como pueden ser el entorno doméstico y el del círculo de amigos.

El Decálogo de petición de cambios es uno de los instrumentos que el profesional de la salud puede pasar-facilitar al usuario para que éste lo aplique en su entorno familiar y microsocioal a fin de conseguir las modificaciones que sean necesarias para facilitar y/o reforzar sus propios cambios comportamentales.

A modo de ejemplo:

1. Si el profesional está intentando promover que la usuaria A.F. (50 años, ámbito rural, con marido –que nunca va a la consulta– y cuatro hijos) realice una dieta determinada, probablemente será necesario, como paso previo imprescindible, que A.F. motive algún cambio de conducta en su marido (sea en relación a la propia dieta o al hecho de no acudir nunca a la consulta).
2. Si el profesional está intentando promover que la usuaria B. (35 años, ejerciendo la prostitución desde los 18) realice prácticas sexuales más seguras, probablemente será muy deseable, como paso paralelo facilitador, que B. motive algún cambio de conducta en sus clientes.
3. Si el profesional está intentando promover que el usuario J.L. (18 años, estudiante) realice un consumo más moderado de alcohol los fines de semana, probablemente será necesario, para que el cambio llegue a producirse (y mantenerse), que J.L. motive algún cambio de conducta en sus amigos y conocidos.

INSTRUMENTOS DE INTERVENCIÓN GRUPAL

Se presentan a continuación una serie de instrumentos y metodologías que permiten intervenir en grupos y poblaciones, después de haber realizado el correspondiente diagnóstico comportamental a través del modelo PRECEDE y del análisis funcional de la conducta (ver Instrumentos de diagnóstico comportamental, capítulo 5).

1. Grupo de iguales (*peer group*)

La aparición del VIH/sida puso de manifiesto la eficacia de los grupos de iguales (*peer groups*), tanto para provocar cambios de comportamiento y de estilos de vida, como para mantener dichos cambios en el tiempo.

La existencia, en el propio colectivo, de una red relativamente organizada y con credibilidad permitió que la información sobre el VIH/sida circulara de forma rápida y creíble entre la población «gay» (hombres que tienen relaciones sexuales con hombres). Se estaba cumpliendo una vez más aquello de que «una información, para ser retenida, debe ser confirmada por cercanos que compartan las mismas preocupaciones y los mismos problemas.» (Pollak, op. cit.). Y no sólo se modificaba la información, sino también las conductas; pues, como nos recuerda Bayés: «La correlación más elevada con la modificación de los comportamientos de riesgo en relación al VIH/sida, aparece cuando el individuo observa que sus compañeros están cambiando dichos comportamientos tanto entre homosexuales masculinos —estudios de Stall, Coates y Hoff— como entre usuarios de drogas por vía parenteral (UDVP)» —estudios de Des Jarlais y Friedman— (Bayés, ob. cit.).

Había reticencias, sin embargo, respecto a la posibilidad real de poner en marcha «grupos de iguales» entre UDVP. Se llegó a decir que eso era imposible dada la conducta «depredadora» que tenían entre ellos («si pueden se hacen la pirula entre ellos mismos»). Los hallazgos de estudios realizados sobre el terreno con técnicas antropológicas (observación participante, relatos de vida, etc.) matizaron mucho dichas afirmaciones. Así, Oriol Romaní en un estudio (inérito) realizado en Barcelona, encontró que entre los UDVP «junto al egoísmo del caballo, aparece un sentimiento de solidaridad, cooperación, complicidad por compartir el mismo estilo de vida». Muy lejos de allí, en Nueva York, Samuel Friedman hablaba frecuentemente en sus artículos del altruismo que descubría día a día entre los UDVP de la ciudad norteamericana.

Parecía pues que, basándose en la «cara solidaria de la moneda», podían también llevarse a cabo intervenciones con «grupos de iguales» en la población UDVP. Las posteriores experiencias realizadas en numerosas ciudades –Nueva York, Amsterdam, Londres, Barcelona, Granada y Madrid entre otras– han confirmado esa idea.

Los resultados obtenidos con esta metodología en relación al tema VIH/sida en poblaciones como «hombres que tienen relaciones sexuales con hombres» y «usuarios de drogas por vía parenteral» ha impulsado su aplicación en otras poblaciones: jóvenes, personas que ejercen la prostitución, mujeres, y en otros temas distintos al VIH/sida: alimentación, consumo de drogas (institucionalizadas o no), sexualidad.

Cada vez más, parece posible (además de deseable y útil) que ese objetivo tantas veces formulado en planes de salud y programas de intervención, la participación de la población, el papel activo de los propios afectados, sea un hecho real.

No cabe duda de las enormes ventajas que, cara a conseguir cambios duraderos en hábitos y conductas, conlleva el hecho de que la propia población diana sea (y se sienta) conductora-protagonista del proceso. La adecuación de los contenidos y las formas, de los mensajes, la credibilidad de los mismos, la motivación para la acción, etc., son botines demasiado preciados como para abandonarlos.

A continuación se ofrecen algunas sugerencias prácticas para promover dicha metodología (grupos de iguales, grupos de pares, grupos de homólogos, educación entre iguales):

- a. Identificar a los líderes de opinión con mayor credibilidad y capacitarlos (mediante sesiones de discusión en relación con información y actitudes) en metodologías formativas (talleres de entrenamiento), para que puedan convertirse en vehículos eficaces de transmisión de información, actitudes, creencias y habilidades.
- b. Promover la capacitación como agentes de salud, mediante talleres de entrenamiento en habilidades sociales, formación de formadores, etc., de aquellos miembros de la población diana –no necesariamente líderes– que tengan más claro el tema de la prevención o que tengan cierta preocupación por su salud, o que piensen que sí están «un poco» en riesgo, para que puedan intervenir sobre sus iguales.

- c. Incorporar desde el inicio del programa a miembros de la propia población diana; esto asegura la pertinencia de los contenidos (argot, frases clave, argumentos, etc.) y las formas (cómic, vídeos, cuentos, etc.), y aumenta la credibilidad de la propia intervención o programa.
- d. Promover que los miembros de la población diana elaboren sus propios materiales de apoyo como forma de aprehender los conceptos clave y aumentar su motivación para el cambio.

A MODO DE COMENTARIO

Como muy sabia y sencillamente se dice en *The European Peer Support Manual* (Niad, 1994): «... el apoyo entre compañeros no es un nuevo acercamiento, sino tan sólo un aprovechamiento —intencionado— de esta influencia cotidiana entre compañeros».

2. Taller de entrenamiento

El concepto de «taller» nace asociado a la puesta en marcha de intervenciones que intentan capacitar a las personas para el desarrollo de habilidades y destrezas.

Como ha quedado de manifiesto ambos aspectos (habilidades y destrezas) son muy relevantes para la promoción de hábitos y conductas más saludables. Por ello, se facilitan a continuación una serie de sugerencias metodológicas que ayuden al profesional de la salud a utilizar cómodamente el instrumento de intervención grupal que denominamos «taller»:

Idea clave de un taller: «se aprende haciendo, debatiendo, reflexionando, pensando».

Formato básico de un taller:

- a. Breve introducción sobre los objetivos y metodología del taller.
 - b. Propuesta de aplicación práctica y entrenamiento de las técnicas, instrumentos y habilidades que correspondan al objetivo del taller.
- Ello podrá llevarse a cabo a través de escenificaciones como juego de roles, estudio de casos, solución de problemas, etc.

- c. Puesta en común y debate acerca de los productos grupales elaborados (la escena realizada, el caso o el problema resuelto, etc.).

Es importante para la motivación del grupo y para concretar lo aprendido, empezar reforzando lo positivo del producto presentado y después ofrecer, conjuntamente con el resto del grupo, criterios para cambiar lo negativo (mejorable) del producto presentado.

- d. Síntesis final integrativa, subrayando las aportaciones realizadas y los aprendizajes conseguidos.

En la medida de lo posible, intentar que el propio grupo elabore la síntesis final, a fin de:

- Obtener información sobre los conocimientos y habilidades adquiridos.
- Identificar los términos en los que son expresados los conceptos clave (uso de argot, de variables subculturales y/o étnicas, etc.).
- Motivar a los miembros del grupo, dándoles protagonismo,
- Aumentar su autoeficacia percibida (su «sentirse capaz de...»).

3. Metodologías formativas

Existen gran cantidad de métodos encaminados a fomentar aprendizajes. El listado que aquí se presenta no pretende ser exhaustivo, sino simplemente referencial y útil para diseñar intervenciones formativas con distintos grupos poblacionales. Por ello, los 4 métodos que se comentan (expositivo, demostrativo, interrogativo, por descubrimiento) se presentan en forma esquemática y sintética. Quizás le ayude al lector a recordar estos métodos, el hecho de jugar un poco con las respectivas iniciales y comprobar cómo se puede formar fácilmente el acrónimo EDIPO.

MÉTODO EXPOSITIVO

- Papel (rol) docente: ¿qué hace fundamentalmente el sanitario formador en este método?
 - «Exponer»; esto es... hablar, decir.

Un alumno decía muy gráficamente que, en el método expositivo, lo que realmente se hace es «largar».

- Papel (rol) alumnos: ¿qué hacen fundamentalmente los alumnos en este método?
 - Escuchar, al menos, durante algunos minutos.

Ventajas:

Pocas necesidades «estructurales» en cuanto al espacio y al tiempo: no requiere sillas móviles, ni que los alumnos se vean las caras, ni mucho tiempo (pues no hay intercambio de opiniones, no hay debate; sino en todo caso un espacio para aclaraciones: pregunta-respuesta).

Una cierta utilidad para clarificar conceptos poco discutibles, siempre que no se tenga como objetivo modificar actitudes o creencias.

En formación de formadores (por ejemplo: capacitación de mediadores para que actúen como agentes de salud) puede ser interesante para demostrar («en vivo y en directo») hasta qué punto es un método inadecuado y poco útil para promover aprendizajes.

Desventajas-Riesgos:

Metodología poco facilitadora de aprendizajes, dada la pasividad a la que el alumno se ve obligado.

Con este método se suele «aburrir hasta el apuntador».

COMENTARIOS PRÁCTICOS

Este método puede «aligerarse» (hacerse menos plúmbeo) con el uso de materiales audiovisuales (vídeo, dispositivas), con una utilización adecuada del retroproyector de transparencias (el docente de cara al público) y, claro está, con la introducción de anécdotas, bromas o referencias personales.

MÉTODO DEMOSTRATIVO

Este método tiene dos fases bien diferenciadas.

Fase 1ª

- Papel (rol) docente: ¿qué hace fundamentalmente el sanitario formador en esta primera fase?

- Demostrar; esto es decir + hacer.

No sólo dice lo que hay que hacer, sino que además lo hace («realiza la demostración»; por ejemplo, demuestra-ejemplifica cómo convencer a un usuario para que siga determinada dieta) o cómo se pone un condón, o cómo se hace un autoanálisis.

- Papel (rol) alumnos: ¿qué hacen fundamentalmente los alumnos en esta primera fase?

- Escuchar y observar.

Fase 2ª

- Papel (rol) alumnos: ¿qué hacen fundamentalmente los alumnos en esta segunda fase?

- Lo mismo que han visto hacer al docente. Es decir, copiar-imitar la demostración observada en la fase 1ª.

- Papel (rol) docente: ¿qué hace fundamentalmente el sanitario formador en esta segunda fase?

- *Retroatimentar*; esto es, observar las acciones de los alumnos, valorando lo bien hecho y proponiendo alternativas a lo mejorable.

- Realizar una síntesis final integrativa.

Ventajas:

Fomenta la participación de los alumnos.

Posibilidad de que se produzca realmente el aprendizaje, pues el alumno en la 2ª fase «pasa a la acción»: hace.

Desventajas-Riesgos:

El método parte de la idea, cuestionable y arriesgada, de que lo que hace el docente es prácticamente perfecto y/o la única forma de actuar.

A veces, no se realiza la fase 2ª. Sin ella, el método podría considerarse un expositivo «algo más vistoso y divertido» (los alumnos no sólo han podido escuchar el qué, sino que han visto el cómo); pero, desde luego, no sería en ningún caso un demostrativo pues los alumnos no habrían consumado el paso clave: pasar a la acción... hacer.

COMENTARIOS PRÁCTICOS

Es conveniente desglosar la tarea en fases, secuenciándola de lo más fácil a lo más difícil. Este método puede enriquecerse enormemente si, en la 2ª fase, el docente, en lugar de valorar en solitario las acciones que van realizando los alumnos, propone una revisión-valoración conjunta con los propios alumnos, realizada metodológicamente siguiendo las líneas del método que se presenta a continuación (método interrogativo).

MÉTODO INTERROGATIVO

- Papel (rol) docente: ¿qué hace fundamentalmente el sanitario formador en este método?
 - «Interrogar»; esto es..., preguntar. Sí, pero con algunas condiciones:
 - Las preguntas formuladas deben permitir al alumno elaborar-crear respuestas «nuevas» (no dichas, no explicitadas en el aula). No sirven, en este método, preguntas en las cuales el alumno se limite a afirmar o negar, o a repetir respuestas ya dichas.
 - Las preguntas deben ser estimulantes para el alumno, una incógnita interesante para él.
 - Devolver todas las respuestas al grupo, para que éste argumente, rebata, confirme (¿qué opináis?, ¿por qué estáis de acuerdo con esa afirmación?, ¿en qué te basas para decir que...?).
 - Realizar una síntesis final integrativa.

- Papel (rol) alumnos: ¿qué hacen fundamentalmente los alumnos en este método?
 - Buscar, elaborar, crear las respuestas y posteriormente, argumentarlas y discutir las.

Ventajas:

Fomenta la participación de los alumnos. Aumenta su autoeficacia percibida (su «sentirse capaz de...») y su autoestima.

Permite al docente tener en poco tiempo una «foto» del grupo que tiene delante: qué saben, quién participa, cómo participan, etc.

Facilita aprendizajes y cambio de actitudes.

Es una buena alternativa al método expositivo, para abordar objetivos «conceptuales» del tipo: aprender a identificar las ventajas del uso del condón; o aprender a identificar los conceptos clave de la teoría x.

Desventajas-Riesgos:

Requiere tiempo.

Requiere una buena selección de las preguntas motor (las cuestiones clave).

COMENTARIOS PRÁCTICOS

Es importante tener en cuenta (anotándolas, comentándolas, devolviéndolas al grupo) todas las aportaciones realizadas por los alumnos, no sólo las supuestamente «buenas», a fin de no desmotivar la participación de aquellos alumnos que hagan aportaciones de menos interés. Es recomendable empezar sondeando el nivel de conocimientos del grupo para partir del mismo, comenzando con preguntas abiertas que admitan diversas respuestas, para ir cerrándolas luego a medida que los conceptos se vayan haciendo más concretos y específicos.

Son muy útiles para este método las clásicas preguntas de los griegos: qué, cómo, cuándo, cuánto, por qué, para qué, dónde, quién.

MÉTODO POR DESCUBRIMIENTO

- Papel (rol) docente: ¿qué hace fundamentalmente el sanitario formador en este método?
 - Proponer la resolución de un problema o el afrontamiento de una situación (por ejemplo: conseguir que el paciente R.S. siga las prescripciones que le correspondan) si el grupo a formar es un equipo de profesionales; o elaborar una dieta semanal saludable, si el grupo a formar es un grupo de pacientes diabéticos.
 - Proporcionar los recursos y medios necesarios para ello.
 - Retroalimentar el desarrollo de la actividad, asesorando a los alumnos (aclarando dudas, devolviendo preguntas al alumno, al grupo) y estimulando y motivando la participación de todos los miembros del grupo.
 - Realizar, al final de la sesión, una síntesis integrativa.
- Papel (rol) alumnos: ¿qué hacen fundamentalmente los alumnos en este método?
 - Buscar soluciones y alternativas al problema o situación planteados.

Ventajas:

Es un método enormemente participativo, creativo y estimulante, tanto para el docente como para los alumnos.

Aumenta la autoestima de los alumnos y su autoeficacia percibida (su «sentirse capaz de...»).

Facilita aprendizajes y cambio de actitudes.

Se interiorizan más fácilmente los aprendizajes pues son los propios alumnos los que los «construyen».

Desventajas-Riesgos:

Requiere tiempo.

Requiere una buena selección de los casos, los recursos y los medios de apoyo.

COMENTARIOS PRÁCTICOS

Si se quiere aplicar el método por descubrimiento en grupos medianos (25-30 personas) será necesario dividirlos en grupos más pequeños (el número ideal para facilitar la participación y optimizar recursos es 6) y luego realizar una puesta en común.

Durante el trabajo de los alumnos la tarea asesora del docente es fundamental, el docente no puede asignar la tarea, poner a los alumnos a trabajar y... marcharse a tomar un café. El momento más «sagrado» del aprendizaje, el único que el docente no se puede perder es cuando el alumno está haciendo, practicando, aprendiendo. Un grupo puede llegar a un producto final «digno» a través de un procedimiento «absolutamente mejorable» (que el formador se habría perdido si se ha ido a tomar un refresco, o se ha puesto a leer el Diario Médico). Por otra parte, durante el trabajo práctico de los alumnos suelen aparecer dudas que sí se comparten y se ponen de manifiesto en el trabajo en grupos pequeños pero que suelen ocultarse en las puestas en común en gran grupo (y si el formador se los ha perdido, no podrá abordarlos en la puesta en común o en la síntesis final).

A MODO DE SÍNTESIS

Sea cual sea el método escogido (expositivo aparte, pues éste lo desaconsejamos vivamente), existe un esquema básico que facilitará la tarea del profesional sanitario que ejerce la labor educativa:

- Parte 1: *Breve presentación* a cargo del docente de:
 - Objetivo/s (qué se quiere conseguir).
 - Metodología/s (cómo se quiere conseguir).
- Parte 2: *Actividad* centrada en el *alumno* haciendo, debatiendo, argumentando, pensando, construyendo, creando.
- Parte 3: *Breve síntesis* final integrativa a cargo del docente, a partir de los productos realizados por los alumnos en la Parte 2.

Será precisamente el contenido de la Parte 2, la centrada en la actividad del alumno, el que determinará el «nombre etiqueta» del método utilizado.

En la aplicación de todos los métodos presentados hay un aspecto clave: la temporalización de la actividad. ¿Cuánto tiempo dura cada una de las fases en las que se divide cada sesión?, ¿cuánto tiempo dura la presentación de la actividad?, ¿qué se va a hacer y cómo?, ¿y la síntesis?, ¿cuánto tiempo están realmente activos —haciendo, debatiendo, argumentando— los alumnos?

La temporalización de una sesión permite descubrir curiosas falacias, como la de aquel docente que quería utilizar un método creativo (como el que hemos llamado «por descubrimiento») pero que a la hora de temporalizar diseñaba una sesión de 60 minutos, de la siguiente manera:

- Parte 1: Presentación (20 minutos), porque decía: «es muy importante que les quede claro a los alumnos qué vamos a hacer y cómo vamos a hacerlo».
- Parte 3: Síntesis final (20 minutos), porque decía: «es muy importante que les queden claras a los alumnos las 4 ideas fundamentales».

Y, por tanto,

- Parte 2: Actividad centrada en el alumno... ¡¡10 minutos!!

Una temporalización de este tipo indica claramente que el docente, pese a sus supuestas intenciones, sigue pensando que los alumnos van a aprender por lo que él diga, y no por lo que ellos hagan. Y ya se ha comentado antes lo poco facilitador de aprendizajes que es un enfoque de este tipo.

Por todo lo dicho, es recomendable hacerse la siguiente pregunta reflexión antes de diseñar una sesión educativa y de escoger el método correspondiente: ¿gracias a qué creo yo que pueden aprender mis alumnos (sean usuarios o compañeros)?: ¿a lo que yo diga?, ¿a lo que yo haga? o ¿a lo que ellos hagan, digan, construyan...?

TÉCNICAS DE REFUERZO

Ideas clave

1. Se considera refuerzo cualquier evento interno y/o externo que sigue a una conducta y que aumenta la probabilidad de que esa misma conducta se repita en el futuro.
2. Es necesario que el sujeto perciba la relación causa-efecto entre la conducta y el refuerzo.
3. Puede concretarse tanto en «conseguir algo positivo» como en «evitar algo negativo». Sin embargo, en el primer caso, el refuerzo es más motivador.
4. El propio sujeto define lo que para él es positivo o negativo. Por tanto, es fundamental observar y/o preguntar el tipo de reforzadores que motivan a cada sujeto.
5. Para modificar cualquier conducta hay que detectar los refuerzos que la están manteniendo y diseñar intervenciones que permitan al sujeto aprender otros tipos de conductas que le proporcionen el mismo refuerzo o alguno similar.

TIPOS DE REFORZADORES

1. Materiales: comida, no en situación de hambre sino como algo extra, regalos.
2. De actividad: leer, viajar, divertirse.

Estos dos primeros tipos pueden ser útiles para personas poco motivadas, con baja autoestima, que no «creen» en el reconocimiento externo, y cuando la conducta que hay que conseguir requiere mucho esfuerzo o el abandono de refuerzos potentes.

3. Generalizados: el dinero. A través de él puede accederse a «casi» todos los demás.

La alternativa de dar dinero o regalar obsequios a alguien por llevar a cabo conductas saludables es, por motivos diversos, poco realista. En cambio, sí puede sugerirse al usuario que se recompense, después de alcanzar sus logros, obsequiándose con regalos, actividades que resulten gratificantes, etc.

4. Sociales: atención, reconocimiento, muestras de afecto.

Estos son los reforzadores más potentes, probablemente por su efecto sobre la autoestima. De ahí la necesidad del autorrefuerzo en la propia regulación de la conducta, dado que no siempre se cuenta, para reforzar, con alguien en el momento adecuado.

Tanto el usuario como el profesional pueden beneficiarse del autorrefuerzo. Ambos pueden entrenar la habilidad de reconocer y valorar los logros conseguidos. Para ello un paso previo consiste en plantearse objetivos a corto plazo que sean realmente alcanzables.

Una vez conseguido el cambio, es el momento de reconocerlo y valorarlo, mediante alguno de los tipos de refuerzo que se han presentado en este capítulo. El que suele estar más a mano es el «social», que se concretaría en el uso de frases y palabras de reconocimiento («¡bien, lo he conseguido!», «¡lo estoy haciendo de maravilla!», «ha sido estupendo lograr que Pedro...»).

COMENTARIOS PRÁCTICOS

1. Los refuerzos materiales y de actividad, son especialmente útiles en el momento de instaurar la nueva conducta. Inmediatamente después deben acompañarse del refuerzo social y más tarde, del autorrefuerzo que va a permitir mantener la nueva conducta.
2. Es recomendable ir cambiando el tipo de refuerzo para evitar que el sujeto se sacie del refuerzo y que, por tanto, éste pierda su eficacia.
3. Para instaurar conductas se requiere un refuerzo continuo; para mantenerlas, un refuerzo intermitente.
4. Es importante que el refuerzo sea inmediato, aunque no muy intenso. En este sentido el refuerzo verbal, interno o externo, tiene la ventaja de ser el que está «más a mano».
5. Es fundamental que la conducta meta sea accesible al sujeto y que éste sea y se sienta capaz de conseguirla.
6. Si es una conducta compleja, para las habilidades y/o motivación real del sujeto, habrá que: a) descomponerla en conductas más accesibles; b) ir «elevando el listón» con aproximaciones sucesivas que lo acerquen a la conducta meta reforzando los logros que se vayan consiguiendo; y c) ir entrenando al sujeto en las habilidades necesarias.

7. El refuerzo debe aplicarse de forma «agradable», nunca de forma seca o cortante.
8. Si el refuerzo se aplica de forma rutinaria y sin entusiasmo disminuye su efecto.
9. Si sólo se refuerza cuando se va a pedir un cambio, en muy poco tiempo este refuerzo perderá su eficacia («no me refuerces tanto y dime directamente qué me vas a pedir hoy», podría ser la desmotivada —y desmotivante— respuesta a un error de este tipo). Una buena manera de evitarlo, consiste en reforzar con frecuencia, casi siempre, independientemente de si luego se van a pedir cambios o no.

IMPORTANTE PARA RECORDAR

Las primeras veces que una persona refuerza a otra, o se refuerza, se oye «raro» («poco natural», «teatral» llegan a decir algunos). Ante esto, que es lógico que ocurra cuando se hace algo por primera vez, algunas personas dejan de reforzar. Otras, en cambio, lo que hacen es intentar «naturalizar» sus refuerzos, de acuerdo a los siguientes pasos:

1. Entrenar su uso.
2. Analizar cada uso, reforzando lo que ha salido bien y mejorando lo «mejorable».
3. Incorporarlo al estilo personal de comunicación. Hay gente más gesticulante y gente menos gesticulante; hay gente más cálida y gente menos cálida; hay gente más seria y gente menos seria, etc.

Y como se ha dicho en el capítulo 4, «después del refuerzo, nunca un pero».

CAPÍTULO 6

USO Y DISFRUTE DE LAS HABILIDADES EMOCIONALES Y DE COMUNICACIÓN

ÁREAS DE APLICACIÓN

De los planteamientos expuestos en los cinco capítulos anteriores se desprende que las habilidades emocionales y de comunicación están especialmente indicadas para abordar enfermedades de carácter crónico y aquellos problemas de salud que tienen relación con los estilos de vida de la población.

Estas habilidades han demostrado su eficacia para facilitar la adopción y el mantenimiento de comportamientos saludables por parte de la población.

Experiencias e investigaciones llevadas a cabo en los últimos diez años señalan su gran utilidad en los siguientes campos: prevención de enfermedades, promoción de hábitos y de estilos de vida saludables, intervención sobre factores de riesgo, cuidados paliativos.

A pesar de que este conjunto de habilidades constituyen en nuestro entorno una tecnología que se encuentra en el albor de su potencial, hay áreas de problemas específicos en los que su utilización está siendo ya especialmente clave. Áreas sobre las que se presentan a continuación algunas ideas complementarias.

MANEJO DE PACIENTES EN SITUACIÓN TERMINAL

1. Objetivo: cuidar, proporcionar confort y bienestar.

Se entiende por confort y bienestar:

- a. Lograr un control de síntomas¹² y
- b. Satisfacer necesidades:
 - Físicas
 - Emocionales
 - Sociales
 - Espirituales

2. Formas de lograrlo

- a. Acompañando al paciente (proximidad, contacto físico, contacto visual, etc.).
- b. Permitiendo la expresión de las emociones y respetando silencios, llantos, etc.
- c. Empatizando con sus preocupaciones, sus miedos.
- d. Preguntando por sus necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales.
- e. Satisfaciendo dichas necesidades (directamente y/o derivando).
- f. Atendiendo a la familia:
 - facilitando aprendizajes para el manejo de sus propias emociones,
 - informando sobre recursos: sanitarios, sociales, etc.,
 - informando sobre la actuación que pueden realizar con el paciente: cuidar, dar soporte emocional, comunicarse, etc.

¹² Debe tenerse muy en cuenta en este punto la percepción de los síntomas por parte del propio paciente.

Uno de los elementos que más puede ayudar a la familia a elaborar un duelo no patológico es que la familia se sienta verdaderamente útil durante el desarrollo de la enfermedad y en los momentos que rodean (antes, durante y después) el óbito. Este será, por tanto, uno de los objetivos prioritarios para el profesional sociosanitario cuando aborde con los familiares y allegados la fase terminal de algún paciente.

En el trato con pacientes en situación terminal surgen muchas veces en los profesionales sentimientos intensos de impotencia, rabia, inutilidad y angustia. Por ello es muy importante que el profesional utilice a fondo las habilidades de autocontrol y comunicación descritas en este documento.

MANEJO DE POBLACIONES DE DIFÍCIL ACCESO

Algunas sugerencias:

1. Conviene no dar nada por supuesto y sí, en cambio, observar, preguntar y escuchar. El modelo PRECEDE (capítulo 5 Habilidades de motivación para el cambio) señala qué aspectos son prioritarios a la hora de observar, preguntar y escuchar ¹³.
2. Si se quiere realmente producir cambios en determinadas poblaciones diana resulta muy útil emplear vías de acceso, canales de comunicación y puentes de contacto que tengan probada credibilidad ante dichas poblaciones. Está siendo clave en este punto el papel de organizaciones no gubernamentales (ONG), grupos de ayuda mutua (GAM) y grupos de afectados.
3. El incorporar a miembros de las propias poblaciones diana desde el inicio del proyecto (diseño incluido) facilita la pertinencia de mensajes y medios, y aumenta considerablemente la credibilidad de todo el proyecto. De esta manera se evita el riesgo de «todo para los jóvenes, pero sin los jóvenes» o «todo para los toxicómanos, pero sin los toxicómanos», «todo para los ancianos, pero sin los ancianos» que tanta ineficacia suele provocar.

¹³ No vaya a ocurrir como en el caso de aquella campaña de prevención del vih/sida dirigida a los «gays chicanos», que tardó dos años en descubrir que los «gays chicanos» no existían. Esto es, cuando los chicanos se referían a hombres que tenían relaciones sexuales con otros hombres los llamaban de otra forma. ¡La población diana no existía!

4. El hecho de trabajar con «grupos de iguales» formados y conducidos por miembros de las propias poblaciones diana ha mostrado ser una de las metodologías más efectivas para lograr cambios comportamentales y facilitar estilos de vida más saludables (ver Grupo de iguales en Instrumento de intervención grupal, capítulo 5).
5. La aplicación comunitaria de las habilidades emocionales y de comunicación no ofrece excesivas dificultades. Los elementos conceptuales clave, expresados en el capítulo 1 (objetivos, métodos, protagonistas e ideas marco) y las técnicas y métodos implicados: autocontrol (capítulo 3), comunicación (capítulo 4) y motivación para el cambio (capítulo 5), son muy adaptables al ámbito comunitario.

PREVENCIÓN Y AFRONTAMIENTO DE SITUACIONES LÍMITE

Una de las situaciones que más sensaciones de indefensión crea en el profesional, que más le altera y le preocupa, es aquella en la que uno de sus usuarios VIH positivo no quiere comunicárselo a su pareja (que es también usuaria del mismo profesional) y, además, se niega a usar medidas de prevención en sus relaciones sexuales con penetración.

Se trata realmente de una situación muy complicada dada la importancia fundamental de mantener el secreto profesional y la confidencialidad para no romper, probablemente de forma irrecuperable, la relación con el usuario. Una buena forma de prevenir la ocurrencia de dicha situación, o de afrontarla con éxito si aparece, es poner en práctica las habilidades emocionales y de comunicación desde el inicio de la relación con el usuario. Cuando se ha hecho así, han mostrado su eficacia para evitar la aparición de situaciones límite como la mencionada.

Además de prevenir situaciones tan difíciles como la comentada, este conjunto de habilidades es útil también para intervenir cuando, por razones diversas, la situación difícil ya se ha producido. Volvamos al ejemplo:

El profesional le comunica al usuario P.R. (con unas palabras –«la letra»– y unas formas –«la música»– muy adecuadas) que ha dado positivo en la prueba.

El usuario reacciona aceptablemente bien (no por casualidad, sino porque el profesional había preparado muy bien esa posibilidad en el momento en que, unos días antes, el usuario solicitó la prueba).

En un momento determinado de la conversación, el profesional le comenta que sería importante comunicarle a su pareja (llevan 5 años casados) dicho resultado. El usuario, muy nervioso, responde:

– «¡Ni hablar!, ¡ni pensarlo!, ¡seguro que si se entera me abandona!»

Ante esto, el profesional se plantea 6 acciones fundamentales:

1. Evitar culpabilizar y/o amenazar al usuario, con frases del tipo: «si tu mujer te quiere no te dejará», «es tu obligación decírselo; si no, atente a las consecuencias».
2. Evitar desvalorizar el temor expresado por el usuario, con frases del tipo: «venga hombre, no digas tonterías».
3. Hacerse (el propio profesional) la siguiente reflexión: si pienso por un momento que soy yo el que ha dado positivo y que tengo que decírselo a mi mujer ¿cómo me sentiría? De ahí, a la pregunta clave: ¿puedo entender que P.R. tenga ese temor?

El profesional se ha respondido que sí, y por tanto puede llevar a cabo honestamente el siguiente paso.

4. Empatizar (de forma concreta) con P.R.: «entiendo realmente que decirle a tu mujer que ha salido positivo te resulte difícil, y que sientas...».
5. Sondear los recursos y habilidades con que cuenta P.R. para hacer frente a esa situación: «¿cómo crees que podríamos...?, ¿qué crees que...?».
6. Ofrecer ayuda, alternativas: «¿qué te parece si...?», «veamos si podemos...».

Un par de comentarios finales:

1. El Decálogo de petición de cambios (capítulo 5) sería un instrumento adecuado para intervenir más estructuradamente en situaciones como la presentada.
2. En situaciones difíciles, en las que se han hecho varios intentos infructuosos para motivar cambios, puede valorarse la pertinencia de usar preguntas dicotómicas como las presentadas en el capítulo 3 (Habilidades emocionales). Supuesto el ejemplo anterior:
 - Profesional: «¿Te gustaría infectar a tu pareja... o no?».
 - Usuario: «¡Hombre, eso no!».
 - Profesional: «Y para que eso no pase ¿qué crees que podrías/podríamos hacer?».

RENTABILIDADES

Una revisión de las experiencias llevadas a cabo en el abordaje del VIH/sida y de otras enfermedades crónicas parece mostrar que las habilidades emocionales y de comunicación presentadas en este libro resultan rentables para el profesional de la salud, el cual trabaja más confortablemente y de forma más eficaz. También es rentable para el usuario que no sólo manifiesta mejoras en el trato recibido sino especialmente en los resultados en cuanto a calidad y cantidad de vida.

Además, ¿acaso no es más rentable, también económicamente, una intervención preventiva bien hecha?

Sólo un par de comentarios adicionales a este respecto, en relación al VIH/sida:

1. Las estimaciones más modestas sitúan en 60 mil euros el coste de un enfermo de sida.
2. Los tratamientos actuales, además de mejorar la calidad de vida de los enfermos, aumentan su supervivencia. Los gastos asociados, obviamente, van a ir incrementándose. Una prevención eficaz parece más deseable que nunca.

Desde luego, las habilidades emocionales y de comunicación son rentables socialmente por cada una de las rentabilidades parciales citadas y porque ofrece también una manera eficaz de prevenir y/o paliar otro tipo de enfermedades, las enfermedades que podrían denominarse «sociales» (el «sida social» sería quizás el ejemplo paradigmático). Estas se manifiestan con síntomas como discriminación, marginación y violencia cuya repercusión en la prevención y el abordaje de la correspondiente enfermedad «biológica» (el «sida biológico» en el ejemplo) es cada vez más obvia; ¿qué conducta preventiva saludable puede esperarse de un ex-UDVP que ha sido rechazado repetidamente de la consulta de un dentista por ser seropositivo? ¿Qué conducta preventiva saludable puede esperarse de los padres de una niña real o supuestamente seropositiva que son obligados a abandonar no ya la escuela, sino el propio pueblo de residencia?

Como se ha ido comentado a lo largo de la presente obra, las habilidades emocionales y de comunicación son totalmente aplicables en el entorno profesional de los sanitarios, para mejorar la calidad del servicio que se ofrece a los pacientes y, desde luego, para enriquecer las relaciones con el resto del equipo y con el resto de profesionales (sanitarios o no) implicados en el objetivo de mejorar la salud de los ciudadanos.

Todas y cada una de las habilidades presentadas en este libro, y todos y cada uno de los instrumentos que aquí se han ofrecido, son aplicables a la vida personal diaria de los profesionales de la salud, para mejorar su relación con sus familiares, con sus amigos, con sus conciudadanos. Para ser mejores personas y disfrutar más de cada instante, de cada actividad, de cada relación. Para ser, en definitiva, más felices y hacer más felices a los demás. Es deseable, es posible, es difícil y... ¡es un sueño alcanzable!

BIBLIOGRAFÍA

Los objetivos de la bibliografía que se cita son los siguientes:

1. Verificar la información planteada en el texto de esta publicación.
2. Profundizar en ideas, conceptos y aplicaciones de aspectos específicos.

A fin de aumentar la utilidad de esta parte se han agrupado las referencias de acuerdo a los contenidos de los distintos capítulos de este libro. En algunos casos, el interés y la amplitud de la obra mencionada ha aconsejado citarla en distintos capítulos. Por otra parte, la bibliografía correspondiente al capítulo 6 se ha organizado en distintos apartados dada la heterogeneidad de los contenidos.

En esta 5ª edición se ofrecen, por las razones apuntadas en la presentación de la obra, las nuevas referencias agrupadas al final de este capítulo, bajo el epígrafe de Actualización.

CAPÍTULO 1: IDEAS CLAVE DEL *COUNSELING*

Bayés R. Sida y psicología. Barcelona: Martínez Roca, 1995.

Bayés, et al. Psicología y sida. Revista de Psicología general y aplicada 1994; 47 (monográfico).

Burnard P. Counseling skills for health professionals. London: Chapman & Hall, 1994.

Carballo M, Miller D. HIV counselling: problems and opportunities in defining new agenda for the 1990s. AIDS Care 1989; 1: 117-23.

Carballo M, et al. Guía counselling sobre el sida. (en prensa).

Dietrich G. Psicología general del counseling: teoría y práctica. Barcelona: Herder, 1986.

OMS. Guía de consejo. Ginebra: OMS, 1988.

OMS. Directrices para la labor de consejo sobre la infección y las enfermedades causadas por VIH. Ginebra: OMS, 1991.

Peräkylä A. AIDS counselling. Institutional interaction and clinical practice. Cambridge: Cambridge University Press, 1995.

Torres J. Sida. Counseling. Motor de cambio. En: Fresnadillo A (ed.) Infecciones víricas de transmisión sexual. Barcelona: Terrassa, 1992: 151-6.

CAPÍTULO 2: ALTERACIONES EMOCIONALES

Benach J, Bimbela JL, LLuch A, Majó X, Polo LL, Sanclemente C, Oliveras P. Els Serveis Socials i la sida. Barcelona: Institut Català d'Assistència i Serveis Socials (ICASS), 1991.

Espinosa E, Alvarado E, Ordóñez A, Feliu J, González-Barón M. Oncólogos «quemados» en España. Encuesta sobre la incidencia y causas. *Oncología* 1994; vol. 17, 2: 55-62.

Flórez Lozano JA. Síndrome de «Estar Quemado». Barcelona: Edikamed, 1994.

García-Huete E. La prevención del sida. *Cuadernos de Salud* 1989; 2: 97-117.

García-Huete E. Sida. Apoyos en el entorno personal, familiar y laboral. Madrid: Eudema, 1993.

Greenberg LS. Trabajar con las emociones en psicoterapia. Barcelona: Paidós, 2000.

Güell Barceló M. Desconóctete a ti mismo: programa de alfabetización emocional. Barcelona: Paidós, 2000.

Lazarus RS. Pasión y razón: la comprensión de nuestras emociones. Barcelona: Paidós, 2000.

Reeve J. Motivación y emoción. Madrid: McGraw-Hill, 1996.

CAPÍTULO 3: HABILIDADES EMOCIONALES

Bayés et al. Psicología y sida. *Revista de Psicología general y aplicada*. 1994; 47 (monográfico).

Branden N. Cómo mejorar su autoestima. Barcelona: Paidós, 1991.

- Burns DD. Sentirse bien. Una nueva fórmula contra las depresiones. Barcelona: Paidós, 1994 (2ªed.).
- Cautela J, Groden J. Técnicas de relajación. Barcelona: Martínez Roca, 1985.
- CDC. Recommendations for preventing transmission of human immunodeficiency virus and hepatitis B virus to patients during exposure-prone invasive procedures. *Morbidity & Mortality Weekly Report* 1991; 40: 1-9.
- Cipolla CM. Allegro ma non troppo. Barcelona: Grijalbo Mondadori, 1996.
- Davis M, McKay M, Eshelman E. Técnicas de autocontrol emocional. Barcelona: Martínez Roca, 1985.
- García-Huete E. Sida. Apoyos en el entorno personal, familiar y laboral. Madrid: Eudema, 1993.
- García-Huete E. Aprender a pensar bien. Madrid: Aguilar, 1998.
- Goldstein AP, et al. Habilidades sociales y autocontrol en la adolescencia: un programa de enseñanza. Barcelona: Martínez Roca, 1989.
- Goleman D. El espíritu creativo: la revolución de la creatividad y cómo aplicarla en todas las actividades humanas. Barcelona: Vergara, 2000.
- Goleman D. Inteligencia emocional. Barcelona: Kairós, 1996.
- Goleman D. La práctica de la Inteligencia Emocional. Barcelona: Kairós, 1998.
- Ledoux J. El cerebro emocional. Barcelona: Ariel-Planeta, 1999.
- Maturana H. Biología del emocionar y alba emoting: respiración y emoción. Santiago (Chile): Dolmen, 1998.
- McKay M, Davis M, Fanning P. Técnicas cognitivas para el tratamiento del estrés. Barcelona: Martínez Roca, 1985.
- McKay M, Fanning P. Autoestima. Evaluación y mejora. Barcelona: Martínez Roca, 1991.
- Salovey P (ed.). Emotional development and emotional intelligence: educational implications. Nueva York: Basic Books, 1997.
- Steinem G. Revolución desde dentro. Un libro sobre la autoestima. Barcelona: Anagrama, 1995.

Torreadella P. *Cómo desarrollar la inteligencia emocional: tests y ejercicios prácticos para aumentar la autoestima y actuar de manera positiva*. Barcelona: Oasis, 1998.

Weisinger H. *La inteligencia emocional en el trabajo*. Buenos Aires: Jossey-Bass, 1998.

Wilks F. *Emoción inteligente: cómo dominar y transformar los sentimientos*. Barcelona: Planeta, 2000.

Zulaica D. *Las Precauciones Universales*. En: Gobierno Vasco. Departamento de Sanidad (ed.) *I Simposio Internacional: La Prevención del Sida en el medio sanitario*. Bilbao: 1994: 49-51.

CAPÍTULO 4: HABILIDADES DE COMUNICACIÓN

Anderson C. *Patient Teaching & Communicating in an Information Age*. Albany, New York: Delmar Publishers, 1990.

Burnard P. *Effective communication skills for health professionals*. London: Chapman & Hall, 1992.

Burnard P. *Counseling skills for health professionals*. London: Chapman & Hall, 1994.

Casto M. *¿Quién es este paciente? Habilidades de comunicación con el usuario*. Pamplona: Departamento de Salud, 1990.

Contreras A, Clavero G, Casas J. *Barreras de comunicación con el paciente VIH+ percibidas por el personal sanitario*. *Gaceta Sanitaria* 1995; 47(9): 91-100.

Costa M, López E. *Los secretos de la dirección. Manual práctico para dirigir organizaciones y equipos*. Madrid: Ediciones Pirámide, 1996.

Egan G. *The skilled helper: a problem-management approach to helping*. Belmont: Brooks/Cole Publishing Company, 1994 (5ªed.).

Faulkner A. *Teaching interactive skills in health care*. London: Chapman & Hall, 1993.

Gil F. (coord.). *Habilidades sociales y salud*. Madrid: Eudema, 1992.

Knapp ML. *La comunicación no verbal. El cuerpo y el entorno*. Barcelona: Paidós, 1992 (3ª reimpresión).

CAPÍTULO 5: HABILIDADES DE MOTIVACIÓN PARA EL CAMBIO

Alteneider RR, Price JH, Telljohann SK, Didion J, Locher A. Using the PRECEDE Model to Determine Junior High School Students's Knowledge, Attitudes, and Beliefs about AIDS. *Journal of School Health* 1992; 10 (62): 464-70.

Amat O. Aprender a enseñar: una visión práctica de la formación de formadores. Barcelona: Gestión 2000, 1994.

Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioural change. *Psychol Rev* 1977; 84: 191-215.

Bayés R. Sida y psicología. Barcelona: Martínez Roca, 1995.

Bayés R. La prevención del sida. *Cuadernos de Salud* 1989; 2: 45-55.

Bayés R. Psicología y sida: análisis funcional de los comportamientos de riesgo y prevención. *Papeles del Psicólogo* 1990; 46/47: 30-6.

Bimbela JL, et al. Red de Actividades de Promoción de Salud: Sexualidad, Salud y... Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública 1995; (4).

Birkenbihl M. Formación de formadores: manual práctico para educadores, profesores y directores de formación de personal. Madrid: Paraninfo, 1990.

Costa M, López E. Manual para el educador social. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales. Dirección General de Protección Jurídica del Menor, 1991.

Green LW, Kreuter MW. Health Promotion Planning. An Educational and Ecological Approach (3ª ed.). Mountain View, CA: Mayfield Publishing, 1999.

Green LW, Ottoson JM. Community & Population Health (8th ed.). WCB: McGraw-Hill, 1999.

Green LW, Kreuter MW, Deeds SG, Partridge KB. Health Education Planning: A Diagnostic Approach. Palo Alto, CA: Mayfield, 1980.

March JC, Hernán M. Metodología de la educación para la salud. Las técnicas individuales, grupales y comunitarias. La educación para la salud y el marketing social. En: Gallo FJ. Manual del residente de medicina familiar y comunitaria. Madrid: Beecham, 1993: 1596-606.

Nebot M. Educación sanitaria ¿dónde estamos? *Atención primaria* 1992; 9 (9): 56-61.

Ross MW, Simon Rosser BR. Education and AIDS risks: a review. *Health Education Research* 1989; 4(3): 273-84.

Tejero A, Trujols J. El modelo transteórico de Prochaska y Diclemente: Un modelo dinámico del cambio en el ámbito de las conductas adictivas. En: Graña JL, editor. *Conductas adictivas: teoría, evaluación y tratamiento*. Madrid: Debate, 1994: 1-43.

Trautmann F, Barendregt C. *The European Peer Support Manual*. Manual Europeo de apoyo entre compañeros. El apoyo entre compañeros como método de prevención del sida en comunidades de UDI. Utrecht: National Institute for Alcohol and Drugs, 1994.

CAPÍTULO 6: USO Y DISFRUTE DEL *COUNSELING*

ÁREAS DE APLICACIÓN

Apelgren SE. *Handbook for counseling patients on their medications*. One of the principal responsibilities of the health care practitioner. Hamilton, Illinois: Drug Intelligence, 1978.

Brearley J. *Counseling and social work*. Buckingham: Open University Press, 1995.

Carballo M, et al. *Guía counselling sobre el sida*. Fundación Anti-Sida España (FASE) (en prensa).

Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. *Sida: la técnica del consejo*. Sevilla: Consejería de Salud, 1994.

Department of Health. *Heart to heart: a manual on nutrition counseling for the reduction of cardiovascular disease...* Washington, D.C.: National Institutes of Health. 1995.

East P. *Counseling in medical settings*. Buckingham: Open University Press, 1995.

English National Board for Nursing. *Caring for people with sexually transmitted diseases, including HIV disease: sections 1-2-3-4-5-6-7*. London: National Board for Nursing, Widfery, 1994.

Hoffman MA. *Counseling clients with HIV disease: assessment, intervention and prevention*. New York: Guilford Publications, 1996.

Litwack L. Health counseling. New York: Appleton Century Crofts, 1980.

Litwack L, Litwack JM, Ballou MB. Health Counseling. New York: Appleton Century Crofts, 1980.

Lyall D. Counselling in the pastoral and spiritual context. Buckingham: Open University Press, 1995.

Perry J. Counselling for women. Buckingham: Open University Press, 1993.

Professional's guide to patient drug facts for improved patient counseling. St. Louis: Facts and Comparisons, 1992.

Smith DL. Medication guide for patient counseling. Philadelphia: Lea & Febiger, 1981.

Swain J. The use of counselling skills: a guide for therapists. Oxford: Butterworth Heinemann, 1995.

Syme G. Counselling in independent practice. Buckingham: Open University Press, 1994.

Tyndall N. Counselling in the voluntary sector. Buckingham: Open University Press, 1993.

Vázquez P, Pineda M. Informando y educando en la consulta. La infección por el VIH en Atención Primaria de Salud. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud y Dirección General de Atención Sanitaria, 1992.

MANEJO DE PACIENTES EN SITUACIÓN TERMINAL

Barreto P, Bayés R. Las unidades de cuidados paliativos como ejemplo de interdisciplinariedad. *Clínica y Salud*. 1992; 3 (1): 11-9.

Bayés et al. Psicología y sida. *Revista de Psicología general y aplicada* 1994; 47 (monográfico).

Clark D. (ed.) The future for Palliative Care. Issues of Policy and Practice. Buckingham: Open University Press, 1993.

Doyle D, Hanks GWC, Macdonald N (eds.) Oxford Textbook of palliative medicine. New York: Oxford University Press, 1993.

Marqués S. Morir. Tabúes, miedos, negaciones... Revista ROL de Enfermería 1995; 201: 17-21.

Ministerio de Sanidad y Consumo. Cuidados Paliativos. Recomendaciones de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL). Guías y Manuales. Madrid, 1993.

Saunders C, Baines M, Dunlop R. Living with Dying. A guide to palliative care. New York: Oxford University Press, 1995 (3ªed.).

Sims R, Moss VA. Palliative Care for People with AIDS. London: Edward Arnold, 1995 (2ªed.).

Stuber ML, González S, Meeske K, Guthrie D, Houskamp BM, Pynoos R, Kazaz A. Post-traumatic stress after childhood cancer II: a family model. Psycho-oncology 1994; (3): 313-9.

MANEJO DE POBLACIONES DE DIFÍCIL ACCESO

Bimbela JL. Les Organizations No Governamentals (ONGs) de servei en sida a Catalunya. Una reflexió. Salut Catalunya 1992; 4 (6): 152-5.

Bimbela JL, Majó X, Polo LL, Sanclemente C. El proyecto de prevención del sida en Ciutat Vella (Barcelona). Un abordaje comunitario. En: Sánchez A, compilador. Programas de prevención e intervención comunitaria. Barcelona: Promociones y Publicaciones Universitarias (PPU), 1993: 101-27.

Bimbela JL, Cruz MT. Sida y Jóvenes. La prevención de la transmisión sexual del VIH. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 1997 (2ª ed.).

Blocher D. La psicología del counseling en los medios comunitarios. Barcelona: Herder.

Friedman S, Des Jarlais DC, Ward TP. Social Models for changing Health-Relevant Behavior. En: DiClemente RJ, Peterson JL, editores. Preventing AIDS: Theories and Methods of Behavioral Interventions. New York: Plenum Press, 1994: 95-116.

Friedman SR. Theoretical Bases for Understanding Drug Users' Organizations. (policopiado), 1996.

Funes J. Nosotros, los adolescentes y las drogas. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1990.

Gamella JF. La historia de Julián. Memorias de heroína y delincuencia. Madrid: Editorial popular, 1990.

García MM, Mon A (eds.). Conclusiones y recomendaciones del Debate: Trabajando con... Poblaciones Desfavorecidas. Cinco Simposios para el consenso. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 1995: 297-8.

Guasch O. La sociedad rosa. Barcelona: Anagrama, 1991.

Mabey J. Counselling for young people. Buckingham: Open University Press, 1995.

Neaigus A, et al. The relevance of drug injectors' social and risk networks for understanding and preventing HIV infection. *Soc Sci Med* 1994; 38 (1): 67-78.

Pollak M. Les homosexuales et le sida: Sociologie d'une épidémie. París: Metailie, 1988.

Romero M, Bimbela JL. PARA ellos, DESDE ellos: El proyecto agentes de salud para usuarios de drogas por vía parenteral en Granada. V Congreso Español de Sociología. Granada, 1995.

Romero M. El programa "agentes de salud" para la intervención global con prostitutas y toxicómanos. En: Bimbela JL. Red de Actividades de Promoción de Salud nº5: Sida y Salud. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 1996: 39-76.

Sánchez A. Psicología comunitaria. Bases conceptuales y operativas. Métodos de intervención. Barcelona: Promociones y Publicaciones Universitarias, 1991.

Trautmann F, Barendregt C. The European Peer Support Manual. Manual Europeo de apoyo entre compañeros. El apoyo entre compañeros como método de prevención del sida en comunidades de UDI. Utrecht: National Institute for Alcohol and Drugs, 1994.

Villalbí JR. Les iniciatives comunitàries en la prevenció de la sida. *Salut Catalunya* 1992; 4 (6): 145-51.

RENTABILIDADES

Bloom DE, Carliner G. The economic impact of AIDS in the United States. *Science* 1988; 239: 604-10.

De Miguel JM. El problema social del sida en España. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas (REIS)* 1991; 53: 75-105.

Kamenga M, Ryder RW, Jingu M, Mbuyi N, Mbu L, Behets F, Brown Ch, Heyward WL. Evidence of marked sexual behavior change associated with low HIV-1 seroconversion in 149 married couples with discordant HIV-1 serostatus: experience at an HIV counseling center in Zaire. *AIDS* 1991; 5: 61-7.

Mann J. (ed.) *Health and Human Rights*. Harvard School of Public Health. François-Xavier Bagnoud Center for Health and Human Rights 1994; 1 (1).

Mann J. *Hacia una nueva política de salud contra el sida*. Cambridge, MA: François-Xavier Bagnoud Center for Health and Human Rights, 1993.

Rovira J. The economics of AIDS prevention. En: Schwefel D, Leidl R, Rovira J, Drummond MF (eds). *Economic aspects of AIDS and HIV infection*. Berlín: Springer-Verlag, 1990.

MATERIALES AUDIOVISUALES

Costa M, López E. *Manual para el educador social 1: habilidades de comunicación en la relación de ayuda (video VHS)*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales, 1995.

Costa M, López E. *Manual para el educador social 2: afrontando situaciones (video VHS)*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales, 1995.

Institute of Counselling. *Video 1 (VHS): Counselling in perspective*. Glasgow: Institute of Counselling, 1992.

Institute of Counselling. *Video 2 (VHS): Counselling in action*. Glasgow: Institute of Counselling, 1992.

Institute of Counselling. *Video 3 (VHS): Counselling in depth*. Glasgow: Institute of Counselling, 1992.

Institute of Counselling. *Video 4 (VHS): Counselling in focus*. Glasgow: Institute of Counselling, 1992.

Institute of Counselling. *Video 5 (VHS): Counselling in analysis*. Glasgow: Institute of Counselling, 1992.

Institute of Counselling. Video 6 (VHS): Counselling in role play. Glasgow: Institute of Counselling, 1992.

Institute of Counselling. Video manual: notes and exercises. Glasgow: Institute of Counselling, 1992.

Leicester Royal Infirmary. The dying patient: trying to tell (vídeo VHS). Leicester: Health Education Video Unit (sin fecha).

Thomas J. When our baby died (vídeo VHS). Bucks: Professional Care Productions, 1993.

ACTUALIZACIÓN

Bimbela JL. Los directivos también lloran. En: Silió F. (editor) Nuevas perspectivas en la gestión estratégica de los recursos humanos en organizaciones sanitarias. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 1999.

Bimbela JL. Placer y salud. Gaceta Sanitaria, 2003; 17: 440-440.

Bimbela JL. Sí, pero... Gaceta Sanitaria, 2003; 18: 248-52.

Bimbela JL. ¡Y encima tengo que reforzarlo! Gaceta Sanitaria, 2005; 19:(1) 81.

Bimbela JL. Esto no es teatro. Gaceta Sanitaria. 2005 (en prensa)

Bimbela JL, Navarro B. Cuidando al formador. Habilidades emocionales y de comunicación. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 2005.

Bimbela JL, Gorrotxategi MT. Herramientas para mejorar la adhesión terapéutica del paciente. El caso de la diabetes (2ª edición). Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 2001.

Calle RA. ¡Otra vez lunes! Técnicas para superar el estrés laboral. Madrid: Oberon, 2000.

Chaitow L. Aprender a vencer el dolor por la vía natural. Cómo romper el ciclo del dolor y recuperar el control de tu vida. Barcelona: Oniro, 2003.

Cruz J. Contra la sinceridad. Barcelona: Martínez Roca, 2000.

Fernández P, Ramos N (editores). Corazones inteligentes. Barcelona: Kairós, 2002.

- Gan F. 101 habilidades emocionales para vivir y trabajar mejor. Colección Autoayuda. Barcelona: Apóstrofe, 1998.
- García-Huete E. El arte de relacionarse. Colección Arauca. Málaga: Aljibe, 2003.
- Goleman D, Boyatzis R, McKee A. El líder resonante crea más. Barcelona: Random House Mondadori, 2003.
- Jollien A. Elogio de la debilidad. Barcelona: RBA Libros, 2001.
- Jovell A. Medicina basada en la afectividad. Medicina Clínica (Bcn) 1999; 113:173-175.
- Kovacs FM, Vecchierini N, Gestoso M. Guía para el cuidado de la espalda. Palma de Mallorca: Fundación Kovacs, 1997.
- Marina JA. La inteligencia fracasada. Teoría y práctica de la estupidez (7ª edición). Barcelona: Anagrama, 2005.
- Marinoff L. Más Platón y menos Prozac. Barcelona: Ediciones B, 2000.
- Millán JA. Perdón, imposible. Guía para una puntuación más rica y consciente. Barcelona: RBA Libros, 2005.
- OlivaMP. El paciente se vuelve impaciente. EL PAIS Sociedad. Martes, 5 de julio de 2005.
- Ponti F. La empresa creativa. Metodologías para el desarrollo de la innovación en las organizaciones. Barcelona: Granica, 2002.
- Ricomá C, Ponti F. ¡No somos recursos, somos humanos! Barcelona: Granica, 2004.
- Schernhammer E. Razones de las altas tasas de suicidio en médicos. Diario Médico. 2005 junio 16. Recortes de prensa
- Sennet R. La corrosión del carácter. Las consecuencias personales del trabajo en el nuevo capitalismo. Colección Argumentos. Barcelona: Anagrama, 2000.
- Sennet R. El respeto. Sobre la dignidad del hombre en un mundo de desigualdad. Colección Argumentos. Barcelona: Anagrama, 2003.
- Servan-Schreiber D. Curación emocional. Acabar con el estrés, la ansiedad y la depresión sin fármacos ni psicoanálisis. Barcelona: Kairós, 2003.

Tolle E. El poder del ahora. Madrid: Gaia Ediciones, 2001.

Trías F, Rovira A. La buena suerte. Claves para la prosperidad. Barcelona: Urano, 2004.

Vídeo Arts Ltd. Si las miradas mataran. El poder del comportamiento. Madrid: Coastal, 2001.

Vídeo Arts Ltd. Hablando claro. El arte de la creatividad. Madrid: Coastal, 2001.

Wagensberg J. Ideas para la imaginación impura. 53 reflexiones en su propia sustancia. Metatemas 54. Barcelona: Tusquets, 1999 (2ª ed.).

Weller S. Yoga para aliviar el dolor de espalda. Ejercicios suaves y efectivos para mantener una espalda sana. Barcelona: Oniro, 2001.

APÉNDICE I

LISTADO DE VERBOS Y DE REQUISITOS CLAVE

Verbos

- Respetar silencios, llantos, bloqueos, gritos, ritmos, emociones...
- Preguntar inquietudes, deseos, necesidades, miedos, dudas, temores, preocupaciones...
- Escuchar palabras, silencios, miradas, gestos, posturas...
- Entender dificultades, temores, miedos, dudas, preocupaciones, conductas, motivos...
- Facilitar herramientas, técnicas, instrumentos, habilidades, aprendizajes, toma de decisiones...

Requisitos

- Conocimientos técnicos sobre la enfermedad o problemática de la que se trate.
- Habilidades de autocontrol emocional ¹⁴.
- Habilidades de comunicación ¹⁵.
- Habilidades de motivación para el cambio ¹⁶.
- Habilidades específicas para manejo de pacientes en situación terminal y para manejo de poblaciones de difícil acceso ¹⁷.

¹⁴ Habilidades en las que el profesional puede entrenar al cliente (interno y externo) para que éste pueda prevenir y disminuir sus propias alteraciones emocionales, aumentando de esa forma su sensación de control sobre su salud y su percepción de «ser competente para...».

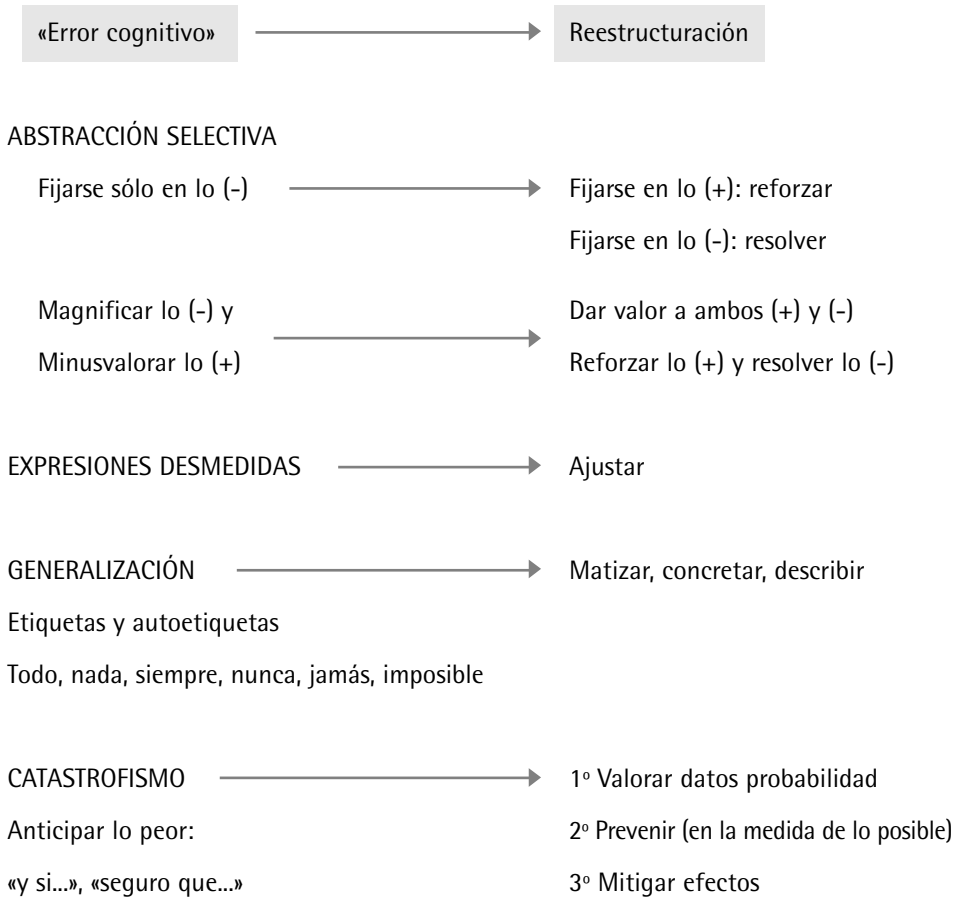
¹⁵ Habilidades en las que el profesional puede entrenar al «otro» para que éste mejore su comunicación con el entorno (personal y profesional).

¹⁶ Habilidades en las que el profesional pueda entrenar al usuario para que éste pueda también promover cambios «saludables» en su entorno más próximo.

¹⁷ Cabe recordar que cuando se habla de entrenar habilidades: a) la 5ª vez suele ser mejor que la 2ª; b) la práctica «naturaliza» las nuevas conductas.

APÉNDICE II

REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA (I): ERRORES COGNITIVOS MÁS FRECUENTES



APÉNDICE III

REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA (II): ESQUEMA BÁSICO PARA «VOLVER A PENSAR»

SITUACIÓN:

EMOCIÓN (1)	PENSAMIENTO (2)	VUELVO A PENSAR (3)	EMOCIÓN (4)	ACTUACIÓN (5)

Un ejemplo facilitará la asimilación de este esquema:

1º Situación: atasco de circulación.

2º ¿Cómo me siento? Agobiado, enfadadísimo, muy nervioso.

3º ¿Qué pienso?

a. Voy a llegar tarde a la reunión y seguro que la suspenden por mi culpa.

b. No soporto estar aquí parado, ¡es horrible!

FILTRO: ¿Hay error cognitivo?

En a. sí = catastrofismo

Una de las posibles formas de reestructurar a) sería:

4º Volver a pensar:

- Valorar la probabilidad de que suspendan la reunión.
 - «Aún no es seguro que vaya a llegar tarde y en todo caso sí dispongo del margen con el que siempre contamos: media hora.»
- Prevenir/evitar, en la medida de lo posible, que la reunión se suspenda.
 - «¿Qué puedo hacer yo? Puedo llamar a la oficina a través del móvil para informarles de mi situación. Además les diré cuáles son los temas de los que pueden ir hablando hasta mi llegada.»
- Mitigar los efectos de una posible suspensión.
 - «Voy a ir pensando qué tipo de acciones puedo hacer si, pese a todo, al llegar a la oficina la reunión se ha suspendido. Lo primero será hablar con el jefe y explicarle que... Después prepararé un correo electrónico, para enviárselo inmediatamente a los clientes disculpándome por la suspensión, agradeciéndoles su paciencia y dándoles la información en relación con su petición que...»

En b. sí = Expresión desmedida

Una de las posibles formas de reestructurar b. sería:

4º Volver a pensar:

- «¿Es realmente insoportable estar aquí parado? Desde luego, desde que he tomado esas decisiones respecto a la reunión me siento bastante mejor. Además, viendo a los del coche de delante, me doy cuenta de la suerte que tengo al tener aire acondicionado. En fin, aprovecharé que aún llevo en el maletín el CD que me compré ayer para oírlo con calma.»

- «Reconozco que el adjetivo que más se ajusta a mi situación actual no es precisamente "horrible"; quizás "molesta" o "incómoda", pero "horrible" desde luego... no».

Después de haber reestructurado a. y b.:

5º Volver a sentir:

- «Me siento:
 - mucho mejor que al principio.»
 - capaz de solucionar cosas.»
 - capaz de ser yo quien controle la situación y no al revés.»

6º Actuar:

Desde luego la actuación que se lleve a cabo en este momento después de haber «vuelvo a pensar» y haber «vuelto a sentir» tiene visos de ser bastante más eficaz y gratificante para el sujeto que aquella que podría haberse llevado a cabo tras el primer «sentir». Este es el objetivo de la reestructuración cognitiva: sentirse mejor, más confortable, y ser más eficaz en la acción (tener, por tanto, más posibilidades de intervenir con éxito).

APÉNDICE IV

HABILIDADES EMOCIONALES INTRAPERSONALES.

EJEMPLO I

Situación con «usuario de drogas».

Paciente acude para solicitar información que le permita tramitar una ayuda económica, a la que tiene posibilidades de acceder dada su patología actual. Tras varios días sin consumir, confirma, a preguntas del profesional, una recaída en el consumo (la tercera en el último mes).

1. Siento

- Rabia y cabreo
- Indignación
- Impotencia

2. Pienso

- «¡Qué morro!, encima...»
- «Derechos los quieren todos, pero obligaciones ninguna.»
- «Definitivamente, es un caso perdido.»

3. Vuelvo a pensar

- «¡Qué éxito!, ha sido capaz de moverse y venir para conseguir algo que le beneficia.»
- «Sé que las recaídas son propias de la dependencia (como me decían en el máster: es una enfermedad crónica recidivante); voy a preguntarle qué ha pasado, a ver si consigo reconducir el proceso.»
- «Ha venido aquí, nos considera un recurso útil.»

4. Vuelvo a sentir

- Tranquilidad.
- Sensación de control (de la situación y de mi propia actuación).
- Cierta orgullo y autoestima profesional.

5. Actúo

APÉNDICE V

HABILIDADES EMOCIONALES INTRAPERSONALES. EJEMPLO II

Situación con «familiar de usuario de drogas».

Madre de paciente acude a pedir ayuda. Su hijo le ha vuelto a robar y está desesperada, ya no sabe qué más hacer.

1. Siento

- Pena
- Impotencia
- Angustia

2. Pienso

- «¡Pobre mujer!, le ha tocado la lotería.»
- «¿Qué voy a hacer yo, aparte de darle ánimos y recomendarle paciencia?»
- «¿Y si la próxima vez la agrede físicamente, habiendo venido ya a pedirme ayuda?»

3. Vuelvo a pensar

- «La mujer ha tenido la fuerza y el ánimo suficientes como para salir de casa, desplazarse y venir a vernos.»
- «Ha venido a este servicio, seguramente nos siente útiles y cercanos.»
- «Lo primero que voy a hacer es reforzarle por todas las cosas que está haciendo bien (es importante para ella y para mí). Luego voy a analizar con ella lo que ha pasado y las posibles alternativas.»
- «Dada la relación que tiene con su hijo es muy poco probable que llegue a agredirla físicamente (nunca lo ha hecho hasta ahora). Pese a ello, voy a buscar con ella algunos trucillos para que ese riesgo sea aún menor.»

4. Vuelvo a sentir

- Contenta (cada vez siento que mi trabajo es más útil).
- Sensación de control.
- Autoestima profesional.

5. Actúo

APÉNDICE VI

HABILIDADES EMOCIONALES INTRAPERSONALES.

EJEMPLO III

Situación: R.S. es una paciente golpeada con frecuencia por el marido. Lleva un año y medio en terapia y el marido la sigue golpeando.

1. Siento

- Rabia
- Impotencia
- Culpa

2. Pienso

- «Ya viene la *mártir*.»
- «Ya viene la *víctima*.»
- «...a decirme lo mismo de *siempre*.»
- «...esta mujer *no avanza*.»
- «...yo *no sirvo* como terapeuta.»

3. Vuelvo a pensar

- «Viene Rocío mi paciente.»
- «Quizás hoy trae nuevas noticias, voy a estar muy atenta a lo que me diga.»
- «A mi paciente le lleva más tiempo que a otros.»
- «Voy a intentar otras técnicas, es todo un reto para mí.»
- «A veces olvido que no soy responsable de la vida de los otros.»

4. Vuelvo a sentir

- Tranquilidad
- Esperanza
- Control
- Apertura
- Alivio

5. Actúo

APÉNDICE VII

HABILIDADES EMOCIONALES INTERPERSONALES. EJEMPLO

Situación: Juana G., de 22 años, diabética, empieza a sentir sensaciones de malestar y tiene que salir de clase para comer algo.

1. Juana siente

- Vergüenza
- Ansiedad
- Rabia

2. Juana piensa

- «La profesora pensará que le estoy tomando el pelo.»
- «Los demás pensarán que me estoy escaqueando o que me pasa algo raro.»
- «Siempre tengo que dar la nota.»
- «Estoy harta y además no tengo hambre.»

3. Juana vuelve a pensar (ayudada por el sanitario que aplica las técnicas ofrecidas en el capítulo 3)

- «No estoy haciendo nada malo ni de lo que me tenga que avergonzar.»
- «Si como algo, evitaré los hipos; eso sí que sería dar la nota de verdad.»
- «Yo no sé lo que pueden pensar.»
- «Tal vez me merezca la pena decírselo al profesorado y a algunos 'compas'.»
- «Sí que estoy harta de hacer tantas cosas, pero si me desespero me costará mucho más hacerlas.»

4. Juana siente ahora

- Menos vergüenza
- Menos ansiedad
- Casi nada de rabia
- Seguridad

5. Juana actúa

- Lo habla con el profesorado
- Lleva azúcar siempre encima
- Se organiza las comidas de otra forma

APÉNDICE VIII

REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA (III). EJERCICIOS

Se propone al lector aplicar el esquema del apéndice anterior con la ayuda de las pistas sugeridas en el capítulo 3 (Habilidades emocionales) a las siguientes situaciones:

SITUACIÓN A:

Habilidades emocionales intrapersonales

1º Voy a efectuar una visita domiciliaria a un paciente en situación terminal.

2º ¿Qué siento?

.....
.....
.....

3º ¿Qué pienso?

.....
.....
.....

- Filtro: analizar cada pensamiento: ¿hay error cognitivo?
- Reestructuro

4º ¿Qué pienso ahora?

.....
.....
.....

5º ¿Qué siento ahora?

.....
.....
.....

SITUACIÓN B:

Habilidades emocionales intrapersonales

1º Llego a mi consulta, agitado y dando gritos, Pepe, que usa habitualmente drogas por vía parenteral y que exige determinado fármaco.

2º ¿Qué siento?

.....
.....
.....

3º ¿Qué pienso?

.....
.....
.....

- Filtro: analizar cada pensamiento: ¿hay error cognitivo?
- Reestructuro

4º ¿Qué pienso ahora?

.....
.....
.....

5º ¿Qué siento ahora?

.....
.....
.....

Para una mayor utilidad de esta metodología se anima al lector a identificar «sus» situaciones (escenas) más temidas y a reestructurar los pensamientos a ellas asociadas.

SITUACIÓN C:

Habilidades emocionales interpersonales

1º Le acabo de comunicar al paciente J.F. los resultados de la última prueba analítica realizada (resultados que indican un empeoramiento en su estado de salud). El semblante de J.F. se entristece y me dice que se siente «muy mal, fatal».

2º Ya me ha dicho cómo se siente. Ahora ¿qué le *pregunto* para identificar los pensamientos que provocan esos sentimientos?

.....
.....

3º Una vez identificado lo que piensa

«

.....

.....

.....»

¿qué le *pregunto* para ayudarle a reestructurar sus pensamientos, para que pueda «volver a pensar»?

.....

.....

.....

.....

4º Una vez identificado lo que piensa ahora –sus nuevos pensamientos–

«

.....

.....

.....»

¿qué le *pregunto*, finalmente, para averiguar cómo se siente ahora y para poder evaluar, por tanto, mi actuación?

.....

.....

.....

.....

APÉNDICE IX

RESPIRACIÓN PROFUNDA

1. Póngase cómodo, de pie o sentado.
2. Respire por la nariz, lo más despacio posible, sin que le llegue a resultar molesto.
3. Cuando inspire, hágalo en una única inhalación suave y continuada. Dirija el aire hacia la mitad inferior de sus pulmones, de forma que su abdomen se vaya hinchando poco a poco. Evite llenar de aire la mitad superior de sus pulmones. Usted mismo puede comprobar si está realizando correctamente el ejercicio con sólo observar sus hombros: éstos no deben levantarse.
4. Mantenga la respiración unos 4 ó 5 segundos. Si le resulta demasiado tiempo, empiece con períodos más cortos y vaya aumentando el tiempo progresivamente.
5. Cuando espire, desinfe el abdomen muy lentamente.

APÉNDICE X

RELAJACIÓN PROGRESIVA

Póngase cómodo, sentado o tumbado. En cada uno de los 5 pasos siguientes tense los músculos después de haber inspirado (coger aire) y haga coincidir la relajación del músculo con la espiración (echar el aire).

1. Cierre ambos puños, tensando los bíceps y los antebrazos. *Relájese.*
2. Arrugue la frente elevando las cejas y abra la boca todo lo que pueda. *Relájese.*
3. Doble los brazos hacia atrás, como si intentase que los codos se tocasen detrás de la espalda. *Relájese.*
4. Tensione el estómago como si estuviese esperando que se lo golpearan. *Relájese.*
5. Eleve las piernas y extienda los pies con las puntas hacia delante, intentando que sus piernas se alarguen. *Relájese.*

Recuerde en cada paso:

- a) Coger aire.
- b) Tensionar (5") reteniendo la respiración.
- c) Relajar (25") y expulsar el aire.

Al final de los 5 pasos repase mentalmente cada parte de su cuerpo y *relájela* una tras otra (manos, brazos, cara, cuello, hombros, estómago, piernas y pies).

APÉNDICE XI

DISTENSIÓN CONTINUA

El objetivo de esta técnica es lograr que el nivel medio de tensión se vaya manteniendo en unos límites tolerables; de forma que la tensión acumulada al final del día no sea excesiva y que la aparición de estímulos estresantes a lo largo de la jornada (las escenas temidas comentadas en el capítulo 2, por ejemplo) no coincida con altos niveles previos de tensión, lo que dificultaría la aplicación de las habilidades de autocontrol comentadas.

Los pasos a seguir son:

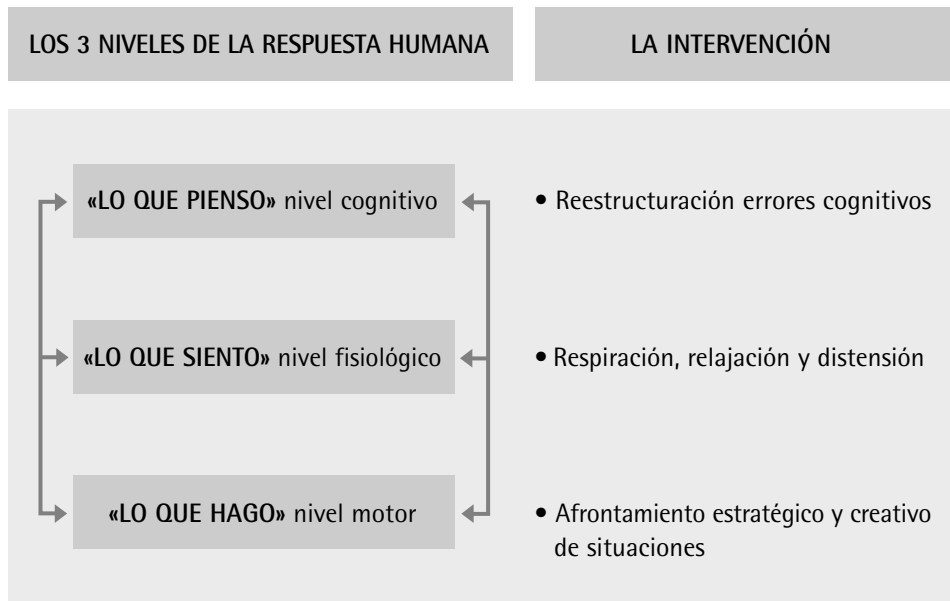
1. Identifique la zona de su cuerpo donde más frecuentemente se acumula la tensión. Cada persona suele tener su «zona de tensión preferente»: cuello, hombros, etc. Si usted no la tiene aún identificada, haga, esta misma noche, un lento recorrido mental por todo su cuerpo intentando detectar las zonas más tensas. No le será difícil identificar su «zona de tensión preferente», con pocos intentos.
2. Escoja alguna conducta que normalmente haga muchas veces a lo largo del día (llamar por teléfono, entrar en la cocina, mirar la hora en el reloj, etc.).
3. Intente asociar la distensión de la zona tensa identificada en el punto primero con la realización de la conducta muy frecuente escogida en el punto segundo.

Es decir, *cada vez que haga la conducta muy frecuente «suelte» (relaje, distense) la zona tensa.*

Probablemente, al principio le costará automatizar esta asociación. Para ello, puede serle útil el uso de recordatorios (señales) como papeles autoadhesivos de colores situados en lugares clave en relación a la conducta escogida: el teléfono, la puerta de la cocina, el reloj, etc.

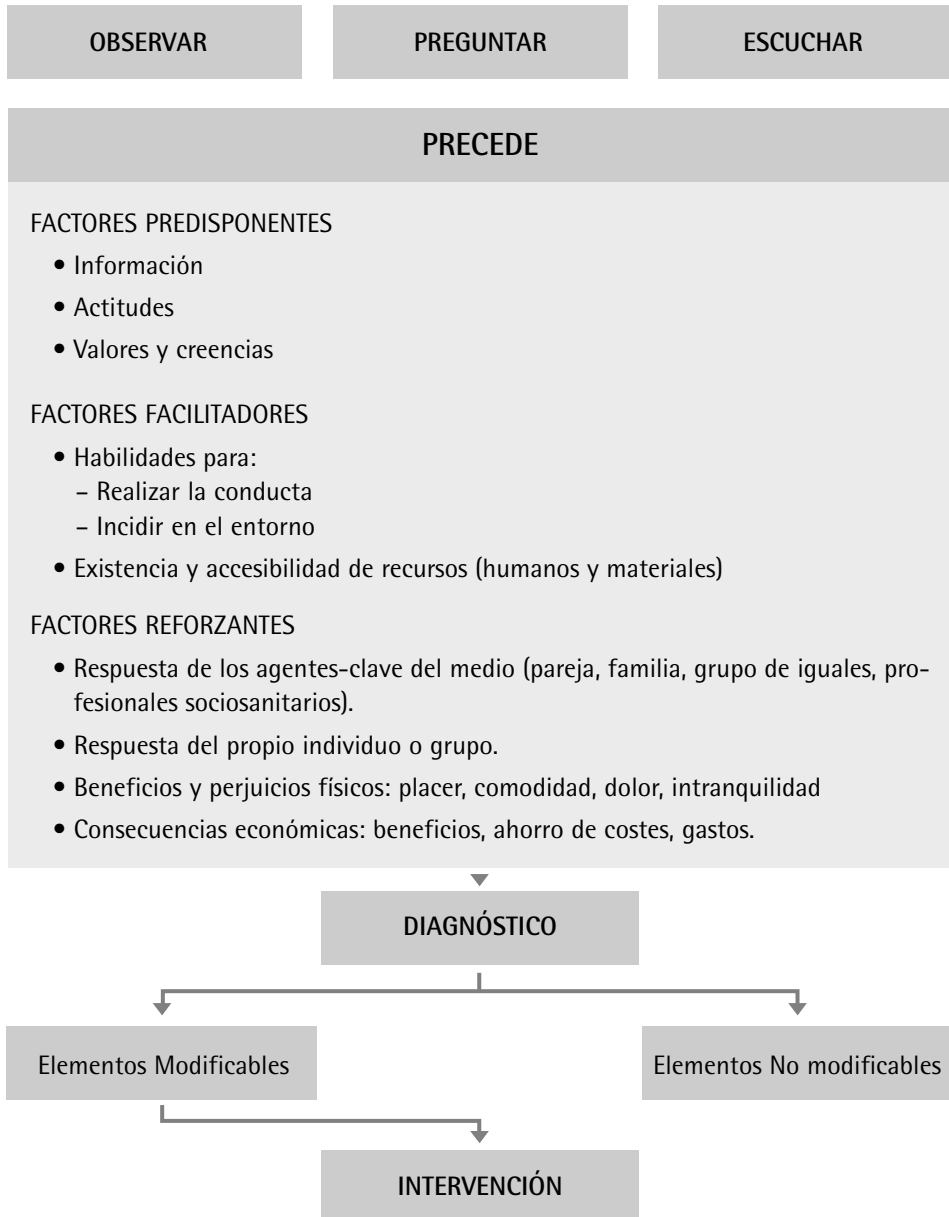
APÉNDICE XII

INTERVENCIÓN EN LOS 3 NIVELES DE LA RESPUESTA HUMANA



APÉNDICE XIII

MODELO PRECEDE. CONCEPTOS CLAVE



APÉNDICE XIV

MODELO PRECEDE. FORMATO BÁSICO

CONDUCTA a potenciar

(Sugerencia: fórmúlela con un verbo en infinitivo. Por ejemplo: usar, aplicar, utilizar, etc.)

POBLACIÓN DIANA Individuo/Grupo

(Recuerde: cuanto más concreta, mejor.)

PRECEDE

ANTES de la conducta

FACTORES PREDISPONENTES

a FAVOR de la conducta



Se pueden "entrecomillar"

en CONTRA de la conducta

FACTORES FACILITADORES

a FAVOR de la conducta



Habilidades del sujeto / Recursos (humanos y materiales) del entorno

en CONTRA de la conducta

DESPUÉS de la conducta

FACTORES REFORZANTES

a FAVOR de la conducta



CONSECUENCIAS

en CONTRA de la conducta

APÉNDICE XV

MODELO PRECEDE. PREGUNTAS PARA IDENTIFICAR TIPOS DE FACTORES

		¿FUENTE DEL FACTOR?	
		Subjetivo	Objetivo
¿CUÁNDO JUEGA SU PAPEL EL FACTOR?	Antes de la conducta	PREDISPONENTE	FACILITADOR
	Después de la conducta	AUTORREFUERZO	REFORZANTE

APÉNDICE XVI

MODELO PRECEDE. EJEMPLOS Y EJERCICIOS

a. APLICACIONES INDIVIDUALES:

Cuando la población diana es un sujeto concreto.

a.1. Aplicaciones individuales AUTODIAGNÓSTICO:

Cuando la población diana es el propio profesional de la salud que hace el diagnóstico.

a.2. Aplicaciones individuales EXTERO-DIAGNÓSTICO:

Cuando la población diana es un usuario concreto.

b. APLICACIONES GRUPALES:

Cuando la población diana es un grupo concreto.

b.1. Aplicaciones grupales AUTODIAGNÓSTICO:

Cuando la población diana es el propio grupo de profesionales de la salud que hace el diagnóstico.

b.2. Aplicaciones grupales EXTERO-DIAGNÓSTICO:

Cuando la población diana es un grupo concreto de usuarios.

c. EJERCICIOS PARA RESOLVER:

c.1. Diagnóstico INDIVIDUAL.

c.2. Diagnóstico GRUPAL.

Ejemplo a.1: individual AUTODIAGNÓSTICO

Conducta a analizar: Aplicar la técnica de inteligencia emocional llamada «Volver a pensar»

Población diana: Médico, de 45 años, del centro de atención primaria x, que ha leído el libro Cuidando al profesional de la salud.

1. Factores *predisponentes*

a. Lista (+): a favor de aplicarlo:

- «Creo que me puede ser útil.»
- «No lo veo muy complicado de aplicar.»
- «Con un poco de entrenamiento, lo podré automatizar.»

b. Lista (-): en contra de aplicarlo:

- «¿Y si no me sale bien?»
- «No soy psicólogo, me falta base teórica.»
- «No tengo tiempo de complicarme con nuevos inventos.»

2. Factores *facilitadores*

a. Lista (+): a favor de aplicarlo:

- Existe documentación adecuada y accesible al respecto.
- Tiene un sencillo esquema básico para realizarlo.
- Hay recursos humanos de apoyo.

b. Lista (-): en contra de aplicarlo:

- Tiene poco tiempo para entrenamiento.
- No hay hábitos previos al respecto, ni en la institución ni individuales.
- A veces, tiene difícil acceso informático para las consultas.

3. Factores *reforzantes*

a. Lista (+): a favor de aplicarlo:

- Mayor bienestar emocional.
- Mayor éxito en las intervenciones con pacientes.
- Mejor ambiente en el equipo.

b. Lista (-): en contra de aplicarlo:

- Mayor tiempo de preparación al principio, hasta llegar a automatizarlo.
- Críticas irónicas de algunos colegas que no conocen la técnica.
- Falta de refuerzo por parte de los jefes.

Ejemplo a.2: individual EXTERO-DIAGNÓSTICO

Conducta a analizar: comer 5 veces al día.

Población diana: María, mujer de 35 años, con una índice de masa corporal superior a 30, que vive en un ámbito urbano.

1. Factores *predisponentes*

a. Lista (+): a favor de comer 5 veces al día:

- «Me veo gorda.»
- «Podré ponerme el biquini.»
- «Me podré comprar ropa más moderna.»

b. Lista (-): en contra de comer 5 veces al día:

- «Si como 5 veces engordaré.»
- «No pueda estar sin picar entre comidas.»
- «¡Nos vamos arruinar con tanto gasto!»

2. Factores *facilitadores*

a. Lista (+): a favor de comer 5 veces al día:

- Tiene un mercado municipal, con precios accesibles, cerca de casa.
- Su marido quiere que se adelgace.
- Hay profesionales cercanos motivados y formados.

b. Lista (-): en contra de comer 5 veces al día:

- Su horario laboral dificulta las 5 comidas.
- Carece de habilidades organizativas para gestionar el tema.
- Tiene, con frecuencia, episodios de ansiedad.

3. Factores *reforzantes*

a. Lista (+): a favor de comer 5 veces al día:

- Encontrarse más guapa y más ágil.
- Las amigas la reforzarán.
- Los profesionales le reconocerán el esfuerzo y la mejora.

b. Lista (-): en contra de comer 5 veces al día:

- La familia tendrá dificultades para entender que coma con esa frecuencia.
- Tener miedo a recaer (a picar entre comidas).
- Su marido no reforzará su mejor figura y su mayor agilidad.

Ejemplo b.1: grupal AUTODIAGNÓSTICO

Conducta a analizar: Llegar a las sesiones clínicas con puntualidad.

Población diana: grupo de médicos/as del servicio Y, en el hospital Z.

1. Factores *predisponentes*

a. Lista (+): a favor de llegar puntualmente:

- «No me gusta llamar la atención por llegar tarde.»
- «Si me pierdo parte de la sesión, luego tendré problemas.»
- «De esta forma me ganaré la confianza del jefe.»

b. Lista (-): en contra de llegar puntualmente:

- «Todo el mundo llega tarde.»
- «El jefe, a veces, también llega tarde.»
- «Los transportes públicos en este país no funcionan, siempre me hacen llegar con retraso.»

2. Factores *facilitadores*

a. Lista (+): a favor de llegar puntualmente:

- Hay una normativa interna al respecto.
- Tienen habilidades para organizarse recordatorios la noche anterior.
- Tanto la sala como los aparatos (cañón, etc.) están preparados con antelación.

b. Lista (-): en contra de llegar puntualmente:

- Hay, a veces, dificultades con los transportes públicos.
- En ocasiones, los que tienen que hacer la presentación se retrasan.
- Ciertos ritmos familiares dificultan salir de casa con tiempo.

3. Factores *reforzantes*

a. Lista (+): a favor de llegar puntualmente:

- Se evitan penalizaciones.
- Refuerzo por parte del jefe.
- Mayor aprovechamiento de las sesiones.

b. Lista (-): en contra de llegar puntualmente:

- No refuerzo por parte de los colegas.
- Más frecuencia de madrugones.
- No autorrefuerzo.

Ejemplo b.2: grupal EXTERO-DIAGNÓSTICO

Conducta a analizar: empezar la rehabilitación para volver a caminar después de la amputación de una pierna.

Población diana: varones mayores de 65 años, con Diabetes tipo II que sufren la amputación de una pierna y viven en zona rural.

1. Factores *predisponentes*

a. Lista (+): a favor de empezar la rehabilitación:

- «Podré caminar de nuevo y no será una carga para mi familia.»
- «Saldré a la calle y podré ver a mis amigos.»
- «Al caminar me bajará el azúcar y no me cortarán la otra pierna.»

b. Lista (-): en contra de empezar la rehabilitación:

- «En casa estoy mejor, no me gustan que me vean y me compadezcan.»
- «Soy un inválido y la rehabilitación no me servirá para nada.»
- «Me caeré, me haré daño y será peor el remedio que la enfermedad.»

2. Factores *facilitadores*

a. Lista (+): a favor de empezar la rehabilitación:

- Existen centros de rehabilitación con profesionales especializados.
- Hay medios de transporte adecuados y gratuitos.
- Hay materiales ortoprotésicos adaptables a cada paciente.

b. Lista (-): en contra de empezar la rehabilitación:

- Los centros de rehabilitación están lejos de la zona rural.
- Existe masificación y listas de espera en los centros de rehabilitación.
- Los hábitos y ritmos familiares dificultan dedicarle tiempo.

3. Factores *reforzantes*

a. Lista (+): a favor de empezar la rehabilitación:

- Aumento de su auto confianza y de su autoestima.
- Valoración de sus progresos y esfuerzos por parte de los profesionales.
- Apoyo y felicitación por parte de los amigos.

b. Lista (-): en contra de empezar la rehabilitación:

- Dolor en el «miembro fantasma».
- Cansancio por el esfuerzo y el tiempo dedicado.
- Impaciencia de la familia por la lentitud de los progresos.

EJEMPLOS PARA RESOLVER

c.1: Diagnóstico INDIVIDUAL

Conducta a analizar: autoinyectarse insulina correctamente

Población diana: Juan, paciente de 60-65 años, zona urbana, con Diabetes tipo II, que no responde a los ado.

1. Factores *predisponentes*

a. Lista (+): a favor de autoinyectarse insulina correctamente:

-
-
-

b. Lista (-): en contra de autoinyectarse insulina correctamente:

-
-
-

2. Factores *facilitadores*

a. Lista (+): a favor de autoinyectarse insulina correctamente:

-
-
-

b. Lista (-): en contra de autoinyectarse insulina correctamente:

-
-
-

3. Factores *reforzantes*

a. Lista (+): a favor de autoinyectarse insulina correctamente:

-
-
-

b. Lista (-): en contra de autoinyectarse insulina correctamente:

-
-
-

EJEMPLOS PARA RESOLVER

c.2: Diagnóstico GRUPAL

Conducta a analizar: Usar racionalmente la píldora del día después.

Población diana: Mujeres jóvenes, estudiantes de Bachillerato, en un instituto público de un barrio «deprimido» de la ciudad c.

1. Factores *predisponentes*

a. Lista (+): a favor de usar racionalmente la píldora del día después:

-
-
-

b. Lista (-): en contra de usar racionalmente la píldora del día después:

-
-
-

2. Factores *facilitadores*

a. Lista (+): a favor de usar racionalmente la píldora del día después:

-
-
-

b. Lista (-): En contra de usar racionalmente la píldora del día después:

-
-
-

3. Factores *reforzantes*

a. Lista (+): a favor de usar racionalmente la píldora del día después:

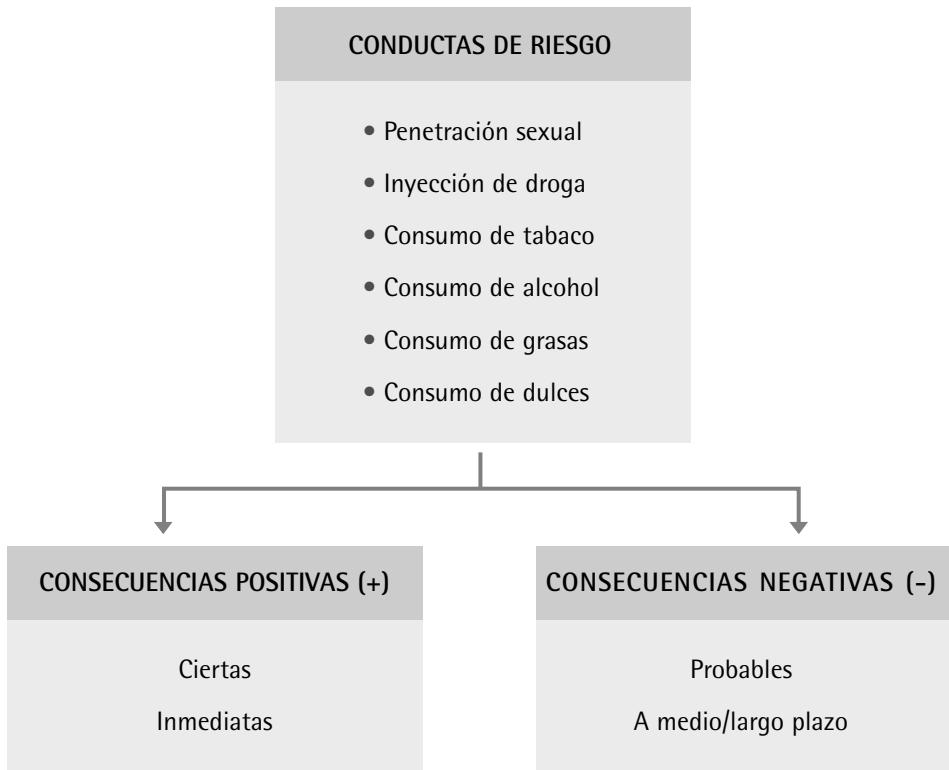
-
-
-

b. Lista (-): en contra de usar racionalmente la píldora del día después:

-
-
-

APÉNDICE XVII

ANÁLISIS FUNCIONAL DE LA CONDUCTA






INTERVENCIONES COMPLEMENTARIAS

- Acercar en el tiempo las consecuencias negativas (por ejemplo: ligar menos esta noche en la discoteca como consecuencia de fumar).
- Conseguir que las conductas de menor riesgo, tengan consecuencias positivas ciertas e inmediatas (por ejemplo: placer «haciéndolo» sin penetración o con condón).

APÉNDICE XVIII

DECÁLOGO DE PETICIÓN DE CAMBIOS.

FORMATO BÁSICO

1. Buscar el momento más ok posible
2. Ir «de 1 en 1» (1 cambio cada vez)
3. Preparar... ¡y ESCRIBIR!
4. Empezar con algo POSITIVO (reforzándolo)
5. Describir CONCRETAMENTE  LA CONDUCTA CLAVE
(«cuando...»)
6. Explicar cómo LE AFECTA  ¿CUÁL ES EL PROBLEMA PARA ÉL/ELLA?
(«... acabamos enfadándonos»;
«... el colesterol le sube muy alto»)
7. Ponerse en el LUGAR DEL OTRO
DESACTIVANDO ARGUMENTOS
(«entiendo que tú...»)
8. Asumir la PROPIA RESPONSABILIDAD (la del profesional)
en el PROBLEMA —sólo si la hay— («tal vez yo...»)
9. Pedir el CAMBIO
(«qué podemos hacer para que...
«qué podemos hacer para que...
NO ACABEMOS ENFADADOS?»
NO TENGA EL COLESTEROL TAN ALTO?») 
10. Ofrecer ALTERNATIVAS de cambio
(«¿qué te parece si...?»; «¿o si...?»; «¿o...?»)

APÉNDICE XIX

DECÁLOGO DE PETICIÓN DE CAMBIOS.

EJEMPLOS Y EJERCICIOS

Ejemplo 1. Con CLIENTE EXTERNO (USUARIO)

- (4) «José Antonio, hoy has trabajado muy bien y se nota en la flexión de tu rodilla, que cada día va mejor. Precisamente por eso, me gustaría comentarte que:
- (5) »Cuando no vienes a rehabilitación durante dos o más días,
- (6) »tus articulaciones están más rígidas y es más difícil movilizarte, con lo que los ejercicios te acaban doliendo mucho más.
- (7) »Entiendo que, a veces, estés cansado de levantarte temprano, y de tener que esperar la ambulancia que te trae al hospital, para que yo luego te machaque con ejercicios.
- (8) »Y es verdad que tal vez yo podría habértelo comentado antes.
- (9) »En todo caso, José Antonio, ¿qué podemos hacer para que tus articulaciones no se pongan tan rígidas y los ejercicios te duelan menos?»

Nota importante:

El punto 10 es el «as en la manga» que tiene el profesional sanitario y que sólo «pone sobre la mesa» cuando las respuestas a la pregunta del punto 9 no han sido satisfactorias en relación con la resolución del problema planteado en el punto 6.

- (10) «¿Qué te parece si, como algún día me habías comentado, intentas venir por tu cuenta?», o
«¿Qué te parece si cambias la hora de la ambulancia, vienes un poco más tarde, y así no tienes que esperar tanto?»

Ejemplo 2. Con CLIENTE INTERNO (PROFESIONAL SANITARIO)

- (4) «Alfonso, he visto que te sientes muy a gusto y seguro en tu papel de médico de familia. Es estupendo verte tan motivado y con tantas ganas.
- (5) »También me fijado en que cuando el paciente nos cuenta el problema, tú intervienes a los pocos segundos,
- (6) »con lo que después te faltan datos para poder valorar adecuadamente la situación.
- (7) »Entiendo que, a veces, te cueste dejar hablar al paciente teniendo en cuenta el poco tiempo que tenemos en la consulta.
- (8) »Tal vez yo no te he enfatizado, como se merecía, la importancia de permitir que el paciente pueda expresarse a fondo. Y me gustaría preguntarte:
- (9) »¿Qué crees que podemos hacer para obtener toda la información necesaria en el tiempo que tenemos?»

Nota importante:

El punto 10 es el «as en la manga» que tiene el profesional que pide el cambio y que sólo «pone sobre la mesa» cuando las respuestas a la pregunta del punto 9 no han sido satisfactorias en relación con la resolución del problema planteado en el punto 6.

- (10) «¿Qué te parece si mañana los tres primeros pacientes los miras atentamente mientras te hablan, sin interrumpirlos?», o
«¿Qué te parece si hacemos ahora, aquí mismo, un pequeño ensayo para ver cómo conseguirlo?»

Ejercicio 1. Con CLIENTE EXTERNO (USUARIO)

A. EL CASO DE ISABEL:

- Perfil: mujer, 45 años, sufre una cervicalgia mecánica de años de evolución.
- Conducta KO: Pasa entre 8 y 10 horas al día cosiendo, manteniendo la misma postura.
- 4 cosas OK de Isabel:

- (+) Tiene confianza en el profesional sanitario.
- (+) Está motivada a hacer «algo» para disminuir su dolor.
- (+) Conoce su problema.
- (+) Trabaja por cuenta ajena, por lo que ella puede ir marcando su ritmo de trabajo.

Usted, lector, es el profesional sanitario que atiende a Isabel, y ha pensado que después de:

- a) haber «vuelto a pensar» a fin de que sus propias emociones no le hicieran perder eficacia en su intervención (capítulo 3);
- b) haber identificado los factores que influyen en la conducta de Isabel (a través del modelo PRECEDE - capítulo 5); y
- c) haber creado una buena relación (mediante los verbos y estrategias claves de comunicación - capítulo 4).

Ha llegado el momento de pedirle un cambio con el Decálogo aquí presentado. ¡Adelante!

Momento y lugar ok para pedirle el cambio:

- (4)
- (5)
- (6)
- (7)
- (8)
- (9)

Recuerde que:

El punto 10 es el «as en la manga» que tiene el profesional sanitario y que sólo «pone sobre la mesa» cuando las respuestas a la pregunta del punto 9 no han sido satisfactorias en relación con la resolución del problema planteado en el punto 6.

- (10)

Ejercicio 2. Con CLIENTE INTERNO (PROFESIONAL SANITARIO)

B. EL CASO DE PEDRO:

- Perfil: varón, 29 años. Médico Residente de Familia (R-3), que está empezando a pasar consulta. No tiene experiencia previa.
- Conducta KO: Pasa la consulta con excesiva lentitud.
- 4 cosas OK de Pedro:
 - (+) Es un residente inteligente.
 - (+) Trabaja con entusiasmo.
 - (+) Tiene iniciativa.
 - (+) Muestra mucho interés por la especialidad.

Usted, lector, es el tutor de Pedro, y ha pensado que después de:

- d) haber «vuelto a pensar» a fin de que sus propias emociones no le hicieran perder eficacia en su intervención (capítulo 3);
- e) haber identificado los factores que influyen en la conducta de Pedro (a través del modelo PRECEDE - capítulo 5); y
- f) haber creado una buena relación (mediante los verbos y estrategias claves de comunicación - capítulo 4).

Ha llegado el momento de pedirle un cambio con el Decálogo aquí presentado. ¡Adelante!

Momento y lugar ok para pedirle el cambio:

(4)

(5)

(6)

(7)

(8)

(9)

Recuerde que:

El punto 10 es el «as en la manga» que tiene el profesional sanitario y que sólo «pone sobre la mesa» cuando las respuestas a la pregunta del punto 9 no han sido satisfactorias en relación con la resolución del problema planteado en el punto 6.

(10)

OFERTA FORMATIVA

Todos los contenidos de la presente publicación se traducen en cursos, seminarios, talleres, y jornadas a disposición de los lectores interesados, «diseñables a medida», según sus objetivos y necesidades.

Para mayor información bibliográfica y para información sobre oferta formativa en habilidades emocionales y de comunicación:

Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP)

Campus Universitario de Cartuja

Apartado de Correos 2070

18080 Granada

Tel.: 958 027 400

Fax: 958 027 503

joseluis.bimbela.easp@juntadeandalucia.es

marketing.easp@juntadeandalucia.es

www.easp.es

El papel utilizado para la impresión de este libro es 100% reciclado y la cartulina de la cubierta está libre de cloro.

La fabricación y utilización de papel procedente de la recuperación y reciclaje de papel ya utilizado conlleva el ahorro de energía, agua y madera, y una menor emisión de sustancias contaminantes a los ríos y a la atmósfera.

La Escuela Andaluza de Salud Pública se compromete así con la conservación del medioambiente y la gestión sostenible de los bosques del planeta.

Se compromete, en definitiva, con las generaciones futuras, con sus derechos, con su patrimonio y con su salud.

