

la familia como agente de salud



DOCUMENTACIÓN • Nº 66

Estrategias del Counselling: toma de decisiones, gestión de crisis y resolución de problemas

1 de octubre 2015

Dra. Iciar Vegas Jaúdenes. Médico de Familia. Centro de salud Maqueda.

Introducción

Los médicos que trabajamos en la atención primaria de salud, tenemos la experiencia, de que un porcentaje alto de nuestras consultas no son por patologías médicas propiamente dichas, sino que nuestros pacientes acuden buscando un consejo o una opinión de un profesional de su confianza. No son personas enfermas, sino sanas que en un momento determinado de su vida se encuentran sin recursos para salir de una crisis o tomar una decisión importante. Ante esta realidad, parece estar justificado que los Médicos de Familia invirtamos parte de nuestro tiempo de formación en adquirir una serie de habilidades y conocer unas técnicas sencillas para poder brindar a nuestros pacientes esta ayuda de un modo efectivo y con el menor desgaste personal posible.

El *counselling* es el método del que el profesional se sirve para llevar a cabo esa ayuda centrada en la persona y en la resolución de sus problemas. Se basa en el principio de que toda persona es capaz de gestionar sus crisis siempre que se le proporcione el entorno y las condiciones adecuadas para que se sienta comprendida y así pueda reflexionar sobre sí mismo y llegar por sí sola a tomar la mejor solución posible a sus problemas. Por tanto, el profesional ejercerá una función de “*facilitador*” promoviendo las circunstancias propicias para que se lleven a cabo cambios en la conducta del paciente y este hará las veces de “*conductor*” pues él mismo habrá de dirigir sus acciones y tomar sus propias decisiones. Algunos autores se refieren a esta “relación de ayuda” resaltando que para que quede claro que es el paciente el artífice y protagonista principal de este proceso, al referirse a él debe de hablarse de “cliente” y no de paciente por las connotaciones de dependencia hacia el médico que puede tener el término. Sin embargo en este apartado nos referiremos a la persona hacia la que va dirigida la ayuda como “paciente” por estar en un ámbito de ciencias de la salud y considerar que el paciente es “aquel padece o sufre una dolencia”. Hasta este momento se ha explicado qué es y qué no es el *counselling*, sus posibles campos de aplicación en la atención primaria, las actitudes que ha de tener un buen *counselor*, así como los primeros pasos del proceso de *counselling*, como la identificación de problemas, a través de distintas técnicas. Ahora nos vamos a centrar en la fase de toma de decisiones y paso a la acción mediante un plan que requerirá un seguimiento. Pero antes y a modo de introducción haré referencia al contexto en el que surgió el *counseling* y a algunas reglas básicas que conviene respetar.

El *counselling* surgió a comienzos del siglo XX en el mundo anglosajón y no empezó a introducirse de lleno en nuestro país hasta que apareció la epidemia del SIDA en los años ochenta. El *counselling* fue el modelo de relación tomado como referencia entre el médico y el paciente con el fin de ayudarlo a afrontar y aceptar su nueva condición de seropositivo. Aunque ya se ha tratado ampliamente, repasamos las actitudes óptimas que ha de tener un profesional sanitario para ser un buen *counselor* : empatía y respeto hacia las diferencias del paciente, capacidad para relacionarse en todos los ámbitos, aceptación incondicional hacia los sentimientos expresados por el paciente (para lo que es indispensable el autoconocimiento y la aceptación propia), autenticidad, congruencia, conducta ética... Algunas reglas básicas a seguir en la entrevista son: no juzgar, no dar consejos, no tomar la responsabilidad del problema del otro, no interpretar la situación del paciente y concentrarse en el aquí y ahora centrándose primero en los sentimientos. Una vez el profesional conoce y se encuentra familiarizado estas habilidades teóricas y prácticas, está en condiciones de ayudar al paciente a gestionar sus con crisis.

Hemos desarrollado un método, que ahora describiremos de forma esquemática para luego pasar a explicarlo con más detalle, basado en la experiencia de varios autores especialistas en el tema:

- 1- Analizar, describir y estudiar el problema de modo objetivo.
- 2- Fomentar la creatividad buscando posibles soluciones a dicho problema. siguiendo la técnica de la “tormenta de ideas”.
- 3- Valorar cada alternativa confrontándola con los propios valores, creencias y capacidades.
- 4- Elegir una de las soluciones propuestas.
- 5- Planificar el modo de llevar a cabo la solución escogida.
- 6- Realizar la acción.
- 7- Hacer un seguimiento de dicha acción.

Cada paso será descrito a continuación junto con un hipotético ejemplo que podríamos encontrarnos en nuestra práctica clínica y que nos servirá para clarificar y explicar mejor las etapas a seguir para la gestión de crisis, toma de decisiones y resolución de problemas.

Análisis, estudio y descripción del problema

En primer lugar hay que tratar de ayudar al paciente a describir lo más objetivamente posible el problema que ha originado la crisis. En ocasiones el paciente se encuentra muy confuso y en su discurso hace referencia a varios temas a los que da la misma importancia sintiéndose agobiado por “todo en general y nada en particular”. Se trata de ayudarlo a ordenar y estructurar sus pensamientos para poder ir tratando cada uno de sus problemas que pueden tener orígenes y soluciones diferentes.

Cuando hay mucha carga emotiva, después de haber aplicado la escucha activa con el paciente, empatizando, aceptando sus sentimientos, mostrándole respeto y siendo auténticos y congruentes con él, hay que tratar de que el paciente, sin que niegue sus emociones, que si son desagradables muchas veces son el motor del cambio, sea capaz de asociar cada una de ellas a un pensamiento concreto. Es decir, intentaremos que el paciente descubra cómo se cuenta los acontecimientos e interpreta los hechos, qué frases interiores rondan su imaginación, cuáles son los pensamientos que habitualmente se repite. Explorar este mundo interior es fundamental para hacer un buen diagnóstico de las actitudes, predisposiciones y motivaciones hacia el cambio que tiene el paciente. Nos encontraremos entonces con un número no despreciable de pacientes con pensamientos predominantemente negativos en los que se juzgan duramente responsabilizándose en exceso de las circunstancias que han provocado lo que califican de una catástrofe. Se centran solo en los aspectos que han ido mal vaticinando que de ahora en adelante siempre y todo también irá mal. En resumen, un conjunto de pensamientos que ahogan al paciente en un mar de pesimismo sin dejar que interprete con objetividad la realidad.

Una vez detectados estos pensamientos negativos e improductivos es más fácil darse cuenta de cómo condicionan nuestras emociones haciéndonos sufrir inútilmente y cómo si conseguimos controlarlos y ponerlos a nuestro servicio nos predisponemos a obtener una buena solución a nuestros problemas. Me referiré ahora a un posible caso para ilustrar mejor cómo aplicar en nuestra consulta la estrategia del análisis de los problemas dentro de la relación de *counselling*:

Juan es un paciente de 35 años que acude ocasionalmente a nuestra consulta por problemas respiratorios o digestivos banales y autolimitados. Un día viene a vernos, alentado por su madre que también es paciente nuestra, muy nervioso, refiriendo estar pasando una época difícil porque la empresa donde trabaja está a punto de quebrar. Llevan dos meses sin pagarles y tampoco les despiden por lo que si se va él no tendrá derecho a cobrar la prestación por desempleo. Se encuentra muy desanimado y sin fuerzas ni ganas para buscar otro trabajo. Ha dejado de quedar con sus amigos, ha roto una relación que tenía con una chica desde hace un año y solo repite una y otra vez que “su vida es un desastre”, que “antes era una persona normal y nunca habría imaginado que se iba a ver así” y que “de esta no va a salir”.

Le agradecemos a Juan que hubiese depositado su confianza en nosotros al hacernos partícipes de sus emociones y le pedimos que tratase de describir los pensamientos que le hacían sentirse tan mal. Verdaderamente sus pensamientos eran muy negativos: “estoy solo”, “tengo miedo a que acabe volviéndome un adicto al alcohol como otra gente que conozco”, “nunca encontraré trabajo”, “cualquier trabajo que haga no lo haré lo suficientemente bien y si empiezo acabare como ahora, sin él así que mejor ni me esfuerzo en buscarlo”, “no sirvo para tener relaciones afectivas duraderas”, “nadie tiene tan mala suerte como yo”, etc. Sólo con este ejercicio, nuestro paciente se sonrió un poco al darnos su hoja de pensamientos negativos y nos dijo: “soy dramático, ¿verdad?”, empezó a ver que tal vez no estaba siendo muy objetivo.

En un segundo paso le pedimos que tratase de concretar qué situaciones le habían llevado a pensar así. Juan lo hizo muy bien y fue punto por punto enumerando y explicando brevemente sus problemas:

- Trabajo: “me encuentro en un callejón sin salida abocado a seguir sin cobrar y sin decidirme a despedirme de mi empleo por no tener derecho a cobrar la prestación por desempleo”.
- Relaciones personales: “me gustaría tener una familia pero he tenido tres novias con las que no han ido bien las cosas y creo que nunca encontrare a alguien adecuado con quien compartir mi vida”.
- Tiempo libre: “apenas tengo aficiones y paso mucho tiempo pensando en lo mal que me van las cosas, sin ilusiones y con miedo a acabar en el mundo del alcohol para evadirme de mis problemas”.

Felicitamos a Juan sinceramente por su buen trabajo y le animamos a pasar al segundo paso: la búsqueda de posibles soluciones.

Búsqueda de alternativas

En esta fase todas las propuestas son válidas, no se juzgan, ni se moralizan. Se deja rienda suelta a la creatividad. Se trata de animar al paciente a que sirviéndose de la técnica de la “tormenta de ideas”, apunte todas las alternativas posibles que se le ocurran para solucionar cada uno de sus problemas.

De nuevo Juan nos sorprendió con su iniciativa e imaginación que se despertó cuando empezó a ilusionarse y a creerse que su vida estaba en sus manos y podía ser el actor principal de la misma y no meramente un sujeto pasivo como hasta entonces.

En relación al trabajo pensó en varias posibilidades:

- Aguantar como hasta ahora esperando a que se solucionasen las cosas, le pagasen los meses atrasados y la empresa volviese a reflotar.
- Dejar la empresa y buscar trabajo desde el desempleo.
- Seguir en la empresa e invertir un tiempo al día en buscar otros trabajos.

En cuanto a sus relaciones afectivas las posibilidades que encontró fueron:

- Resignarse a que él nunca tendría una relación duradera con nadie.
- Preguntar a sus amigos si conocían a alguien interesante.
- Analizar qué había fallado en las anteriores relaciones para intentar no volver a cometer los mismos errores.

Y por último, en relación a la ocupación de su tiempo libre, Juan nos dijo que había algunas cosas que le producían un gran bienestar.

- Ver el domingo las carreras de Fórmula 1 con su familia.
- Aunque no estaba en forma le gustaría aficionarse todos los días a correr un rato por un parque cercano a su casa
- Le gustaba pintar y no lo hacía mal.

Valoración de cada alternativa

Aquí se trata de valorar cada una de las alternativas propuestas anteriormente. Ahora es el momento de analizar los pros y los contras de cada una de las soluciones posibles enfrentándolas con el propio sistema de valores, capacidades y aptitudes de cada paciente.

Juan pensó en sus alternativas laborales y sus valoraciones fueron las siguientes.

- La opción de no hacer nada era cómoda pero arriesgada y en el fondo no le daba tranquilidad porque dejaba su futuro en manos del azar.
- Pensó que buscar trabajo desde el desempleo le cerraba muchas puertas porque siempre era más fácil que te contratasen estando dentro del mundo laboral que en el paro.
- Por último, aunque era la opción más difícil a priori, Juan vio que el seguir trabajando mientras buscaba trabajo le ayudaría a mantenerse ocupado, tener un horario y orden en su día a día, no desengancharse del mundo laboral y ser él quien tomase la decisión del cambio de trabajo libremente sin el condicionante de estar en paro y necesitar aceptar cualquier tipo de trabajo.

En cuanto a sus relaciones personales:

- De nuevo pensó que resignarse a que nunca tendría una relación satisfactoria afectiva era cómodo pero no le alegraba y que si en el pasado había conocido a gente interesante podía volver a ocurrir.
- Preguntar a amigos le daba vergüenza pero era un modo directo de saber qué gente que su entorno se encontraba en la misma situación que él.
- Hacer examen de conciencia de forma desapasionada y sin dramatizar le costaba pero podía ayudarlo a ser objetivo en sus pensamientos y sacarle de la percepción negativa y catastrofista global que le invadía cuando pensaba en su pasado.

Por último, en cuanto a la gestión de su tiempo libre, valoró que no tenía por qué decidirse únicamente por una opción sino que podía ser un momento para recuperar viejas aficiones, reforzar las ya adquiridas, descubrir otras nuevas y además sería una ocasión para estar con amigos y poder conocer a su futura pareja.

Toma de decisiones

Una vez que se han estudiado lenta, objetiva y racionalmente cada una de las alternativas, llega el momento de decantarse por una de ellas basándose en los criterios analizados y siendo coherente con el objetivo perseguido. Es importante en este paso asumir que la alternativa elegida es la mejor y no la perfecta de manera que luego sean correctamente gestionadas las posibles dificultades a la hora de ejecutar la acción.

Juan decidió no despedirse aún de su actual trabajo siendo consciente de que esto le supondría un gran esfuerzo de control mental para no desanimarse por su precariedad laboral, mucha disciplina para ser constante en la búsqueda de trabajo y un importante esfuerzo económico porque actualmente su trabajo no era retribuido.

En otro orden de cosas optó por tratar de tener una actitud más abierta y optimista en relación a sus relaciones personales, intentando recuperar la ilusión. Después de descubrir qué actitudes personales no le habían funcionado, trataría de evitarlas.

Dedicaría un tiempo prefijado cada día a hacer algo que le relajase y con lo que disfrutase siendo este tiempo más largo los fines de semana. Y esto trataría de hacerlo acompañado y solamente si no encontraba a nadie con quien compartir ese rato, lo haría solo.

Plan de acción

A la hora de planificar la conducta se intentará hacer de un modo razonable y en un plazo de tiempo lógico. Habrá que tener en cuenta los factores predisponentes, facilitadores y reforzantes de la acción, que explicaremos detenidamente a continuación, que además de ayudarnos a explicar las conductas, nos sirven para prever las posibles consecuencias que tendrán los futuros cambios en nosotros mismos y en nuestro entorno. Así nos adelantaremos a las dificultades estando preparados para solventarlas. Es más eficaz que las metas sean pequeñas pero realistas y que se marquen los objetivos de uno en uno, para no perderse en propósitos múltiples e inalcanzables cayendo fácilmente en el desánimo.

Hago referencia en este momento al método P.R.E.C.E.D.E. (siglas de *predisposing, reinforcing, enabling, causes, educational, diagnosis, evaluation*) que proponen algunos autores para el diagnóstico comportamental previo a la intervención. Esta teoría se basa en clasificar en tres los determinantes que explican las conductas de los individuos:

-En primer lugar estarían los *factores predisponentes* en relación a la conducta que se quiere cambiar o promover: información, actitudes, valores y creencias.

-En segundo lugar los *factores facilitadores* de la conducta: habilidades, destrezas, accesibilidad de recursos humanos y materiales...

-Por último los *factores reforzantes* del cambio que nos ayudan a adelantarnos a las consecuencias que provocará la acción: respuesta de las personas del entorno, respuesta del propio paciente, beneficios y perjuicios físicos y emocionales, etc.

Una vez explorado y definido claramente el diagnóstico comportamental, estos mismos autores proponen una estrategia de intervención que llaman '*Decálogo de Petición de Cambios*' que paso a detallar:

- 1- Buscar un momento y lugar adecuados.
- 2- Pedir un solo cambio a la vez.
- 3- Describir concretamente la conducta clave.
- 4- Explicar cuál es la consecuencia de la conducta clave.

- 5- Ponerse en el papel del otro empatizando y anticipando las pegas que se hayan detectado.
- 6- Asumir la propia responsabilidad si la hay.
- 7- Pedir el cambio mediante preguntas y utilizando la primera persona del plural como forma de implicación mutua.
- 8- Ofrecer, con preguntas, diversas alternativas de cambio.
- 9- Establecimiento de un acuerdo con el usuario con respecto a la alternativa de cambio elegida.
- 10- Seguimiento y evaluación de la conducta.

El plan de acción en relación a su búsqueda de trabajo consistía en que todos los días, de forma constante, dedicaría un tiempo a dar a conocer a sus amistades y conocidos su nueva condición de disponibilidad laboral, mandaría currículos y haría una búsqueda activa en prensa escrita y por internet de ofertas de trabajo. A su vez haría un plan de ahorro exigente y pediría a sus padres, con quienes tenía muy buena relación, poder volver a su domicilio familiar para ahorrarse el alquiler de la vivienda que ahora ocupaba, a cambio de ayudar económicamente con una pequeña aportación en los gastos fijos de la casa.

Le enseñamos 'técnicas de relajación', como la relajación muscular progresiva y la respiración diafragmática o abdominal, para poder gestionar y manejar de forma efectiva sus momentos de ansiedad.

Trataría un poco más a los amigos que estaban en una situación parecida a la suya, yendo a los planes que le propusiesen donde pudiese conocer a gente nueva en un ambiente en el que se sintiese cómodo.

Hubo que ayudar a Juan a ganar en autoestima y seguridad en sí mismo así como facilitarle la adquisición de algunas condiciones de buen comunicador: escuchar activamente, crear un clima adecuado, manejar la distancia corporal, ser asertivo, aprender a decir que no sin sentirse mal, mostrarse relajado y alegre de forma habitual, dar su confianza solo a quien pensase que es merecedor de ella, etc.

Preguntaría a sus amigos por sus aficiones para descubrir con quienes tenía gustos en común y quedaría con ellos para llevarlas a cabo. Investigaría si se impartía algún curso de pintura en la biblioteca o centro cultural de su barrio y también preguntaría a la trabajadora social de su centro de salud. Invertiría también parte de su tiempo en formación, rescatando el inglés e intentando perfeccionar más sus conocimientos demasiado básicos de informática.

Ejecución de la acción

Como se ha mencionado anteriormente, para que los propósitos no sean estériles y no lleguen a hacerse realidad, ha de planificarse el inicio de la acción en un tiempo racional y cercano aunque no es necesario que sea inmediato. También hay que ayudar al paciente a ser consciente de que la mera información no es suficiente para el cambio. Nos serviremos de nuestras habilidades comunicativa y motivadoras, para tratar de que mantenga una 'carrera de fondo' y que se plantee el cambio de forma deportiva y optimista. Los hábitos se adquieren no sólo con una declaración de intenciones si no mediante la repetición constante de acciones. Y para esto es necesario tiempo, constancia, optimismo y paciencia.

Juan empezó a poner en práctica sus propósitos y tras un breve seguimiento por nuestra parte, se acostumbró a hacer el sólo feed-back sobre sus acciones, actitudes, pensamientos y emoción.

nes. Fue ganando seguridad en sí mismo y aunque algunas cosas no iban solucionándose con la rapidez que le gustaría, estaba tranquilo porque dirigía las riendas de su vida.

Seguimiento de la acción

Para terminar, es conveniente hacer un seguimiento en un primer lugar, cercano a la ejecución de la acción y después ir distanciándolo en el tiempo para animar, reforzar, recordar, resolver dudas, tratar posibles recaídas, etc.

Juan se desanimó en ocasiones, pero no cayó en la tentación de pensar que todo el esfuerzo empleado no había merecido la pena, porque tenía claro que la crisis sufrida le había ayudado a redescubrirse a sí mismo y a aprender a gestionar sus propias crisis y esta actitud le sería muy útil en el futuro.

Conclusión

Finalmente hacer hincapié en que la técnica explicada hasta ahora con detalle, se puede emplear en múltiples situaciones de nuestra consulta. En el ejemplo descrito se ha tratado de exponer brevemente los pilares fundamentales sobre los que se riges y facilita el equilibrio emocional de las personas. Pero además de ayudar en las posibles crisis vitales (adolescencia, primeros compromisos afectivos, comienzo de la vida laboral, formación de una familia, jubilación, envejecimiento, etc.) también es útil en la promoción de hábitos y estilo de vida saludables, adherencia a tratamientos, enfrentamiento a una enfermedad crónica o terminal, adquisición temporal del rol de cuidador, muerte de un ser querido, etc. Un lugar destacado es la vertiente preventiva que podemos añadir al *counselling*, tratando de evitar alteraciones emocionales en la persona o reducir su incidencia en ella.

Bibliografía

- Álava reyes, M.J., 'La inutilidad del sufrimiento', La Esfera de los libros, Madrid 2003. 'Emociones que hieren', La Esfera de los libros, Madrid 2005.
- 'Trabajar sin sufrir', La Esfera de los libros, Madrid 2008.
- Bimbela Pedrola, J.L., 'El counselling: una tecnología para el bienestar del paciente'.
- Pascual, P., Indurain, S., 'Cómo mejorar nuestras entrevistas clínicas'.

Referencias en internet

- www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol24/suple2/pdf/04.%20counseling.pdf
- meditex.es/elmedico/aula2003/tema3/indi4.htm
- <http://es.wikipedia.org/wiki/Counseling>
- http://es.wikipedia.org/wiki/Relaci%C3%B3n_de_Ayuda
- <http://www.terapiacentradaenlapersona.com/>
- <http://www.monografias.com/trabajos11/couns/couns.shtml>

- http://www.google.es/search?sourceid=navclient&hl=es&ie=UTF-8&rlz=1T4HPEB_esES256ES259&q=consejeria+familiar+punta+arenas+2009
- <http://www.paho.org/spanish/ad/fch/ai/2-Bravo%20Mj-%20Apertura%20taller-Uruguay.pdf>
- <http://www.cop.es/colegiados/m-00451/tomadeciones.htm>
- <http://www.psicoterapeutas.com/pacientes/tomadeciones.html>

Autoevaluación

- 1- El profesional sanitario que ejerce el *conselling* para ayudar al paciente en la gestión de crisis y resolución de problemas, ha de tener las siguientes actitudes y habilidades:
 - a. Escucha activa, empatía, congruencia, autenticidad, respeto.
 - b. Actitud paternalista, indicando al paciente con determinación y autoridad qué debe decidir no se vaya a equivocar si opta por una solución el solo.
 - c. Condescendencia, interpretar como debe de sentirse el paciente, dar consejos aunque no nos los pida y compadecerle haciendo nuestros sus problemas.
 - d. Todas son verdaderas.

- 2- En el proceso de gestión de crisis y toma de decisiones:
 - a. En la etapa de análisis del problema, explorar el mundo interior del paciente es fundamental para hacer un buen diagnóstico de las actitudes, predisposiciones y motivaciones que se tiene hacia el cambio.
 - b. En la valoración de cada alternativa hay que analizar los pros y los contras de cada una de las soluciones posibles, enfrentándolas con el propio sistema de valores, capacidades y aptitudes de cada paciente.
 - c. En el momento de tomar la decisión es importante asumir desde el principio que la alternativa elegida es la mejor y no la perfecta de manera que luego sean correctamente gestionadas las posibles dificultades que puedan surgir a la hora de ejecutar la acción.
 - d. Todas son verdaderas.

- 3- En relación al plan de acción en el modelo de gestión de cambios, la siguiente afirmación es FALSA:
 - a. El modelo P.R.E.C.E.D.E. está orientado a la realización de un buen diagnóstico comportamental.
 - b. El “Decálogo de petición de cambios” lo proponen algunos autores para motivar cambios de conducta.
 - c. Los tres factores según el método PRECEDE que explicarían las conductas de los individuos son: temperamentales, culturales y ambientales.

- d. Las opciones a y b son verdaderas.

Respuestas correctas

1- a

La **opción a** describe algunas de las características deseables en un *counselor* por lo que es verdadera. La **opción b** descubre actitudes en el profesional sanitario que no se ajustan a su papel de *facilitador* sino que toma el rol de *conductor* que ha de reservarse únicamente para el paciente. La **opción c** no describe la empatía que ha mostrar un buen *counselor* dejándose afectar en exceso por la problemática del paciente y de este modo incapacitándose para la *relación de ayuda*.

2- d

Las **opciones a, b y c** explican con acierto el proceso de algunas de las etapas de gestión de crisis, toma de decisiones y resolución de problemas. Por tanto, se da la **opción d** (todas son verdaderas) por cierta.

3- c

Las **opciones a y c** hace referencia a los objetivos para los que algunos autores han propuesto el modelo P.R.E.C.E.D.E. y el “Decálogo de gestión de cambios” por lo que son verdaderas. Sin embargo, los tres factores que describe el método P.R.E.C.E.D.E. y que explican las conductas son: predisponentes, facilitadores y reforzantes, por lo que la **opción c** es la falsa.