

EL COUNSELING: Una tecnología para el bienestar del profesional

Dr. José Luis Bimbela Pedrola*
Escuela Andaluza de Salud Pública.

** Correspondencia a:*

José Luis Bimbela Pedrola.

Escuela Andaluza de Salud Pública. Campus Universitario de Cartuja.

Apartado de Correos 2070.

Granada 18080 (Spain).

Tel. 958-027-436.

Fax. 958-027-503.

E-mail: joseluis.bimbela.easp@juntadeandalucia.es

RESUMEN

Este artículo presenta los conocimientos, actitudes y habilidades básicas que se requieren para un uso eficaz del counseling (consejo asistido) en la atención a pacientes/usuarios/clientes. Se subrayan los beneficios que dicho uso conlleva para el propio profesional de la salud, en relación con el manejo de sus propias emociones y las de los pacientes, y con la facilitación de cambios duraderos en las conductas de los usuarios y familiares. Sus ideas-fuerza son:

1.- Desde el counseling se entiende que la salud es un derecho que todos los ciudadanos tienen (incluidos pacientes y profesionales de la salud, desde luego), no una obligación; y eso queda plasmado en contenidos y métodos específicos.

2.- El Counseling otorga al paciente el papel de "conductor" (de su proceso salud-enfermedad) , y al profesional el de "facilitador" ("co-piloto" de esa conducción).

3.- El Counseling contempla tres tipos de habilidades: emocionales (intra e interpersonales), de comunicación y de motivación para el cambio.

4.- Las habilidades emocionales permiten controlar el desarrollo e intensidad de las alteraciones emocionales que aparecen en pacientes, en familiares y en los propios profesionales.

5.- En la comunicación con el usuario, "la música" (lo no verbal, cómo se comunica) es tanto o más fundamental que "la letra" (lo verbal, qué se comunica).

6.- Es difícil promover cambios duraderos en las conductas de los usuarios sin realizar previamente un diagnóstico conductual riguroso.

7.- El primer y gran beneficiado en el Counseling, es el propio profesional que lo practica, que puede lograr sus objetivos de forma más eficaz, y al menor coste personal posible.

8.- La práctica habitual del Counseling es una buena forma de prevenir la aparición de situaciones difíciles, agresivas y emocionalmente desbordantes.

9.- Es probable que el Counseling ponga en crisis contenidos y, sobre todo, formas de hacer; lo cual es magnífico, pues está ofreciendo la posibilidad de incorporar cambios.

Palabras clave: autocuidados, emociones, conductas, comunicación, cambio.

***“La comunicación puede ser dolorosa,
la incomunicación... mucho más.”***

Pilar Arranz

La aparición y extensión del VIH/SIDA ha significado avances muy notables en las Ciencias del Comportamiento. Cabe hablar de un antes y un después del sida; principalmente en los aspectos relacionados con el manejo de los aspectos emocionales ligados a la enfermedad, con la promoción de conductas más saludables en la población y con el papel protagonista del propio paciente (1). Con todo ello, la relación del profesional de la salud con el paciente/usuario/cliente quedó “seriamente afectada”. En ese escenario surgió, en nuestro país, el counseling (2).

Es difícil encontrar en castellano una palabra que pueda traducir el significado de "Counseling" y que englobe todos aquellos elementos y matices que le son propios. Las traducciones más frecuentemente utilizadas son “consejo asistido” y/o “relación de ayuda” y/o asesoramiento. En definitiva, se está intentando definir un concepto cuyos elementos constitutivos se presentan a continuación.

El objetivo último del Counseling es mejorar la salud del paciente-usuario-cliente (con este objetivo pasa algo parecido a lo que pasaba hace unos años con el valor en el Servicio Militar, que se les “supone” a los profesionales de la salud). Ahora bien, lo que da el matiz más específico a esta tecnología humana es el "objetivo intermedio" que se plantea desde el Counseling: cuidar al profesional (cuidar al que cuida, curar al que cura) para que pueda trabajar de forma más

eficaz en el logro del objetivo final y, además, lo haga al menor coste personal posible (3).

El logro de los objetivos propuestos pasa por la adquisición y/o mejora de una serie de conocimientos, actitudes y habilidades para la relación "profesional-usuario", en especial en aquellas situaciones donde puedan producirse alteraciones emocionales en alguno de los protagonistas implicados y/o cuando se desea promover cambios en las conductas de los pacientes/usuarios/clientes.

Esta sintética definición necesita, sin embargo, algunas matizaciones importantes:

- a) En relación con los protagonistas de la relación, cabe señalar que la mayor parte de habilidades que configuran el counseling son útiles también para su aplicación en otra relación clave: "profesional-profesional" (sea el "otro profesional" un igual, un superior o un subordinado); es decir, el Counseling ofrece una serie de técnicas, instrumentos y métodos perfectamente aplicables a la mejora de las relaciones interpersonales de los propios profesionales de la salud.
- b) En relación con el tipo de situaciones en las que es aplicable, es importante señalar que aunque su utilidad será máxima en aquellas situaciones en las que aparecen alteraciones emocionales (angustia, ansiedad, desmotivación, miedo, rabia, etc.) en los dos protagonistas (la escena de "comunicar malas noticias" sería un ejemplo paradigmático), su aplicación es también adecuada en aquellas situaciones en las que la alteración emocional afecta sólo a uno de los protagonistas (por ejemplo: médico que se pone "malo" cuando tiene

que atender a un paciente drogodependiente, o usuaria que llega muy nerviosa por que ha descubierto una mancha "muy sospechosa").

- c) Cada vez con más frecuencia se utiliza el Counseling en su vertiente preventiva, en aquellas situaciones donde no ha aparecido aún ninguna alteración emocional y lo que se pretende es precisamente evitar su aparición, o que aparezca con mucha menos intensidad.

Los dos protagonistas principales en el Counseling, ya se ha dicho, son el/la profesional y el/la usuario/a. Cabe ahora concretar el papel que propone el Counseling para cada uno de estos protagonistas: ¿qué hace, en síntesis, cada uno de ellos para lograr el objetivo final y el objetivo intermedio citados? El verbo que mejor sintetiza la tarea del profesional es "facilitar"; facilitar conocimientos, instrumentos, herramientas, técnicas, habilidades, materiales, sugerencias, alternativas,... tanto al usuario como a su entorno. Por otro lado, el verbo que más se acerca a la tarea básica del usuario es "conducir"; conducir su proceso, sus cambios comportamentales, su salud y sus decisiones respecto a ella. En el presente artículo se intentará poner de manifiesto hasta qué punto el hecho de asumir el papel de "facilitador" y motivar que el usuario asuma un papel de "conductor", ayuda al profesional de la salud a conseguir de forma más eficaz sus objetivos y, a la vez, a lograrlo al menor coste personal posible.

Existe una idea básica que fundamenta esta tecnología humana y le da su sentido último: "la salud es un derecho, no una obligación". Esto puede sonar excesivamente filosófico, sin embargo es un principio es fácilmente trasladable a situaciones cotidianas de los profesionales de la salud: con frecuencia, los/as sanitarios/as que fuman habitualmente, se sienten perseguidos/as y

culpabilizados/as por las campañas anti-tabaco llevadas a cabo por las distintas administraciones; y suelen responder con indignación a dichas campañas ("¡no hay derecho! ¡mi salud es mía y estoy en mi derecho de hacer con ella lo que quiera!"). Además, se niegan, desde luego, a hacer algún caso a los consejos recibidos de la campaña. Pese a lo anterior, es habitual que buena parte de esos/as mismos/as profesionales utilice idénticos argumentos (contenidos, mensajes) y métodos (formas de transmitirlos) cuando intenta conseguir que sus usuarios/as adopten "estilos de vida más saludables" (sea en relación con el consumo de tabaco o con cualquiera otra conducta que tenga riesgos asociados). Además, les cuesta mucho entender que (igual que hacía él/ella con los mensajes de la administración) los usuarios no sigan sus (bienintencionados) consejos y que, en algunos casos, incluso lleguen a enfadarse con los profesionales (al sentirse, también ellos, perseguidos y/o culpabilizados).

La actuación del profesional sanitario es radicalmente distinta (en contenido y en forma) si cree que la salud es un derecho que ese usuario tiene, o si cree, por el contrario, que es una obligación. El Counseling apuesta por la idea de que asumir que la salud (y el seguimiento de las indicaciones terapéuticas) es un derecho o una opción del usuario, favorece el cumplimiento por parte del profesional de su función facilitadora y evita la tentación de decidir "por el otro" (con los enormes riesgos que ello conlleva: incumplimiento de pautas terapéuticas -farmacológicas y/o conductuales, errores diagnósticos y de prescripción, denuncias, etc.) (4).

Tres son los grupos de habilidades fundamentales para una aplicación óptima del counseling: A) Habilidades emocionales; B) Habilidades de

comunicación; y C) Habilidades de motivación para el cambio de conducta. Valdrá la pena comentar con cierto detalle cada una de ellas.

A) Habilidades emocionales.

Son habilidades dirigidas a manejar tanto las propias emociones como las de los pacientes y allegados, y las de otros profesionales. A continuación se formulan algunas preguntas para situar el tema emocional:

¿Cómo puede intervenir eficazmente un profesional de atención primaria que va a visitar a un enfermo en fase terminal y que se siente angustiado ("fatal") pensando que el enfermo le va a hablar de su muerte inmediata y le va a suplicar que acabe con su sufrimiento?

¿Cómo puede comunicarse adecuadamente un profesional que va a decirle a un usuario que ha dado positivo en la prueba del VIH y que se siente muy ansioso ("horrible") pensando que el enfermo va a tener ("seguro") una explosión emocional y le va a agredir? (y el usuario llega a la consulta realmente nerviosísimo, "fuera de sí", temiéndose "lo peor") (5).

¿Cómo puede establecer una relación que motive al usuario a cuidar su salud, un profesional que esta "harto", "quemado y más" de su trabajo?

Las habilidades emocionales son necesarias antes de establecer cualquier comunicación y, también, durante y después de la misma (a fin de controlar las alteraciones emocionales que puedan ir apareciendo en el propio profesional y en el usuario y/o familiares). El objetivo de las habilidades emocionales no es eliminar, reprimir o "tragarse" las emociones, pues este tipo de emociones pueden resultar útiles, ya que al ser desagradables empujan a buscar soluciones

y a actuar sobre las situaciones a las que están asociadas (6). El objetivo es lograr que estas emociones no desborden al profesional (sea por su intensidad y/o duración) y pierdan entonces su funcionalidad. Para ello, se interviene sobre los tres niveles de la respuesta humana que están en el origen y mantenimiento de las emociones: nivel cognitivo, nivel fisiológico y nivel motor (7).

Intervención en el nivel cognitivo.

La forma cómo 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, cabe señalar la existencia de una serie de pensamientos que podrían denominarse "improductivos", que:

- 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) Magnifican la propia responsabilidad en las cosas que "salen mal", incitando al auto-castigo.
- d) Juzgan, moralizan.

En resumen, se trata de 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".

Intervención en el 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. 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; y 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, de la relajación progresiva y de la distensión continua.

Intervención en el 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 para evitar ambas reacciones consiste en plantearse la situación siguiendo las seis fases del "*Esquema de Afrontamiento de Situaciones*" que se muestra a continuación:

1) *Describir la situación.*

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

2) *Escribir un listado de alternativas.*

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. Es clave darse permiso para sentirse libre y para no criticar, juzgar o boicotear 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. En esta fase "todo vale, no se juzga".

3) *Valorar cada alternativa.*

Esta es la fase crítica donde se analizan, juzgan y valoran a fondo cada una de las alternativas propuestas en el paso anterior. Desde el Counseling se proponen dos criterios de valoración: a) Criterio de **coherencia**: "Lo que voy a decidir y hacer tendrá que ver con lo que pienso, lo que creo, lo que me hace levantar de la cama cada mañana"; b) Criterio de **inteligencia**: Analizando los beneficios en términos de salud y de convivencia e interviniendo 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.). Esta estrategia ("Todos ganan") es la más adecuada para que los cambios que se consigan sean duraderos (8). Conviene evitar estrategias del tipo "malévolo": el profesional gana y "el otro" pierde, pues con esta estrategia los cambios, en caso de producirse - por temor, dependencia, autoridad, etc-, no suelen ser duraderos ("hecha la ley, hecha la trampa": olvidos, retrasos, incumplimientos, boicots, etc.). Tampoco son

recomendables las estrategias "ingenua" (el profesional pierde y "el otro" gana) ni "estúpida" (donde "todos pierden": ninguno de los dos consigue objetivo alguno).

4) *Tomar la decisión.*

El mayor riesgo de esta fase es precisamente no realizarla, al no encontrar la "solución perfecta", y volver a los anteriores pasos del esquema y entrar en un "círculo vicioso" que dificulte el paso a la acción.

5) *Actuar.*

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 puedan aparecer al ponerla en práctica.

6) *Evaluar la actuación.* El concepto más clave en este paso es: objetividad.

B) Habilidades de comunicación.

La comunicación es la herramienta básica para la relación interpersonal, y a través de ella se abordan las emociones de los pacientes y se estimulan los cambios comportamentales de los mismos. Por todo ello, es muy importante: a) cuidar tanto el nivel verbal de la comunicación ("la letra") como el nivel no-verbal ("la música"), y b) entrenar, a fondo, el uso de ciertos verbos clave: concretar objetivos, preguntar, escuchar (activamente), empatizar (también activamente), sintetizar, retroalimentar y reforzar.

El tema de las habilidades de comunicación tiene una larga tradición en la formación de los profesionales de la salud (9) (10), por ello solamente van a ofrecerse algunas sugerencias para evitar uno de los mayores riesgos cuando se habla de comunicación: Creer que comunicarse con alguien en "hacer teatro".

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

a) *¿Cuál es realmente (HONESTAMENTE) el objetivo del profesional cuando se comunica con los usuarios?: ¿Impresionarlos? ¿Dejar bien claro que en la consulta es él/ella quien manda? ¿Demostrarles que estuvo en el último Congreso Mundial de Diabetes? o, como propone el Counseling, ¿Facilitar cambios de conducta y motivar la toma de decisiones del paciente?.*

b) *¿Cuáles son las ventajas que el profesional obtiene al ejercer los citados verbos clave de la comunicación?: ¿Quién es el primer (y gran) interesado en obtener, preguntando, información fiable para poder intervenir más eficazmente?, ¿qué obtiene, qué gana el profesional empatizando? ¿y reforzando?.*

c) *¿Cuáles son las ventajas que el propio usuario obtiene cuando el profesional se comunica de esa manera (preguntando, escuchando, empatizando) y no de otra más "unidireccional"?*

Para prevenir el riesgo de "actuación teatral" en dos de los verbos que más fácilmente la provocan (empatizar y reforzar) puede ser de utilidad asociarlos a aspectos concretos y no globales. A modo de ejemplo:

- Empatía global: "Te entiendo, te comprendo"

- Empatía concreta: "Entiendo que te parezca complicado acordarte cada día de tomar..."

Los riesgos de la empatía global son varios: además de sonar "teatral" (con la consiguiente pérdida de credibilidad), es tan inespecífica que no aclara qué es lo que realmente se entiende y fácilmente puede "volverse en contra": "¡cómo lo va usted a entender, doctor. El hijo que está ahí muerto, es el mío ! La empatía concreta evita, por una parte, esos riesgos y consigue, por otra, los objetivos motivadores y facilitadores de la comunicación que busca la empatía. Es por ello mucho más eficaz.

Respecto al refuerzo, cabe señalar que los riesgos del refuerzo global son diversos: además de sonar "teatral" (falso), es tan poco específico que no queda claro qué es lo que realmente se quiere reforzar. El refuerzo concreto evita, por una parte, esos riesgos y consigue, por otra, los objetivos motivadores que se buscan con el refuerzo. Resulta, por tanto, más eficaz ("Me parece estupendo que durante esta semana hayas logrado tomarte cada día la dosis que te comenté").

Cabe realizar una última sugerencia para evitar "sonar falso, teatral": antes de enviarle al paciente la frase-clave, es recomendable que el profesional se pregunte:

- a) ¿qué es lo que realmente puedo entender/comprender de lo que me dice, de lo que hace el paciente? (en el caso de la empatía). Si la respuesta es "nada", la sugerencia es que mejor no se intente empatizar teatralmente (hacer como si...). No es obligatorio empatizar y, desde luego, tiene peores consecuencias para la comunicación con el paciente el hecho de "sonar falso" que simplemente no empatizar en ese momento.
- b) ¿qué es lo que realmente encuentro reforzable de lo que dice, de lo que hace el paciente? (en el caso del refuerzo). Si no se encuentra "nada", mejor no

intentar un refuerzo teatral (hacer como si...). Reforzar no es obligatorio y tiene peores resultados el hecho de "sonar falso" que el hecho de no reforzar ocasionalmente.

En ambos casos (empatía y refuerzo), si la respuesta a la pregunta ha sido positiva, y se ha encontrado algo concreto para empatizar o para reforzar, la eficacia de ambas acciones se potenciará enormemente dada la credibilidad que transmitirá una comunicación honesta y basada en lo que realmente piensa el profesional.

C) Habilidades de motivación para el cambio de conducta.

Estas habilidades son fundamentales, dado que la comunicación que establece el profesional con el usuario tiene como objetivo último, en muchas ocasiones, estimular determinados cambios en las conductas y hábitos del usuario (desde seguir una dieta -o cualquier tratamiento- a usar el condón en las relaciones sexuales con penetración). De ahí la importancia de contar con una serie de habilidades específicas, tanto a nivel de diagnóstico comportamental (conocer los factores más relevantes que explican las conductas) como a nivel de intervención; a nadie se le ocurriría recetar determinado antibiótico sin un buen diagnóstico clínico previo y, sin embargo, algunos profesionales "recetan" determinados consejos -"haga esto o lo otro"- sin un cuidadoso diagnóstico comportamental previo. Por ello, estas habilidades están dirigidas a realizar primero un buen diagnóstico comportamental (a través del "*Modelo P.R.E.C.E.D.E.*" de LW. Green (11) - adaptado por JL. Bimbela (12)) para poder luego intervenir con éxito en la motivación de cambios de conducta (a través de

instrumentos como el "*Decálogo de petición de cambios*", que se presenta también es el presente artículo).

Cabe señalar que el modelo PRECEDE es útil tanto para la realización de "diagnósticos individuales" (para saber las causas por las que José D. abandona el tratamiento después de 2 semanas), como para "diagnósticos grupales" (para conocer los factores que explican por qué los varones de 16-18 años del centro educativo "X" no usan condón en sus relaciones coitales).

El Modelo P.R.E.C.E.D.E. (Siglas de Predisposing: predisponentes, Reinforcing: reforzantes, Enabling: facilitadores, Causes: causas, Educational: educacional, Diagnosis: diagnóstico, Evaluation: evaluación), sugiere que son tres los tipos de factores que ayudan a explicar conductas: Predisponentes, Facilitadores y Reforzantes:

1. Los factores **predisponentes**, tienen que ver con la motivación del sujeto o del grupo para realizar la conducta que se pretende promover:

a. La *información* (lo que sabe el usuario, lo que no sabe, los errores en lo que cree saber, etc.) en relación con la conducta que se esté analizando.

b. Las *actitudes*, incluyendo además de sus opiniones respecto a herramientas y conductas, aspectos tales como si "se siente o no en riesgo", si "se siente o no capaz de realizar dicha conducta" o si "considera la conducta preventiva propuesta como verdaderamente eficaz".

c. Los *valores y creencias*, tanto en relación con las prácticas que se quieren modificar o eliminar como con las que se quieren promover (¿cómo "vive" el hecho de tener que tomar 12 pastillas al día en un tratamiento anti-retroviral?, ¿cómo "valora" las relaciones sexuales sin penetración?). 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, además, obtener argumentos pro-conducta que pueden ser facilitados a la población que no los tiene.

2. Los factores **facilitadores** tienen que ver con las facilidades que el individuo o el grupo tiene para realizar la conducta:

a. Las *habilidades/destrezas* para:

(1) Realizar la 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.)

(2) 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 instrumentos* (guías para dejar de fumar, jeringuillas estériles, bebidas sin alcohol, alimentos dietéticos, etc.) y *centros con sus respectivos profesionales* (centros de salud, centros de orientación y planificación familiar, etc.) que puedan facilitar la realización de la conducta.

Se habla aquí de todo tipo de accesibilidad: económica, física, horaria, psico-social, la relacionada con el trato, etc.

3. Los factores **reforzantes**, hacen referencia a las consecuencias que tiene para el individuo o el grupo el hecho de haber realizado (o intentado realizar) la conducta:

a. La *respuesta de los agentes-clave* del medio (pareja, familia, grupo de iguales, profesionales socio-sanitarios).

b. La *respuesta del propio individuo o grupo* (reconociéndose, o no, los logros obtenidos).

c. Los *beneficios/perjuicios físico-emocionales*: placer, comodidad, dolor, intranquilidad; tanto de la conducta que el profesional intenta promover como de la/s conducta/s que está intentando modificar o eliminar.

d. Las *consecuencias tangibles*: beneficios económicos, ahorro de costes; tanto de la conducta que el profesional intenta promover como de la/s conducta/s que está intentando modificar o eliminar.

Uno de los instrumentos que puede ayudar a intervenir (a nivel individual) una vez realizado el diagnóstico PRECEDE es el "*Decálogo de petición de cambios*", cuyos 10 pasos se presentan a continuación:

1. Buscar un **momento** y un **lugar** adecuados.
2. Ir "**de 1 en 1**" (pedir solamente 1 cambio cada vez).
3. **Preparar**, lo que equivale a planificar y escribir detenidamente cada uno de los 7 pasos que se plantean a continuación, en aras aumentar la eficacia de la intervención, pues "la mejor improvisación es aquella que está cuidadosamente preparada".
4. Empezar con algo positivo **reforzándolo**. Cabe recordar aquí los comentarios realizados en el apartado de habilidades de comunicación, respecto al riesgo "teatral" del refuerzo.
5. Describir concretamente la conducta-clave:
Ejemplo a. "Cuando comes 3 ó 4 pasteles cada día para merendar,"
Ejemplo b. "Cuando dejas de tomar las pastillas que te receté,"
6. Explicar cuál es la **consecuencia** de la conducta descrita en el punto anterior.
Este punto es de capital importancia, pues permite identificar y focalizar el **problema** en términos objetivos.

Ejemplo a. "el colesterol te sube muy alto."

Ejemplo b. "la infección empeora."

Es fundamental que las consecuencias expuestas en este punto 6 del Decálogo sean realmente sentidas como problema por el usuario. En caso contrario, lógicamente, no se conseguiría el efecto motivador deseado. Una buena aplicación del modelo PRECEDE antes presentado, habrá permitido identificar aquellas consecuencias que sí resultan problemáticas para el usuario.

7. Ponerse en el **lugar del otro** (empatizar), anticipando las "pegas" (las dificultades que se hayan detectado al preguntarle al usuario cuando se aplicó el modelo PRECEDE).

Ejemplo a. "Entiendo que disfrutas mucho comiendo dulces"

Ejemplo b. "Comprendo que pueda resultar complicado recordar que cada dos horas has de tomártelo"

Cabe recordar aquí los comentarios realizados en el apartado de habilidades de comunicación, respecto al riesgo "teatral" de la empatía.

8. Asumir **propia responsabilidad** (si la hay).

Es una forma de desculpabilizar al usuario y de implicar en el problema al propio profesional.

Ejemplo a. "Tal vez yo no te he comentado con la suficiente claridad las consecuencias que para tí puede tener el colesterol alto"

Ejemplo b. "Tal vez yo no te he facilitado aún algún truco que te permita recordar cada toma"

9. **Pedir cambio**, mediante preguntas y utilizando primera persona del plural como forma de implicación mutua. Cuando el usuario siente que «conduce» su

proceso, aumenta enormemente su implicación en los acuerdos y aumenta, por tanto, la probabilidad de un cambio comportamental duradero.

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

Ejemplo 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.

En el caso de que el usuario no haya aportado (en el punto 9) alternativas utilizables, cabe aplicar el punto 10:

10. **Ofrecer**, preguntándole, diversas **alternativas de cambio**,

"¿Qué te parece si te planteas..."

"¿Qué te parece si intentamos que..."

"¿Qué te parece si diseñamos un gráfico que..."

"¿Qué te parece si, a partir de lo que hemos hablado, intentas..."

Es importante que una vez el usuario 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 usuario va a necesitar para llevar a cabo esta conducta.

A modo de conclusión:

Las habilidades comentadas (emocionales, de comunicación, de motivación para el cambio) son de enorme aplicabilidad a temas, situaciones y patologías tan diversas como: adhesión a tratamientos (13), VIH/SIDA (14), fases terminales de cualquier enfermedad (15), enfermedades crónicas (16), urgencias (17), intervención en poblaciones específicas (jóvenes (18), consumidores de drogas (19), internos de centros penitenciarios (20), etc.). Cabe destacar también la creciente aplicación del Counseling en la mejora de las relaciones "profesional-profesional" y en la gestión de recursos humanos (21).

El counseling beneficia al profesional de la salud, que puede trabajar de forma más eficaz, cómoda y satisfactoria (más éxito y mayor logro de sus objetivos, y a un coste personal menor). También beneficia al usuario, que se siente mejor atendido, más satisfecho, y más motivado para mantener conductas más saludables. Además, no puede olvidarse que las instituciones sanitarias se benefician también de la aplicación del counseling, al ver aumentar la calidad percibida por los pacientes/usuarios/clientes y al mejorar el clima laboral entre los profesionales (menos estrés, menos "queme", menos "daños asociados": bajas, dolores musculares, cefaleas). Finalmente, la sociedad en general también obtiene ganancias, pues logra un uso más racional de servicios y fármacos, y puede desarrollar estilos de vida más saludables.

Agradecimientos: A Josep Torres, por la ideología; a Enrique García-Huete, por la teoría, a Maite Gorrotxategi, por la práctica.

Bibliografía.

1. Bayés R. SIDA y psicología. Barcelona, Martínez Roca, 1995.
2. Bayés R. El counselling como instrumento terapéutico. En: M^a Isabel Hombrados, editora. Estrés y salud. Valencia, Promolibro, 1997; 343-350.
3. Bimbela JL. Cuidando al cuidador. Counseling para médicos y otros profesionales de la salud. Granada, Escuela Andaluza de Salud Pública, 2001 (4^a edición).
4. Torres J. SIDA. Counseling. Motor de cambio. En: Fresnadillo A, ed. Infecciones víricas de transmisión sexual. Barcelona, Terrassa, 1992; 151-156.
5. 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.
6. Goleman D. Inteligencia Emocional. Barcelona, Kairós, 1996.
7. García-Huete E. Aprender a pensar bien. Madrid, Aguilar, 1998.
8. Cipolla C. Allegro ma non troppo. Barcelona, Grijalbo Mondadori, 1996.

9. Simpson M, Buckman R, Stewart M, Maguire P, Lipkin M, Novack D, et al. Comunicación médico-paciente: el informe de consenso de Toronto. BMJ (ed. esp.) 1993; 8(1): 40-45.
10. Castro JA, Quesada F. Cómo mejorar nuestras entrevistas clínicas. Atención Primaria 1996; 18(7): 115-118.
11. Green LW, Kreuter MW. Health Promotion Planning. An Educational and Environmental Approach. Palo Alto, CA, Mayfield, 1991.
12. Bimbela JL. El modelo PRECEDE y su aplicación en el ámbito de la sexualidad y la promoción de la salud. En: Bimbela JL, ed. Sexualidad y salud (RAPS;4). Granada, Escuela Andaluza de Salud Pública, 1995.
13. Gil VF, Piñeiro F, Merino J. Observancia del tratamiento antihipertensivo. Iberoamerican Journal of Hypertension. 1997; 2(5): 217-223.
14. Bayés R. Adhesión terapéutica en VIH/SIDA. Publicación Oficial de la Sociedad Española Interdisciplinaria del SIDA. 1998; 9(3): 193-194.
15. Barbero J. Afectado por el Sida. El acompañamiento a personas con VIH/SIDA. Madrid, Fundación CREFAT, 1997.
16. Arranz P, Costa M, Bayés R, Cancio H, Magallón M, Hernández F. El apoyo emocional en hemofilia. Madrid, Real Fundación Victoria Eugenia, 1996.

17. Bimbela JL. Seminario: Habilidades emocionales y de comunicación en servicios de urgencia y atención a enfermo crónico (Programa). Granada, Escuela Andaluza de Salud Pública, 1999
18. Mabey J. Counselling for young people. Buckingham, Open University Press, 1995.
19. Romero M. Ventajas e inconvenientes de los diferentes tipos de programas de iguales (Perspectiva desde su intervención en los programas de reducción de riesgo). Cuadernos Andaluces de Bienestar Social. 1997; 87-94.
20. López R. El sida, entre rejas. Ideal, Granada, 25 de junio de 2000.
21. Bimbela JL. Counseling y gestión. Por que los directivos también lloran En: Silió F, Solas O, eds. Nuevas perspectivas en la gestión estratégica de los recursos humanos en organizaciones sanitarias. Granada, Escuela Andaluza de Salud Pública, 1999;145-155.