

## **Capítulo 5.**

# **El Apoyo Psicológico como herramienta de intervención en el proceso salud-enfermedad**

## 5.1. Introducción

Considerando la relación *profesional de la salud-paciente* como el centro sobre el que se asientan la gran mayoría de las actuaciones del primero, y dado que los aspectos psicosociales son inseparables y consustanciales al *proceso salud-enfermedad*, afirmamos, sin matización, que sólo se puede considerar intervención en salud aquella que se desarrolle integrada en una relación que alcance el estatus de terapéutica. Y como toda relación es comunicación, por tanto, la cualidad de terapéutica dependerá en último término del establecimiento de una adecuada y saludable comunicación.

Consideramos así que la intervención psicosocial de los profesionales de la salud es básicamente asimilable a esta relación de ayuda o terapéutica. Un intercambio humano entre el profesional y el usuario dirigido a valorar y atender las necesidades psicológicas que surgen dentro del proceso salud-enfermedad y, mediante una serie de actuaciones, apoyarle a encontrar otras posibilidades de percibir, aceptar y hacer frente a los cambios y a las crisis de una manera adaptativa, potenciando los recursos de la propia persona, familia o grupo y utilizando esas experiencias vitales como elementos de crecimiento personal.

Se consideran, en este sentido, cuasi sinónimos terapéutico y de ayuda, que podemos definir como un proceso interpersonal en el que una persona (el profesional de la salud) ayuda en el proceso de desarrollo y crecimiento de otra (el paciente-usuario) en circunstancias que comprometen su salud.

Ello quiere decir que la relación terapéutica o de ayuda es uno de los mayores potenciales de los profesionales de la salud y un instrumento básico de trabajo, que encierra un adecuado manejo de la comunicación humana. Se puede afirmar, desde esta perspectiva, que el éxito del trabajo en salud dependerá, en gran parte, de las

habilidades comunicativas y del tipo de relación que establezca con el paciente, sus familiares y el equipo de salud.

## 5.2. La comunicación

### 5.2.1. Comunicación, salud y enfermedad

La totalidad de la relación *profesional de la salud-paciente* puede ser considerada como un proceso de intercambio, de comunicación. La relación, como comunicación interpersonal, constituye un lugar crítico, único y privilegiado para el deterioro o el crecimiento. Por tanto, puede ser promotora de salud o, por el contrario, de su pérdida. La comunicación es en sí misma un recurso terapéutico vital, pero además tiene la potencialidad de amplificar el impacto de otros recursos. Del tipo de comunicación interpersonal que se establezca dependerá la calidad de la relación y su contribución al proceso salud/enfermedad.

Un proceso de cuidados/tratamiento meramente tecnificado que no sea consciente de la interacción con el paciente, y haga uso de la misma, es sin duda incompleto. Profesional y paciente forman un sistema relacional en el que ambos, quieran o no, se comunican y, por tanto, se influyen mutuamente dentro de un contexto determinado. Si se ignora el hecho, dichas influencias no serán controladas y sus resultados mero producto del azar o la suerte. El profesional de la salud debe conocer los mecanismos que regulan la buena comunicación, ser consciente de los procesos comunicativos que están aconteciendo y controlarlos para que se pueda ejercer una influencia beneficiosa en el bienestar y salud del paciente.

Por eso, en esta interacción humana específica, debe ser el profesional el responsable de que la comunicación se inicie, mantenga y finalice con sentido

terapéutico. Y esto se puede comprender desde una visión holística del ser humano como unidad psicofísica (con una biografía, antecedentes y condicionantes idiosincráticos), donde cualquier alteración de una parte guarda el correspondiente correlato en la otra, bien como expresión psicósomática (malestar corporal como expresión de un daño psíquico) o bien como expresión somatopsíquica (malestar psíquico como expresión de enfermedad corporal), siempre comprendida en un contexto social con el que se interactúa en un flujo bidireccional (sociopsicosomático).

La comunicación adecuada es fuente de salud física y mental. Porque lo que cura, en realidad, es la relación, y ésta, recordemos, es comunicación. No se quiere decir que el tratamiento del mal físico no requiera medicación, rehabilitación, curas o cirugía. Lo que decimos es que todo eso se produce inevitablemente en el marco de una relación, y el manejo que se haga en ella de la comunicación, su mayor o menor calidad humana y su cualidad terapéutica o no, influyen de manera significativa en la salud. Tal y como los estudios sobre el placebo han constatado. Y ello a través de las emociones, las creencias, las actitudes, las expectativas generadas, el condicionamiento, etc. La misma aspirina tiene efectos diferentes según quién la prescriba.

#### 5.2.2. Bases teóricas de la comunicación humana

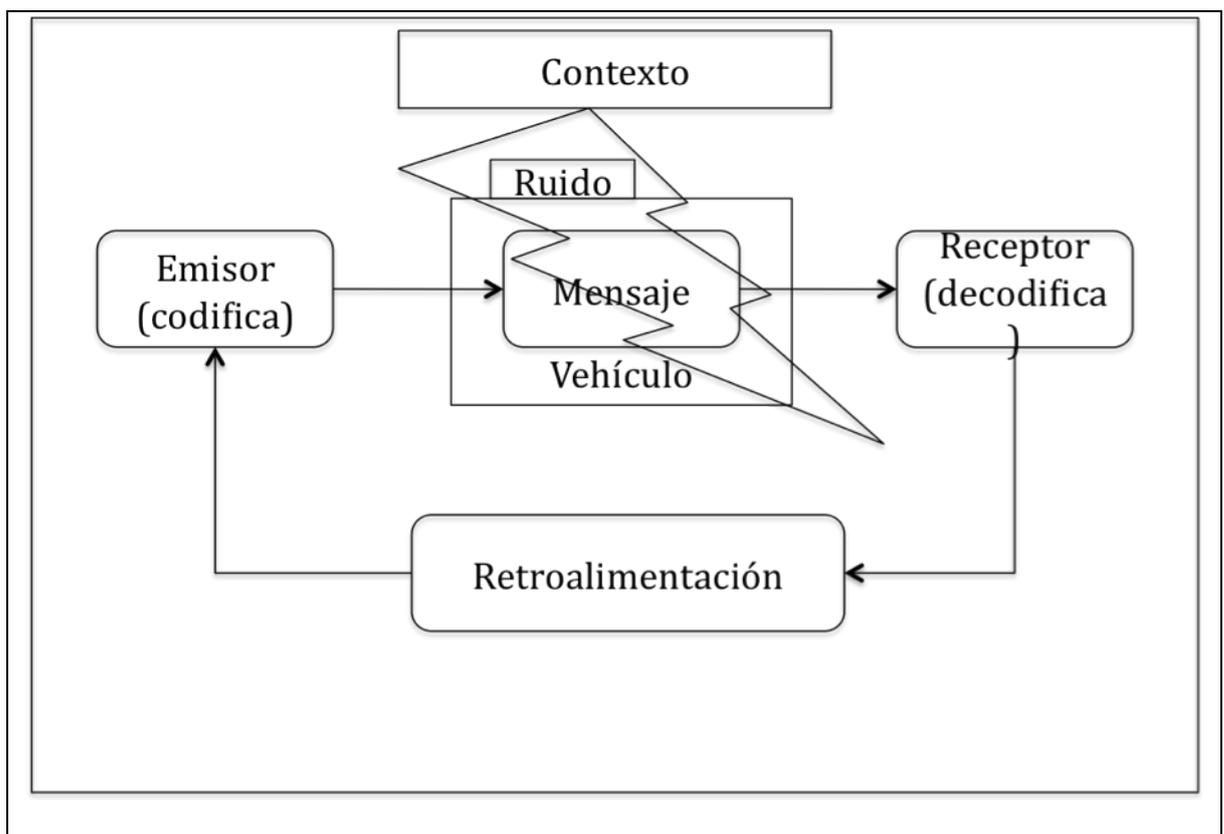
La comunicación es un proceso de envío y recepción, de una persona a otra, de mensajes e ideas, pero también, de manera inseparable, de sentimientos y actitudes. Y ello a través de palabras, letras, símbolos, gestos, expresiones, etc., que los vehiculan y hacen llegar.

El proceso comunicativo está integrado por una serie de elementos que enunciaremos y definiremos brevemente:

- *Emisor*: dada una transacción, la persona que en el momento de la observación se encuentra en fase de emisión (expresión de un mensaje o conducta comunicativa).
- *Receptor*: dada una transacción, la persona que en el momento de la observación se encuentra en fase de recepción y actúa de destinatario (recibiendo un mensaje o conducta comunicativa).
- *Mensaje*: es el contenido del acto o conducta comunicativa, y contiene el significado de la transacción.
- *Código*: es un sistema de signos y reglas para combinarlos. Tiene carácter arbitrario y debe ser conocido de antemano por los participantes en la transacción.
- *Canal*: es el medio físico a través del cual se transmite el mensaje. El aire en el caso de la voz, las ondas Hertzianas en el caso de la televisión, el papel en el caso del mensaje escrito, etc.
- *Vehículo*: es el soporte del que se vale el emisor para transmitir el mensaje (sonido, palabras, grafismos).
- *Ruido*: son todos aquellos factores (internos y externos) que interfieren la recepción/compreensión del mensaje y empobrece, dificulta y en ocasiones impide el proceso de comunicación. Ruido puede ser un sonido ensordecedor que nos impide oír al otro, pero también un *prejuicio* que nos impide entender.
- *Retro-alimentación*: es la reacción del receptor al mensaje. Es la información devuelta. es el verdadero significado del mensaje transmitido que corresponde al significado captado en el receptor.
- *Contexto*: es el marco social y físico en el que se produce la transacción y que completa, matiza o da sentido a la misma.

El profesional debe conocer cada uno de estos elementos y tener control sobre ellos para conseguir una comunicación eficaz. Debe priorizar la retroalimentación como fuente de, por una parte, el significado real del mensaje que se emita y, por otra, como indicador de la calidad de la comunicación. Debe ser consciente de que el contexto matiza y modifica el significado de un contenido. Debe cerciorarse de compartir de manera real el código con su interlocutor y adaptarse al mismo. Debe generar mensajes adaptados, claros y concisos. Debe evitar interferencias y ruidos propios (como veremos más adelante) y tratar de controlar los ajenos.

Figura 1. *Representación esquemática de los elementos de la comunicación humana*



El proceso de comunicación se da en un doble nivel: *verbal* y *no verbal* (meta comunicación). Pero además pueden ser transmitidos y recibidos elementos conscientes e inconscientes (en el sentido de no percibible). Las investigaciones demuestran que, comunicando sentimientos y actitudes, en una transacción, casi dos tercios del impacto del mensaje viene determinado por el lenguaje corporal -postura, gestos y contacto visual-, seguido por un tercio por el tono de voz, y el resto por el contenido de la presentación. Es la denominada regla de Mehrabian: el 7% de la información se atribuye a las palabras, el 38% se atribuye a la voz (entonación, proyección, resonancia, tono, etc.) y el 55% al Lenguaje Corporal (gestos, posturas, movimiento de los ojos, respiración. Etc.). La interpretación y credibilidad de los aspectos emocionales y actitudinales del mensaje descansan pues más sobre la meta comunicación, lo no verbal. No puedo sorprendernos lo dicho si consideramos que la comunicación no verbal puede cumplir una amplia variedad de funciones comunicativas en relación a los aspectos verbales, como:

- *confirmar* lo que se dice verbalmente
- *sustituir* la comunicación verbal
- *remarcar* y enfatizar la comunicación verbal
- *añadir* una carga emocional a lo que se está diciendo
- *confundir* o contradecir el mensaje verbal

Esto supone que el profesional de la salud debe hacer un trabajo doble. Por un lado, tomar conciencia de su propio manejo de lo no verbal, por otro, leer adecuadamente el del paciente. Debe dedicar un esfuerzo a controlar la totalidad de su emisión, incluyendo la no verbal.

Los elementos constituyentes más importantes de la comunicación no verbal no asociados al lenguaje son:

1.- Kinesia:

- *Expresiones faciales*: sirven para expresar emociones. Son básicamente universales.
- *Mirada*: el contacto visual es el más directo y consciente entre dos personas. La *fijación* de la mirada indica el foco de atención de la persona. La frecuencia y duración del contacto visual pueden variar el significado de la situación y también controlar la conducta del interlocutor.
- *Gestos*: Subrayan el lenguaje hablado. Son expresión de la personalidad en cuanto componentes de estilo. Expresan el nivel de tensión/relajación. Son específicos de cada cultura.
- *Postura*: expresa los sentimientos y actitudes de la persona para con su interlocutor.

2.- *Proxémica*: la distancia invisible alrededor de nosotros mismos que consideramos propia y que señala, en función de su magnitud, la intimidad con otra persona.

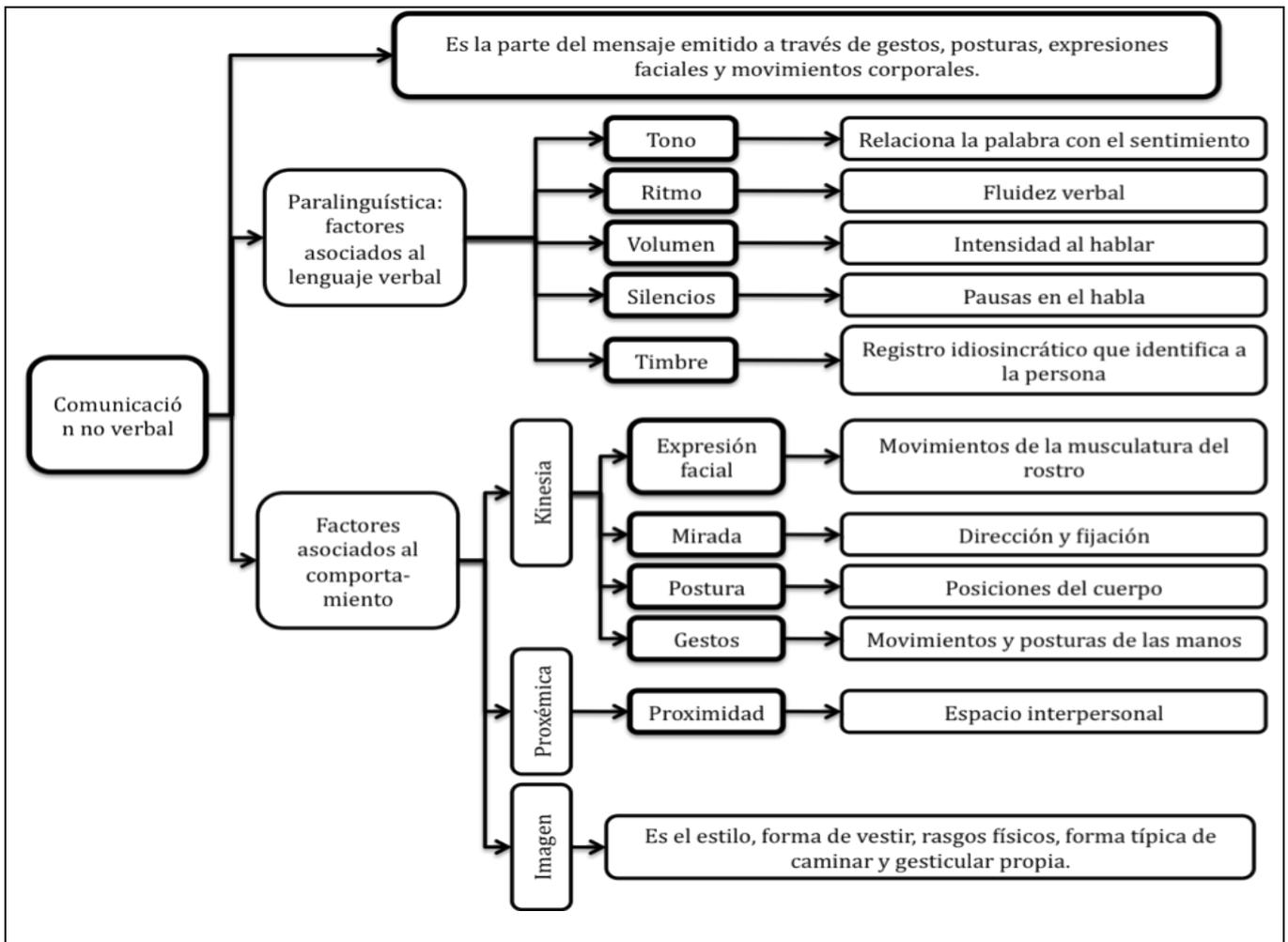
3.- *Imagen*: además del vestido, hace referencia también al conjunto de los rasgos físicos, gestos típicos, manera de caminar habitual, timbre de voz; forma de mirar; etc. En definitiva, el estilo.

Los elementos constituyentes más importantes de la comunicación no verbal asociados al lenguaje son:

1. El tono: el reflejo la emoción y la actitud.

2. La intensidad de la voz: el volumen con el cual se emite el sonido.
3. El ritmo de la voz: el número de palabras por unidad temporal (generalmente el minuto), se refiere a la fluidez verbal con que se expresa la persona.
4. El silencio: las pausas, los espacios en blanco.
5. El timbre de voz: son las características con las que nacemos, propias y diferentes en cada persona. Son como una huella sonora.

Figura 2. Representación esquemática de la comunicación no verbal



El manejo del tono, la intensidad, el ritmo y los silencios. modular, realizar inflexiones, etc., de estos parámetros modifica el sentido del mensaje, constituyendo una meta comunicación que va más allá del mero contenido verbal.

Finalmente, siguiendo a algunos de los estudiosos más importantes de la comunicación humana, podemos señalar los siguientes axiomas:

- No podemos no comunicar. En el instante en que nos percibimos, la comunicación es inevitable.
- Toda comunicación presenta dos aspectos: el contenido y la relación, de tal manera que el segundo engloba al primero, y por consiguiente se convierte en meta-comunicación.
- Todo intercambio de comunicación es simétrico o complementario (asimétrico), según que esté fundamentado en la igualdad o la diferencia.
- La naturaleza de una relación depende de la acentuación de las secuencias de comunicación entre los dos interlocutores.

Y a estos elementos ya más clásicos habría que añadir *los efectos*, ya que la comunicación será efectiva cuando se logren los cambios esperados por el emisor en los conocimientos, actitudes o comportamiento observables del receptor, y el *feedback*, o retroalimentación que nos informa del resultado logrado por nuestro mensaje. El significado de la comunicación es la respuesta que obtenemos. Por tanto, el tipo de comunicación que propugnamos para la relación profesional de la salud-paciente debe ser recíproca, exige no sólo una respuesta, sino también una interpretación de la misma y un feedback continuo que asegure la correcta recepción de los mensajes. Se trata de superar el modelo lineal y pasar a otro bidireccional

donde el profesional sanitario y el paciente forman un sistema relacional en el que ambos componentes se están influyendo mutuamente.

### 5.2.3. Factores que intervienen en el proceso de comunicación

Hay pues una serie de factores de los que el profesional de la salud ha de ser consciente para que se comunique con ciertas garantías y que su mensaje sea exactamente entendido e interpretado.

Todo sanitario (profesionales de enfermería, medicina, trabajo social, psicología) tiene que comunicarse con una gran variedad de personas: pacientes, familias, compañeras/os, otros profesionales y paraprofesionales (voluntariado). Cada uno de estos grupos e individuos, presentan una gran variabilidad en características culturales, socioeconómicas, nivel de instrucción, personalidad, edad, habilidades profesionales, y, sobre todo, en diferencias de nivel emocional. Probablemente todos los problemas relacionales tienen sus raíces en dificultades de percepción e interpretación del proceso comunicativo. Y ello repercute no sólo en el nivel de satisfacción, sino también en el proceso de curación (p.e. alargando el tiempo de hospitalización) y en la falta de cumplimiento de las prescripciones medicas y de auto-cuidado. Cuando la comunicación entre el profesional y el paciente es defectuosa pueden suceder cosas como:

- 1.- Los enfermos se encierran en sí mismos, se vuelven pasivos y poco comunicativos. Colaboran menos en el proceso de tratamiento y los profesionales desconocen lo que está pasando.
- 2.- Se incrementa el temor y la ansiedad ante la enfermedad, lo que repercute negativamente en su restablecimiento.
- 3.- Los profesionales se manejan más a través de la intuición que del

conocimiento, se vuelven más inseguros, y se incrementa la probabilidad de error.

4.- Los pacientes no siguen, total o parcialmente, las prescripciones que reciben.

#### 5.2.3.1. El modelo mental

Pongamos, por ejemplo, el caso en el que el sanitario se queja "me lo ha preguntado una y otra vez. ¡Se lo he explicado mil veces, pero sigue preguntándomelo!". Si el paciente experimenta la necesidad de seguir preguntando, pueden estar ocurriendo varias cosas: a) las explicaciones del profesional no llegan a transmitirse; b) al paciente no le interesa la respuesta a la pregunta, sino la atención recibida; c) la ansiedad bloquea la capacidad cognitiva; d) el paciente tiene problemas reales de comprensión estructurales (no temporales). Reflexionemos. Cuando le decimos a un paciente, por ejemplo, que tiene cáncer, ¿Qué estamos diciéndole verdaderamente?:

- que tiene una neoplasia localizada en un órgano, ó
- que tiene una enfermedad incurable y se va a morir.

¿Qué es lo que interpreta el paciente? Ese mensaje no es decodificado igual por un paciente que por un profesional sanitario. ¿Qué puede hacer un paciente con un diagnóstico de cáncer? El conocimiento del diagnóstico por sí mismo no tiene ninguna repercusión positiva sobre la salud del paciente, probablemente lo primero que le origine sea angustia y depresión. Mientras que al sanitario esa información le permite desarrollar una determinada conducta terapéutica y de cuidados. Esto no implica que no se deba comunicar el diagnóstico, es un derecho del paciente. Implica atender a cómo se ha de comunicar.

Lo que esto pone de manifiesto es que las características individuales de los

pacientes y familiares deben ser tenidas en cuenta a la hora de proporcionar información diagnóstica o de cualquier tipo, algo que está más allá de las recetas generales, y que toda retroalimentación debe ser tenida en cuenta e interpretada de manera adecuada.

El paciente (como cualquier persona) tiene un *modelo o representación mental* de la enfermedad (y de cualquier cosa), a partir de información (tanto objetiva como de opiniones recibidas) y de experiencias previas. Esta representación está asociada a un componente emocional (agrado/desagrado) y una actitud (disposición a actuar en una dirección). Según el tipo de representación mental el paciente pondría en marcha diferentes *estrategias de afrontamiento* (esfuerzos, mediante conducta manifiesta o interna, para hacer frente a las demandas internas y ambientales, y los conflictos entre ellas). Una representación es pues un modelo de interpretación-acción ante las situaciones, personas y cosas. Exploramos el mundo exterior a través de los sentidos y de la infinidad de impresiones sensibles sólo percibimos una pequeña parte de ellas. La parte percibida es luego filtrada por nuestra experiencia única (cultura, creencias) a partir de la cual cada uno vive una realidad idiosincrática. El mundo real es así simplificado para poder ser manejado más fácilmente. Hacer *mapas* es una buena analogía para lo que hacemos, y el mapa mismo no es el territorio que describen, es selectivo y deja información de lado.

Así pues, una variable importantísima a tener en cuenta, antes de proporcionar información, es conocer la representación previa que de la enfermedad tiene la persona. De no producirse esta adaptación la comunicación puede convertirse en un diálogo de sordos. El paciente oye, pero no escucha, el sanitario habla, pero no dice.

Cuando uno piensa en su comida favorita. ¿Qué es lo que viene a la mente? ¿La

imagen? ¿El olor? ¿El sabor? ¿Cuando la madre la preparaba? ¿Una mezcla de sensaciones? Los contenidos que han accedido a nuestra conciencia no son los mismos que los de otra persona, incluso aunque la comida favorita fuera la misma. Y ello porque cada persona percibe y piensa de distinta manera. Si somos capaces de identificar cómo piensa la gente que nos rodea y obrar en consecuencia, seremos capaces de lograr una mejor comunicación con ellos.

Como comentábamos en el segundo capítulo, lo que hacemos es resultado directo de lo que pensamos sobre lo que nos pasa, y no resultado de lo que nos pasa en sí mismo. Antes de hacer algo, primero siempre lo recreamos en nuestra mente. Nuestros pensamientos se comunican y expresan en todo lo que hacemos, y todo lo que hacemos es producto de nuestra visión de las cosas.

Todos nuestros sentidos son bombardeados segundo a segundo con una gran cantidad de información. Consciente o inconscientemente solo una parte de esos estímulos son seleccionados, pero, además, la información seleccionada es interpretada conforme a nuestros criterios personales, influidos entre otras cosas por nuestras creencias, valores y experiencias pasadas.

Una vez que a través de nuestro canal sensorial preferido hemos percibido el mundo, recuerdo o situación imaginada, comienza otra etapa en el procesamiento de la información, es la etapa de los *filtros* o *metaprogramas*. Son procesos mediante los cuales seleccionamos algunas informaciones e ignoramos otras y, posteriormente, las interpretamos. Los *filtros* son patrones mentales generales, presentes en todas las personas. Varían con el tiempo, y según el contexto. Son parte de los factores que hacen a cada persona un ser único.

A modo de conclusión podemos decir que a la hora de intervenir ante un paciente que nos comunica un problema debemos, en primer lugar, adecuarnos a su sistema representacional. Esto, sin duda, puede aumentar la sensación de cercanía, comprensión y empatía. Además, jugar con los matices de la representación sensorial puede cambiar el impacto que sobre sentimientos y conducta tenga esa representación, un mal recuerdo puede llegar a convertirse en algo gracioso o sin importancia. Si lo que tememos se representa como algo difuso y lejano, su carga emocional puede disminuir y las conductas de evitación desaparecer.

En segundo lugar, debemos tener en cuenta los *filtros* de la otra persona, cómo procesa la información. ¿Qué es lo más importante para la persona? ¿A qué presta atención en primer lugar? ¿Es conveniente exponerle las similitudes con lo que ya conoce? ¿O remarcarle las diferencias, lo nuevo? ¿Qué prefiere, verlo desde un punto de vista general (expansión), o sumergirse en los detalles (concretización)? Al explicarle las mejoras que supone respecto a la situación actual. ¿Es conveniente utilizar posibles opiniones de terceros o medidas de eficiencia (punto de vista externo)? ¿O posibles sensaciones y sentimientos internos de nuestro interlocutor (punto de vista interno)? Contestar todos estos interrogantes nos llevará a una mejor comunicación con el paciente.

### 5.3. La Relación de Ayuda y el Apoyo Psicológico

Probablemente una de las expresiones más empleadas en la bibliografía sobre la intervención psicológica no estrictamente psicoterapéutica, aplicada fundamentalmente por personas que no son psicólogos, sea la de *Apoyo Psicológico* o incluso *Apoyo Psicosocial* (AP desde ahora). Pero al mismo tiempo que profusamente citada, no aparece operativizada, ni descrita, ni tan siquiera definida en la inmensa mayoría de esos trabajos.

De tal forma es así que, ante el desconcierto del lector, y sin más explicaciones la cuestión se despacha como si de algo obvio se tratara. Así por ejemplo tras detalladas explicaciones de determinados problemas (duelo, ansiedad preoperatoria, etc.) la solución al mismo se zanja con una breve, rotunda y poco clara recomendación: "preste apoyo psicológico al paciente". ¿Qué significa esto? ¿Le doy una palmadita en la espalda? ¿Le digo que yo también lo siento? ¿Llamo al sacerdote? ¿Qué es en definitiva el AP? A su vez, el AP se enmarca dentro de la denominada Relación de Ayuda (RA).

En los siguientes apartados desarrollamos más estos conceptos, basados, de una manera fundamental en las aportaciones de la Psicología Humanística y, en especial de Carl Rogers.

#### 5.3.1. La Relación de ayuda

La RA es aquella en la que una de las partes intenta facilitar en el otro el desarrollo, el crecimiento, la maduración y la capacidad de adaptarse y afrontar mejor los retos de la vida. Ayudar, más que solucionar, es promover y facilitar, creando las condiciones adecuadas, que la persona acceda a sus propios recursos y potencialidades.

### 5.3.1.1. Características de la relación de ayuda

Son características de la RA:

a) *Asimétrica*: aunque la actitud empática cree la ilusión de simetría, y aunque cueste asumirlo por prejuicios ideológicos, las personas que entran en relación de ayuda no se sitúan en reciprocidad. Aunque no lo quiera, el profesional se sitúa por encima del usuario.

b) *Puntual y momentánea*: es una relación basada en el aquí y ahora, generalmente breve y limitada a una situación muy concreta en el tiempo. En cuanto la necesidad del paciente queda resuelta lo habitual es la disolución del vínculo.

c) *Secundaria*: Se establece a partir de la existencia de una necesidad por parte del usuario y no por el interés directo entre las personas en conocerse. Son relaciones secundarias las que se dan entre el abogado y su cliente, entre el vendedor y el comprador. En el ámbito sanitario, la cercanía con que se vive la relación y el carácter personal de los contenidos tratados puede crear la ilusión de intimidad al modo de las relaciones primarias, pero no lo es.

d) *Generadora de autonomía y desarrollo personal*: con la ayuda del facilitador (enfermera, médico, etc.), el paciente debe convertirse, lo antes posible, en el protagonista de su salud/enfermedad. El facilitador será quien le proporcione los medios necesarios para integrar en su desarrollo personal las experiencias por las que va atravesando.

e) *Fiable y eficaz*: aplicando su propio método de trabajo, integrado en las etapas del proceso de atención (valoración y diagnóstico rigurosos, planificación y ejecución precisas, evaluación continuada de todos sus aspectos, etc..).

f) *Auténtica*: de manera que el propio facilitador se sienta empáticamente implicado. No queriendo decir con ello que el facilitador deba vivir el problema, pero si que demuestre un interés honesto y cierto por él y por quien lo vive.

g) *Personalizada y oportuna*: cada persona tiene su original forma de percibir y sentir sus vivencias, por ello decimos que "no existen enfermedades sino enfermos". Así, aunque todos los pacientes tienen en común que viven una situación inusual, difícil, atemorizante, y que le pone en crisis algunos de sus valores y comportamientos validos para ellos hasta ahora, es necesario adaptarse a la idiosincrasia particular de cada uno (personalidad, educación, contexto cultural, etc..).

Creemos que la ayuda terapéutica no es solamente una cuestión técnica, sino una forma de vivir la profesión. La ayuda se basa en que ese saber haya sido integrado por la persona que lo proporciona, convirtiéndolo más que una capacidad en una actitud inherente a ella misma.

#### 5.3.1.2. Fases de la relación de ayuda

La relación de ayuda suele atravesar por una serie de momentos (no sucesivas rígidamente): configuración del encuentro personal (orientación); presentación y clarificación del problema (identificación); confrontación y reestructuración (explotación); programar la acción (resolución); evaluación; y, por último, separación.

A continuación, las exponemos brevemente.

### *Configuración del encuentro personal (orientación)*

Es el primer contacto. En él, a través de la actitud de acogida del facilitador, se pretende básicamente crear un vínculo positivo con el paciente y que éste se implique y adquiera confianza. El paciente se encuentra ante lo desconocido y con numerosos interrogantes que le preocupan. El facilitador (y especialmente la enfermera), por su cercanía, es su mejor oportunidad para conectar con ese “nuevo mundo” al que se enfrenta. La acogida que le proporcione va a encuadrar el tipo de relación (terapéutica o no). No se trata sólo de buenas palabras, ya que se acoge con toda la persona, tanto en sus aspectos físicos (acogemos con todo el cuerpo), cuanto en los psíquicos (observación atenta, disponibilidad, claridad...). A veces no se dan el resto de las fases, se superponen o se repiten, pero esta primera siempre estará presente.

### *Presentación y clarificación del problema (identificación)*

La constituyen la exploración dirigida a concretar, definir y comprender cuál es el problema. Esto se debe realizar de forma conjunta facilitador-paciente. Son convenientes para el buen manejo de esta fase escuchar activamente, mostrar calidez afectiva y evitar todo tipo de juicios, retroalimentar sus contenidos y sentimientos, motivar al paciente para que se autoexplora y se comprometa en la solución de sus cosas, “leer” más allá de lo verbal y comunicar con la mayor claridad.

### *Confrontación y reestructuración (explotación)*

En este momento se trata de proporcionar al paciente cuantas ayudas sean posibles para su transformación. Será en este momento cuando el facilitador va a aplicar todas las técnicas que le proporcionan actualmente las Ciencias Psicosociales aplicadas.

Tendrá que ayudarlo de forma que:

- Pueda modificar sus percepciones no favorables.
- Se abra a encontrar perspectivas de superación.
- Pueda volver a tomar el protagonismo de su vida y de sus experiencias.
- Afronte los temas de forma realista.
- Se encuentre con sus verdaderos sentimientos y emociones.
- Alcance en buen manejo de sus defensas.
- Acepte y conviva con lo que no pueda cambiar.
- Asuma lo que en este momento no puede resolver por sí mismo.

El facilitador utilizará en estas circunstancias las estrategias de comunicación que tienen que ver con el resumir, explicar y confrontar las incongruencias. Recordemos que las personas sufren más por lo que creen que sucede (su percepción de las cosas) que por lo que les sucede realmente, y que construir una nueva percepción de la experiencia puede ser en sí misma la solución.

#### *Programar la acción (resolución)*

Llegados a este punto, facilitador y paciente han de establecer, siempre que sea posible de forma conjunta, los objetivos y la acción a desarrollar. El profesional de la salud, por su parte, dispone de su propio método de trabajo (por ejemplo, la enfermera dispone del Proceso de Atención de Enfermería), donde define el diagnóstico, precisa los objetivos y determina las acciones para lograr esos objetivos. En esta fase el facilitador intentaría ayudarlo a creer en sí mismo, a que no se quede en los meros propósitos y pase a la acción, a que aprenda a manejar sus propias emociones, a que se refuerce en

su toma de decisiones; respetando siempre su momento evolutivo y su ritmo personal. No debe temer ser directivo, en algunas situaciones, ya que tendrá que asumir el papel de sustituto como la única forma de ayudarlo a salir adelante.

### *Evaluación*

Resulta útil realizarla con el propio paciente, siempre que sea posible y en los términos que sea conveniente. Tendrá que suponer siempre una revisión personal del facilitador que ha realizado la intervención y resulta de una gran utilidad cuando se puede hacer con el equipo, y en caso de profesionales noveles sería útil supervisarse con colegas de mayor experiencia. Se evalúan los objetivos establecidos por el paciente y el facilitador y los resultados obtenidos, que, como indicamos anteriormente, se habrán determinado de forma muy concreta y precisa. Ello va a indicar la necesidad o no de una nueva valoración, reordenación de prioridades o fijación de nuevos objetivos y acciones.

### *Separación*

Se realiza, como es lógico, cuando el trabajo está a punto de finalizar. La intensidad de esta fase va a depender de la intensidad de la relación que se haya mantenido, pudiendo llegar a una auténtica elaboración de Duelo. En cualquier caso, la despedida debe ir normalmente, más allá de un adiós, ya que ambos han estado implicados en la consecución de tareas juntos, con las correspondientes implicaciones emocionales y afectivas (frustración, éxito, amor, odio, tristeza, alegría, proyecciones, etc.). Se trata de aprovechar este momento final como un paso más en el trabajo de crecimiento personal, evitando separaciones traumáticas o duelos patológicos. Importa mucho, para ayudar al paciente en esta etapa de la relación, que el facilitador reconozca

ante sí mismo sus propios sentimientos respecto al paciente antes de empeñarse en esta tarea con el usuario. Son útiles para favorecer este proceso actitudes que lleven al paciente a expresar sus sentimientos, aclarar situaciones pendientes, liberarse de culpabilidades, declarar intenciones, expresar agradecimientos... En algunos casos habrá que intentar finalizar alguna escena inconclusa o insistir en el nuevo encuadre. Convendrá, en ocasiones, poder realizar el propio duelo en grupo, cuando existe un equipo aparente para ello.

### 5.3.2. El Apoyo Psicológico

Un primer paso para definir la expresión AP podría ser acudir a las de sus términos. Tenemos dos palabras *apoyo* y *psicosocial*. El diccionario define *apoyo* como *lo que sirve para sostener, protección, auxilio*, y a la acción de *apoyar* como *hacer que una cosa descansa sobre otra o la sostenga, ayudar, favorecer*. El segundo es un término compuesto que definiría el campo sobre el cual se realizaría la acción de apoyo, a saber: la conducta (psico) en un sentido amplio y las relaciones interpersonales (social). Por lo tanto, cuando hablamos de AP, nos estaríamos refiriendo a todas aquellas actividades del profesional sanitario conducentes a sostener, proteger, auxiliar y favorecer la conducta (considerada esta en su sentido amplio) y relaciones interpersonales de sus pacientes. Pero... ¿Qué conductas? ¿Qué relaciones? Dado el campo en el que nos movemos, obviamente, todas aquellas que estén implicadas en la promoción, protección y recuperación de la salud, tanto física como mental.

Las acciones de AP son transacciones interpersonales a través de las cuales se muestra interés, afecto, empatía y confianza hacia el paciente, comunicadas de tal manera que éste se percibe cuidado, estimado, valorado, querido, integrado (en una red

social), o bien mediante las que se le proporciona ayuda tangible o información relevante para resolver un problema o evaluar la actuación personal. Podríamos hablar de AP como un conjunto de disposiciones actitudinales (empatía, confianza) y acciones (informar, prestar servicios) presentes y facilitadas en un contexto comunicativo idóneo y dirigidas a la ayuda del otro.

En definitiva, se trata de establecer una relación de ayuda que pueda ser conceptualizada como una *relación terapéutica*, que resulta de una serie de interacciones entre el profesional de la salud y la persona receptora de cuidados (paciente, cliente o familia) durante un determinado período de tiempo, en el que el profesional focaliza su actuación en las necesidades y problemas de la persona, familia o grupo, mediante el uso de conocimientos, actitudes y habilidades propios de la profesión con los que facilita el desarrollo y crecimiento de la otra persona. En esta relación se trata de lograr una atenuación o superación del síntoma emocional, un refuerzo de los sistemas defensivos y una disminución de las molestias que su entorno le impone.

El AP requiere que el profesional de la salud (que actúe de facilitador del mismo) cumpla con una serie de condiciones para llevarlo a cabo correctamente. En primer lugar, debe mantener una actitud de *aceptación plena* o incondicional del paciente, cualquiera que sea su estilo de vida, orientación sexual, ideología, etc. Ello no ha de suponer un cambio en el sistema de creencias personal del profesional de la salud, sino su reconocimiento y control para evitar que interfiera en el establecimiento de la relación. Debe tener conciencia de como su propio sistema personal de creencias, sus valores, sus necesidades y sus limitaciones pueden influir sobre los pacientes. En segundo lugar, debe ser *coherente* e *íntegro*. Debe evitar crear falsas expectativas sobre

sí mismo y apoyar con honestidad, equidad y respeto, evitando afirmaciones alejadas de la realidad.

Cuadro 3. *Guía para una sesión de AP*

- Presentarse.
- Decir al paciente el tiempo disponible e indicarle la posibilidad de seguimiento.
- Asegurar la intimidad y la confidencialidad.
- Usar un tono de voz neutral, no inquisitorial.
- Facilitar la expresión.
- Reflejar sus últimas palabras.
- Usar sus últimas palabras para hacer nuevas preguntas.
- Preguntar si es necesario centrar la cuestión.
- Utilizar la pregunta socrática, dirigida a facilitar el autoconocimiento.
- Evaluar lo que la persona conoce de su situación (enfermedad), corregir la información errónea y dar nueva información necesaria para ese momento.
- Prestar atención a lo que dice y deja de decir (formular hipótesis) y también como lo expresa.
- Hacer una pausa antes del final, recapitular y devolver los contenidos.

En tercer lugar, tener *disponibilidad* y la *accesibilidad* temporal y física. Cuando la disponibilidad temporal sea limitada, el facilitador debe hacerlo saber al paciente, para que este pueda decidir si usar ese tiempo o esperar a otro momento en que se le pueda ofertar mayor dedicación. Y por último asegurar la confidencialidad, tanto a nivel personal como de archivos (uso de claves, acceso restringido) de los datos manejados

durante la relación, así como la intimidad, procurando un ambiente tranquilo y cómodo.

#### 5.3.2.1. Tipos de AP

Podemos distinguir cuatro tipos de apoyo:

##### *Apoyo Emocional*

Conductas que fomentan los sentimientos de bienestar afectivo, y que llevan al sujeto a creer que es admirado, respetado y amado, y que hay personas disponibles para proporcionarle cariño y seguridad. Se trata de expresiones o demostraciones de amor, cariño, estima, simpatía y/o pertenencia a grupos.

##### *Apoyo instrumental*

Acciones o materiales proporcionados por otras personas que permiten cumplir las responsabilidades cotidianas, o que ayudan a resolver problemas prácticos (cuidar niños, prestar dinero, realizar una gestión, etc.).

##### *Apoyo Informativa*

Proceso a través del cual las personas reciben información, consejo y guía, que les ayude a comprender su mundo y/o ajustarse a los cambios que existen en él. Se trata de comunicaciones de opiniones o hechos relevantes para resolver dificultades de la persona.

##### *Apoyo evaluativo*

La información que se transmite en el apoyo evaluativo es relevante para la autoevaluación, para la comparación social. Es decir, otras personas son fuentes de información que los individuos utilizan para evaluarse a sí mismos. Esta información puede ser implícita o explícitamente evaluativa.

### 5.3.2.2. Encuadre del AP

Otros aspectos a definir serían los relacionados con el a *quién* y el *cuándo*.

En cuanto a las indicaciones (a *quién*), el apoyo psicosocial sería especialmente adecuado para:

1. Personas básicamente *normales* que han sucumbido ante una situación transitoria pero altamente estresante (la profunda tristeza de un duelo por la pérdida de un ser querido).
2. Personas cuya perspectiva a acciones actuales constituyen una seria amenaza para sí mismos y los demás (suicidas, reacciones de pánico, abuso de sustancias).
3. Las personalidades límite cuya estabilidad está siempre vacilante y que pueden preservarse de trastornos más graves.
4. Como medida auxiliar de una psicoterapia, con objeto de reforzar los recursos de enfrentamiento del cliente durante períodos de notable malestar emocional (ansiedad o depresión).
5. Toda persona que manifieste carencias que necesitan la asistencia sanitaria, aunque esta persona no está bajo tratamiento médico, ni sometida a control alguno.

El *cuándo* viene fundamentalmente dado por el paciente en función de sus necesidades (dimensión subjetiva), pero también lo puede marcar el desarrollo evolutivo de la persona y/o el desarrollo de los procesos dentro del continuo enfermedad-salud que está viviendo en ese momento (dimensión objetiva), aún cuando el usuario no se sea totalmente consciente de ello. De esta manera una acción de AP puede originarse en la demanda del usuario tanto como en la decisión fundamentada del profesional de la

salud, si bien en este último caso normalmente se requeriría una mayor habilidad para interesar al paciente.

#### 5.3.2.3. Estrategias del AP

En relación al *qué* y el *cómo* (qué se hace para prestar AP), conviene, al menos por principios didácticos, hablar por separado de los diferentes tipos de apoyo (emocional, informacional, evaluativo e instrumental), aunque en la práctica real se entremezclan.

Con respecto al *Apoyo Emocional*, en una primera aproximación, diríamos que supone al menos tres aspectos:

1. Atender el discurso y los silencios del paciente para conocer sus aflicciones (escucha activa).
2. Comprender lo que le aflige (preocupaciones, temores, dolor, etc.) desde su perspectiva (empatizar) y normalizarlo (tranquilizar).
3. Guiarle y acompañarle en la búsqueda de soluciones (asesorar y persuadir).

Cada una de estos aspectos supone a su vez un nivel de comunicación eficaz y eficiente. La terapéutica de *Apoyo Emocional* incluye, por tanto, cuatro *comos* (procedimientos) básicos: *escucha activa*, *empatía*, *tranquilización* y *persuasión*. Veamos cada una de ellas.

#### *Escucha activa*

Es el acto de escuchar con esmerada e interesada atención y apertura todo aquello que el paciente desee y necesite contarnos. Se anima al paciente a que se sienta libre de expresar las tensiones reprimidas y comparta sus pensamientos con el

facilitador de apoyo. Expresamos la escucha activa hacia el paciente mediante la mirada (fijada en él frecuentemente), el acercamiento corporal, los gestos de asentimiento y breves paráfrasis. Con frecuencia la escucha activa deriva en que las personas consiguen un cierto grado de alivio emocional simplemente al descargar sus penas en un oyente comprensivo. El valor terapéutico que se consigue se obtiene por el recurso de escuchar sin reprobación, tal que la persona turbada puede *ventilar* sus cosas (efecto de ventilación) sin censuras. Pero no sólo sirve para disminuir la tensión, sino también para ayudar al paciente a que aprenda a aceptar los problemas y desarrollar un enfoque más constructivo para su solución. El mismo acto de traducir sentimientos internos en palabras ayuda a recuperar el control de sí mismo (a ordenar las ideas).

### *Empatía*

Consiste en ser capaz de ponerse en la situación del otro, tratar de captar la realidad desde su perspectiva (su experiencia única) y conectar con sus sentimientos aquí y ahora. Es el sentimiento de participación afectiva del profesional en la realidad que afecta al paciente. Es parte de lo que denominamos Inteligencia Interpersonal y nos permite reconocer y responder adecuadamente a los sentimientos y actitudes de los demás. La manera de demostrar la empatía al paciente es mediante la devolución, la retroalimentación. Partiendo de las propias palabras del paciente, estructuramos y devolvemos resúmenes de lo que nos dice, a fin de contrastar si realmente estamos captando el sentido de lo que nos quiere transmitir. Ello produce en la otra persona un claro sentimiento de comprensión, incrementando su confianza básica. El paciente al ser escuchado sin ser juzgado ni rechazado por el facilitador, aún cuando revele defectos o cualquier otro contenido en apariencia censurable, se anima a volver a examinarse a sí mismo de manera más indulgente (no ser juzgado nos enseña a no juzgarnos).

### *Tranquilización*

El simple acto de hacerle participe es una forma de tranquilización implícita, de que no todo está perdido, que existe alguien conocedor y comprensivo al que puede dirigirse para obtener alivio y fortaleza en momentos de ansiedad y desesperación. La capacidad de compartir sus preocupaciones con una persona empática o comprensiva las despoja de su cualidad aterradora. Tranquilizar no consiste en minimizar o negar la importancia de lo que le sucede (decir “no se preocupe, esto no es nada” es un ejemplo de lo que no se debe decir). Es abrir la esperanza, no negar la percepción de la importancia que el problema tiene para el paciente, y finalmente ayudar a reevaluar dicha importancia de una manera más relajada a la luz de los nuevos recursos que se están adquiriendo. Tranquilizar es ayudar a descubrir al paciente el origen de sus sentimientos, como temores y angustias. Pueden ser producto de mala información, de creencias injustificadas o de una distorsión de los hechos.

Descubierto el origen, pasamos a contrastar. Ayudar a convertir la ansiedad en un miedo identificable, buscando la causa de la misma, contribuye a poder abordarla de forma eficaz. La verbalización repetida de actitudes y experiencias molestas desagradables le permite enfrentarse a sus miedos y conflictos con menos turbación. La “re-visión” del problema del paciente se continúa hasta que ya no reacciona de manera emocionalmente negativa o descontrolada ante él.

Además, ahora que gracias a la empatía conocemos su visión de las cosas, podemos ayudarle a modificar sus representaciones, a reestructurarlas. Entra aquí también el uso de metáforas (sirven también pequeño relatos y anécdotas) para ayudarle a ver las cosas con otra mirada.

### *Persuasión*

Con esta técnica el facilitador de apoyo intenta que el paciente descubra que posee dentro de él la voluntad y los recursos para volver a orientar sus actitudes y conductas en la dirección adecuada. Se emplean diferentes estrategias. Tiene mucho que ver con *rescatar*, de la historia del paciente, situaciones ya superadas y la forma en como se enfrentó a ellas. En la *persuasión* bien mediante la posición de autoridad o mediante el uso de sutiles estratagemas (sugestiones, prescripción paradójica, etc..), el facilitador de apoyo *ordena* al paciente que coja el control de sí mismo y rechace las suposiciones y hábitos irracionales que constantemente perturban su vida. Apelando al sentido común del paciente se le hace ver las razones que tiene para abandonar sus caminos desviados, desarrollar una nueva perspectiva de la vida y volver a construir una sensación de autoestima. Se hacen sugerencias concretas para ayudar al cliente a volver a orientar sus objetivos, eliminar sus hábitos molestos a base de controlar sus pensamientos turbadores, asumir responsabilidades con confianza y autoridad y enfrentarse a la adversidad con una actitud objetiva. El facilitador de apoyo no aconseja opciones concretas, sino abre la mente del paciente a un abanico de alternativas y le proporciona herramientas para analizar (la pregunta socrática) sin señalar. También aquí cabe trabajar con metáforas, anécdotas y relatos.

El AP además incluye otras acciones diversas en el aspecto emocional y conductual como:

- Reforzar positivamente los comportamientos que conducen a una mejoría de las habilidades de autocuidado.
- Reforzar positivamente la capacidad para pedir ayuda sin sentirse por ello devaluado o inútil.

- Fomentar la participación activa en todas aquellas actividades de autocuidado con el fin de fomentar la independencia y los sentimientos de autocontrol y control del medio.

Hablemos ahora del *Apoyo Informativo o Asesoramiento*. Las tareas de asesorar en salud se pueden reducir a dos principales, la de información y la de enseñanza o instrucción. Ambas se engloban en el concepto más amplio de educación, ya que no se trata de una mera transmisión de conocimientos. En este sentido se entiende que la labor educativa persigue ayudar al paciente a entender y clarificar sus ideas y facilitar la adaptación a entornos y situaciones nuevas que desconoce y para las que se halla desprovisto de habilidades y conocimientos o desprotegido.

Las funciones de asesoramiento están, en parte, destinadas a la *promoción* de las experiencias que conducen a la salud. Esta finalidad se consigue mediante una serie de objetivos inmediatos: a) ayudar a un paciente a cobrar conciencia de las condiciones necesarias para la salud; b) enseñarle a obtener estas condiciones cuando sea posible; c) ayudarle a identificar las amenazas para la salud.

El *asesoramiento* incluye una serie de acciones educacionales e informativas tales como:

- Informar al paciente acerca de su enfermedad y del funcionamiento y organización sanitaria (hospitalaria, centro de salud). El acto informativo y su contenido debe ser objetivo y realista y evitar dar falsas esperanzas o provocar temores infundados.
- Proporcionar información al paciente y familia acerca de todas aquellas dudas o temores que puedan presentarse en relación con la situación actual,

desmitificando falsas concepciones. Puede ocurrir que la información obtenida haya desencadenado más ansiedad -por ser demasiado negativa- produciendo asociaciones desagradables (dolor, muerte, etc.).

- Entrenar al paciente en todas aquellas habilidades de autocuidado que necesita poseer para asegurar la satisfacción de sus necesidades y fomentar su independencia.
- Enseñar al paciente estrategias positivas de afrontamiento que le permitan hacer frente a la situación de ansiedad de forma adaptativa. Aportarle y enseñarle técnicas básicas de bienestar emocional.
- Ayudar a la persona y a la familia a identificar la necesidad de un sistema de apoyo y proporcionar la información sobre redes sociales a las que pueden acudir en busca de ayuda y como hacerlo de forma efectiva (grupos de autoayuda, asociaciones, etc.).

En definitiva, el *asesoramiento* debería:

- ayudar a concretar los problemas,
- informar y aconsejar sobre servicios y recursos médicos y sociales,
- servir de ayuda a elegir alternativas realistas,
- estimular la toma de decisiones y
- motivar el cambio conductual.

Tal y como se ha expuesto hasta ahora el *asesoramiento*, puede parecer que se trata de una actividad unidireccional y rígidamente protocolizada que inicia siempre el profesional de la salud. Nada más lejos. La mayor parte del *asesoramiento* surge de las

necesidades del paciente al ritmo que las va expresando. Además, la forma de comunicarlo, debe de estar totalmente adaptada a su nivel educativo y social. Es, por tanto, una actividad interactiva, y la forma más eficaz de dispensarla es a través de un diálogo paciente-profesional, en el que la retroalimentación continua nos garantice la adecuada absorción de dicha información.

El AP *Valorativo o Evaluativo* sería tan sólo una variante específica del AP *Informacional*, en la que la información proporcionada al paciente consiste en la retroalimentación de su propia ejecución. Dicho de otra manera, se trata de actuar como *espejo* del paciente. En nuestras valoraciones el paciente puede verse reflejado, de manera que dispone de una información útil para mejorar su actuación. No es ni más ni menos que lo que un entrenador hace cuando corrige al deportista en su técnica. El observador externo tiene una perspectiva mayor que el propio ejecutante.

El *Asesoramiento o Apoyo Informacional* no consiste en aconsejar una acción concreta, sino mostrar, desde la neutralidad, un abanico de posibilidades y alternativas y ayudar a su elección despejando dificultades. Es una relación semiestructurada con la pregunta abierta y circular como herramienta, un intercambio en dos direcciones de sentimientos, hechos y acción. El *Apoyo Informacional* requiere de la coherencia en la información, que sea técnicamente válida y no ambigua tanto intra como inter facilitador.

#### Cuadro 4. *Objetivos del Apoyo Informativo*

- Identificar con el paciente sus problemas y ayudarle a manejarlos.
- Delimitar las conductas específicas a modificar.
- Identificar sus estrategias de afrontamiento ineficaces y diseñar nuevas formas.
- Identificar los obstáculos para el cambio.
- Buscar la motivación para el cambio.
- Proveer de información de la información necesaria de manera adaptada.
- Evaluar el impacto emocional de esos problemas sobre el paciente.
- Apoyar al paciente a tomar decisiones informadas y manejar su vida según permitan las circunstancias.

La herramienta fundamental del *Asesoramiento* no es la explicación (que también usaremos), sino *la pregunta*, más incluso de lo que podría ser las propias respuestas. Normalmente las preguntas se utilizan para reunir información sobre interacciones, patrones de conducta, relaciones, creencias, etc. Pero además de para esto, a través de las preguntas se facilita la salida de ideas y sentimientos que no se expresan abiertamente a menudo (pregunta socrática). Se puede emplear un amplio rango de preguntas con las que conseguir el efecto neto de ayudar a las personas a hablar sobre temas difíciles y ver su situación desde una perspectiva diferente. Las formas de *afrontamiento con* y de *ajuste a* las circunstancias pueden entonces evidenciarse y por lo tanto redirigirse.

Todas las preguntas son potencialmente terapéuticas en tanto que el mero hecho de escucharlas suponga un reto para las ideas y esquemas de una persona y cada pregunta está diseñada para tocar aspectos diferentes del problema (lo que a su vez

facilita una visión contextual más amplia que en sí misma genera alternativas de solución). En este sentido deben plantearse cuestiones de respuesta múltiple para desarrollar una visión más completa de las relaciones entre elementos de la situación, y evitar que puedan contestarse con un simple "sí" o "no", dado que esto cierra más que abre una conversación.

Mediante el adecuado encadenamiento de preguntas podemos llevar a la persona hacia la solución de una cuestión por ella misma sin que la solución haya salido de nuestros labios, si bien la disposición de las preguntas tiene un guión implícito que, como un embudo, dirige hacia las alternativas más adecuadas.

Observemos el siguiente ejemplo. Un paciente lleno de ira nos relata como "esa perra me contagió el SIDA" y se inicia esta conversación (que hemos abreviado en sus puntos esenciales):

Consejero: ¿Quién es esa persona a la que te refieres?

Paciente: es la chica con la que salgo desde hace ya un tiempo, unos meses.

C: ¿Qué te atrajo de ella, por qué te gustó cuando comenzaste a salir?

P: La vi diferente, libre, con ideas cercanas a las mías y un atractivo especial. Aunque no era exactamente guapa.

C: ¿Qué sentías por ella? Antes de saber esto, claro.

P: Creo que me estaba enamorando, pero esto de ahora...

C: Ya. La definiste como libre y esto te gustaba entonces. ¿Sabías que había mantenido relaciones con otros hombres antes? ¿Te importó entonces?

P: Sí, sabía que no era virgen. De hecho, habíamos hablado en alguna ocasión de sus anteriores parejas. Pensé que era lo lógico hoy en día. Entonces no sólo no me importó, sino que me pareció lo normal.

C: Quieres decir que entonces te pareció bien que una mujer de hoy en día disfrutara libremente de su sexualidad.

P: Si, si...

C: ¿Deseabas hacer el amor con ella?

P: Por supuesto que quería, y mucho.

C: Así que, si te he entendido bien, hiciste el amor con alguien que te gustaba y por que te apeteció. ¿Utilizabas condones?

P: Bueno no. Ella tomaba anticonceptivos. ¿Para que iba a utilizarlos? Parecía sana.

C: Así que pensaste que no era necesario usarlo. ¿Verdad?

P: La verdad es que si.

Como se puede deducir, el profesional sabe que la responsabilidad de la transmisión del VIH es compartida, pero no va a decirlo de forma directa. Estamos ante una persona que libremente se ha relacionado sexualmente con otra, y lo ha hecho sin protección porque no estimó oportuno hacerlo en función de criterios personales. Sin embargo, responsabiliza a otra de sus decisiones ("me contagió"). A través de este tipo de preguntas vamos rompiendo estos esquemas y hacemos ver la situación desde otra perspectiva diferente que la inicial, de manera que al paciente le sería relativamente sencillo llegar a nuestra misma conclusión, que en ningún caso le adelantaremos, facilitándole la comprensión. Finalmente, con ello lograremos contener y neutralizar su ira, o cualquier otra emoción negativa, y facilitaremos el camino hacia el cambio actitudinal y conductual.

Veamos otro ejemplo de situación de consejo. Una adolescente de 15 años se presenta en un servicio de planificación familiar y solicita que se le receten píldoras

anticonceptivas:

C: ¿Te importaría que habláramos un poco antes de recetártelas? Me gustaría conocer algo de ti para poder orientarte lo mejor posible.

P: No tengo inconveniente.

C: ¿Tienes ahora pareja estable?

P: No exactamente. Hay un chico que me gusta mucho, nos hemos besado y eso... pero no se.

C: No está todavía muy claro si esa relación se va a consolidar.

P: No, y además hay otro niño que me ha pedido salir con él, y no sé que hacer con él.

C: ¿Has tenido relaciones sexuales con penetración ya?

P: La verdad es que aún no, pero algunas amigas si. Y hemos hablado mucho, y a veces he tenido ese pensamiento y estoy pensando que quizás surja un día y no quiero quedarme embarazada.

C: Eso es realmente inteligente por tu parte. ¿Qué sabes del uso de la píldora?

P: Bueno, que hay que tomarla todos los meses, creo unos días si y otros no, pero siempre después de haberlo hecho durante varios días para no quedarte.

C: No exactamente. Es una toma diaria, siempre a la misma hora, independientemente de que tengas relaciones o no, y con unos días de descanso entre una serie y otra. La toma de las pastillas se coordina con la regla.

P: Ósea, que tengo que tomarla todos los días.

C: Si. Conociéndote ¿Crees que serías capaz de acordarte de tomarte todos los días una pastilla a la misma hora, aunque no tengas relaciones?

P: Pues la verdad no estoy segura, porque yo soy despistadilla. ¿Y qué pasa si se

me olvida de tomar alguna?

C: Que deja de ser un método seguro y puedes quedarte embarazada, aunque te hayas tomado algunas pastillas. De hecho, lo adecuado sería entonces usar un preservativo ya que no habría garantías.

P: No sé que hacer.

C: Si aún no has empezado a mantener relaciones sexuales y tienes dudas de poder mantener un cumplimiento estricto en la toma de la píldora, yo me pensaría estar tomando un medicamento todos los días si realmente no voy a mantener relaciones sexuales fijas. Podríamos buscar algo que te fuera más cómodo, que con usarlo en el momento valiera. ¿Se te ocurre algo?

P: Quizás sería mejor un condón, ya que si no llevo bien el control de la píldora a final lo voy a tener que usar también. Pero ¿Son seguros?

C: Bien usados sí, claro que sí.

Como vemos el profesional intuye que el anticonceptivo oral quizás no sea la mejor elección e intenta que la joven reflexione y explore otras posibilidades enfrentándola con su propio desconocimiento y falta de disciplina para llevar correctamente la prescripción y enfocándola a buscar otra alternativa. Así pues, el consejero no le dice a la persona lo que tiene que hacer. No introduce en la entrevista sus propias palabras, opiniones o sentimientos. Recoge las palabras y los sentimientos de la persona turbada o desorientada y los utiliza para ayudarla a analizar y expresar ulteriormente sus sentimientos y dudas en voz alta.

No obstante, enseñar técnicas básicas de bienestar (técnicas de respiración, relajación, meditación, etc.) también forma parte del Apoyo Informativo. Y, en este

caso, el profesional de la salud tiene un papel mucho más directivo.

Por último, y en lo que respecta al *Apoyo Instrumental*, ya dijimos que consistía en acciones o materiales proporcionados por otras personas, en este caso el profesional de la salud, que permiten cumplir las responsabilidades cotidianas, o que ayudan a resolver problemas prácticos (cuidar niños, prestar dinero, realizar una gestión, etc.). Clarificar que son acciones consistentes en prestar bienes y servicios mediante una ayuda tangible o material. No siempre serán directamente prestadas por el profesional de la salud, pero éste puede ser el puente hacia su consecución, a través de poner en contacto al paciente con los servicios sociales, institucionales u ONG que los presten.

## 5.5. Referencias

- Berne, E. (1966). *Los juegos en que participamos*. Buenos Aires: Vergara.
- Berne, E. (1974). *¿Qué dice usted después de decir "hola"?* Barcelona: Grijalbo.
- Cian, L. (1994). *La relación de ayuda*. Madrid: CCS.
- Cibanal. L., & Arce M.C. (1991). *La relación Enfermera-Paciente*. Alicante: De Universitarias.
- Chalifour, J. (1994), *La relación de ayuda en Cuidados de Enfermería. Una perspectiva holística y humanista*, Barcelona, SG Editores.
- Costa, M. & López, E. (2003). *Consejo Clínico*. Madrid: Síntesis.
- Costa, M. & López, E. (2006). *Manual para la ayuda psicológica. Dar poder para vivir*. Madrid: Pirámide.
- Ciaramicoli, A. & Ketcham, K. (2000). *El poder de la empatía*. Barcelona: Vergara.
- Fernández-Abascal, E.G. & Chóliz, M. (2001). *Expresión facial de la emoción*. Madrid: UNED.
- McKay, M., Davis, M. & Fanning, P. (1995). *Mensajes. El libro de las técnicas de comunicación*. Madrid: RCR.
- Mehrabian, A. (1972). *Nonverbal communication*. Chicago, IL: Aldine-Atherton.
- Novel, G., Lluch, M.T. & Miguel, M.D. (1991). *Enfermería Psico-Social II*. Barcelona: Salvat Editores.
- O'Connor, J. & Seymour, J. (1992). *Introducción a la Programación Neurolingüística*. Barcelona: Ediciones Urano.
- Rogers, C. (1972). *Psicoterapia centrada en el cliente*. Buenos Aires: Paidós.
- Watzlawick P., Beavin J., & Jackson, D. (1967). *Teoría de la Comunicación Humana*. Barcelona: Herder.