



MODELOS de INTERVENCIÓN PROMOCIONAL en CENTROS de ATENCIÓN PRIMARIA

Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos



Consejerías en Vida Sana

Manual de Apoyo

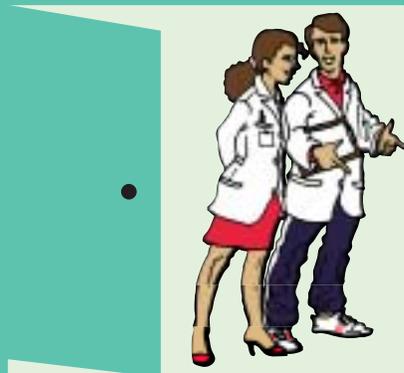


Universidad de Chile



GOBIERNO DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD
DIVISION DE RECTORIA Y REGULACIÓN
DEPTO. PROMOCION DE LA SALUD





Este material fue desarrollado en el marco del proyecto **“Diseño de un Modelo de Intervención en Promoción de Salud para la Atención Primaria”**, encargado por el Departamento de Promoción de Salud del Ministerio de Salud.

Autores

Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos (INTA), Universidad de Chile.

Dra. Cecilia Albala, Jefe Unidad de Salud Pública y Nutrición

Prof. Asociada Sonia Olivares, Unidad de Salud Pública y Nutrición

Dr. Hugo Sánchez R., Unidad de Salud Pública y Nutrición

Nutr. Nelly Bustos, Unidad de Salud Pública y Nutrición

Psicóloga. Ximena Moreno, Unidad de Salud Pública y Nutrición

Centro de Salud Familiar Pirque

Dra. Claudia Bravo, Directora

Dr. Adolfo Barraza, Médico Salud Familiar

Contraparte técnica del Departamento de Promoción de Salud, Ministerio de Salud

Judith Salinas, Jefa Depto. de Promoción de la Salud

Mónica Torres, Médico

Teresa Boj, Nutricionista

Marina Soto, Enfermera

Sergio Pezoa, Antropólogo

Hanne Grunpeter, Enfermera

Leandro Carbullanca, Prof. de Educación Física

Anselmo Cancino, Asistente Social

Agradecimientos: A los funcionarios del Centro de Salud Padre Manuel Villaseca, por su colaboración y entusiasmo en el proceso de validación de este manual.

ÍNDICE

	Página
Introducción	4
Consejería	6
Definiciones.....	6
Proceso de la Consejería.....	7
Relación de Ayuda.....	13
Consejería en Vida Sana	21
Etapa I: Diagnóstico	22
Etapa II: Hacia la definición de una meta común.....	26
Etapa III: Seguimiento y Mantenimiento	29
Evaluación de la Consejería	31
Anexos	33
Anexo 1: Pauta de observación para evaluar a profesionales facilitadores	33
Anexo 2: Cuestionario a usuarios de Consejería	34
Anexo 3: Diseño Programático.....	35
Anexo 4: Pauta para evaluar Etapa del Cambio	37
Referencias	39



INTRODUCCIÓN

La consejería es una herramienta aplicable a diversos aspectos de la prevención y promoción en salud, que consiste en el establecimiento de una relación de ayuda basada en la comunicación efectiva; por una parte, se busca mejorar la salud del usuario, y por otra, cuidar al prestador del servicio, proporcionándole un medio para efectuar un trabajo más eficaz al menor costo emocional posible¹.

La relevancia que se le otorga actualmente a la comunicación establecida en el trabajo se liga a los procesos de reforma y a la prioridad que se le asigna a la promoción en salud. No se trata de fomentar la comunicación para mejorar la imagen corporativa de los servicios de salud, sino como un proceso inherente al acto asistencial, del cual dependerá la calidad del trabajo y los resultados que se obtengan².

Investigaciones sobre comunicación en el ámbito salud han encontrado que la comunicación establecida entre prestadores de salud y usuarios se relaciona con la satisfacción del paciente, la adhesión a tratamientos y los resultados en salud³.

Es por esto que en la Conferencia Internacional de Comunicación y Salud de Barcelona 2000, se sostiene que la comunicación debe incorporarse de manera transversal en el trabajo en salud, no limitándose a pasarla como una asignatura dentro del currículum formativo, sino contemplando una orientación centrada en el usuario que penetre todas las actividades⁴.

Se plantea que la capacitación en habilidades comunicacionales debe incorporarse como un elemento de formación continua que favorezca el desarrollo profesional, permitiendo entregar un servicio de mejor calidad; se destaca un segundo efecto de esta formación, no menos relevante, que es el autocuidado y la prevención del desgaste profesional³.



Este documento es un manual para profesionales de salud de Centros de Atención Primaria, el cual sirve de material de apoyo posterior al taller de formación en Consejería, que contempla tres módulos: comunicación efectiva, relación de ayuda y consejería.

Cabe destacar este aspecto metodológico, en el sentido que los profesionales de los Centros de Atención Primaria a los que va dirigido este material deben pasar por este proceso de formación para poder aplicar estas herramientas en su medio laboral a través de consejerías orientadas a la promoción de la salud.

Los aspectos incorporados en este manual son:

1. La definición de Consejería, la descripción general del proceso, fundamentándolo en conceptos de modelos cognitivo – conductuales;
2. Su análisis como una relación de ayuda, incorporando elementos de la comunicación humana;
3. Consejería en alimentación, en actividad física y en tabaco, desarrollando el proceso desde el diagnóstico hasta el seguimiento;
4. Evaluación de las Consejerías en cuanto al desempeño del profesional.





CONSEJERÍA

Definiciones

En el presente marco entenderemos la consejería en salud como una relación de ayuda establecida entre un profesional y un usuario, con el fin de mejorar o promover la salud del usuario, a través del fomento de su capacidad de tomar decisiones respecto a su salud y actuar en consecuencia.

Es fundamental conocer que el éxito de la consejería depende, en gran medida, de la participación voluntaria del usuario.

La consejería puede aplicarse en distintos ámbitos y a distintos problemas de salud. Como señala Bimbela, constituye una herramienta para que usen los profesionales con el fin de desarrollar con mayor efectividad una de sus funciones, que es promover comportamientos saludables, tanto en el ámbito de la prevención como en el del tratamiento o mitigación de los efectos de las enfermedades⁵.

Los principales ámbitos de aplicación apuntan a:

- Reducir el impacto emocional en los usuarios frente a situaciones de crisis asociadas a factores de riesgo.
- Generar espacios de comunicación al interior de la familia.
- Fomentar la adherencia a tratamientos.
- Facilitar la percepción de los propios riesgos y la adopción de prácticas más seguras para la prevención primaria o secundaria.
- Favorecer la adopción de estilos de vida saludable.

Estas intervenciones se realizan en temas tan diversos como el cambio de hábitos alimenticios, el uso de preservativo para sostener relaciones sexuales, dejar de fumar, promover el ejercicio físico y otros que permitan al usuario una aproximación hacia estilos de vida más saludables.





Proceso de Consejería

Cada una de las etapas que se presentan en el esquema 1 requieren la aplicación de técnicas y habilidades con fundamentos teóricos provenientes de la teoría de la comunicación humana y las vertientes cognitivo – conductual y humanista de la psicología.

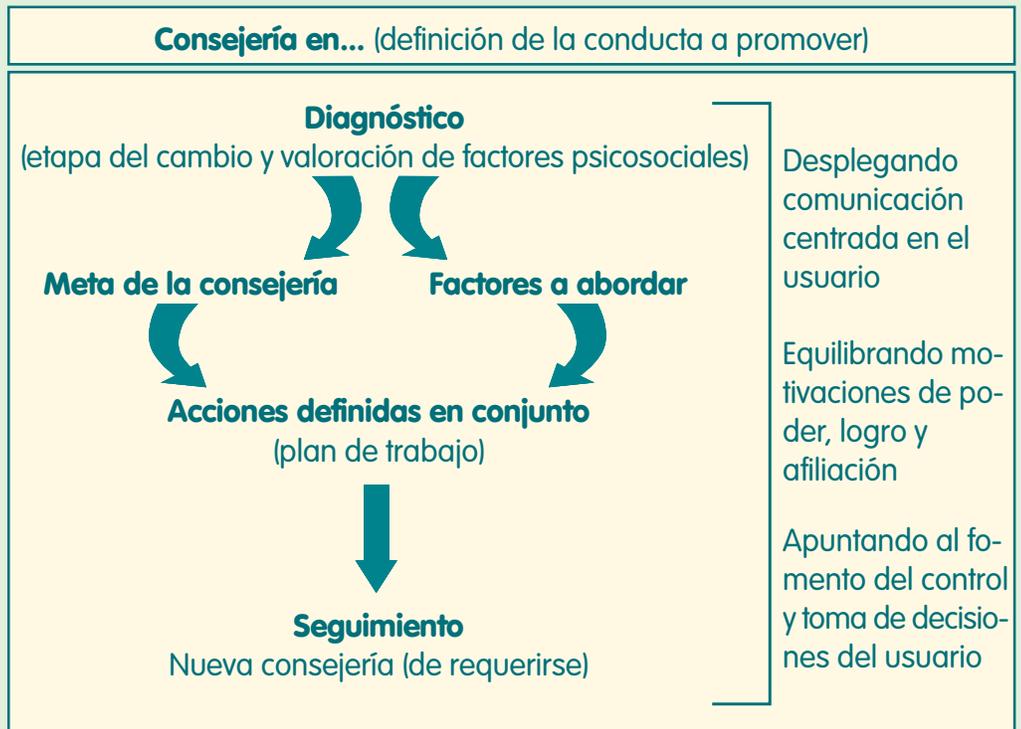


Figura 1. Esquemización del proceso de consejería utilizando técnicas de cambio conductual y comunicación centrada en el usuario.

El primer factor a considerar al momento de realizar consejería es la definición de la conducta sobre la que se quiere influir, para no perder de vista posteriormente el objetivo de la intervención.

En caso que se detecte alguna problemática psiquiátrica o psicosocial de base, es conveniente derivar al usuario a otro profesional que pueda abordar la situación. Por ejemplo, si se está realizando consejería para promover el uso de métodos anticonceptivos en una usuaria adolescente, y se descubre una situación de violencia intrafamiliar o se sospecha una depresión, el prestador a cargo de la consejería debiera derivar a otro profesional para que aborde esto, dado que estas situaciones están fuera de su ámbito de especialización.

En algunos casos, como el anterior, será pertinente continuar con el proceso de consejería paralelamente a algún tratamiento o intervención específica en otros ámbitos, o incorporar el tema que se iba a tratar en la consejería dentro del tratamiento o intervención que surja producto de la derivación.



Se debe efectuar un diagnóstico respecto a la disposición a modificar la conducta por parte del usuario. Esto, dado que no todos los usuarios presentarán la misma motivación para efectuar un cambio hacia la conducta específica que se quiere promover.

Existe un modelo desarrollado por Prochaska, llamado Modelo Transteórico de Etapas del Cambio. Este autor indagó las causas por las que las personas suelen ser reacias a modificar hábitos en relación a su salud, aún cuando estos dependan de factores aparentemente bajo su control. Descubrió que la oferta de los programas de salud se orientaba a la acción, es decir, al cambio conductual inmediato, sin adecuarse a las necesidades de cada uno de los usuarios, puesto que las personas antes de cambiar pasan por una serie de etapas que las predisponen en menor o mayor grado al cambio⁶.

Se identificaron cinco etapas en las que las personas podían estar respecto a la adopción de determinada conducta en relación a su salud:

Precontemplación, en que la persona no admite interés en modificar su conducta; el correlato de esta actitud es una sensación de incapacidad y falta de habilidades para realizar algún cambio; las creencias enfatizan los costos de adoptar un cambio, en lugar de los beneficios. En esta fase las persona no se encuentra dispuesta a emprender modificaciones de conducta.

La meta para esta es lograr una buena conexión inicial, ayudar a identificar las prioridades y preferencias personales acerca del estilo de vida y facilitar la toma de conciencia respecto a las conductas de riesgo⁷.

Contemplación, una vez que la persona admite interés por modificar la conducta, pero continúa considerando mínima la probabilidad de asumir un cambio, dado que la creencia en las propias capacidades es escasa. Hay mayor conciencia de los beneficios de un cambio de conducta, pero también se destacan los costos y desventajas de cambiar de conducta. Aún no se da el paso de pensar a actuar.

En esta etapa, la meta es reforzar la motivación, ayudando a la persona a revisar los beneficios y los costos de la conducta de riesgo, y entregando información y estímulo para la adquisición de hábitos saludables en función de las metas personales⁷.



Preparación para la acción es la etapa en que la persona, junto con estar conciente de la necesidad de cambio, tiene la decisión de efectuarlo, contando con algún plan para hacerlo. Ya hay convicción respecto al mayor peso de los beneficios por sobre los costos. La debilidad se encuentra en el temor de fallar. Esta persona se encuentra preparada y dispuesta para participar en un programa orientado a la acción.

La meta es estimular el inicio de las acciones contempladas en el plan de la persona, ayudándola a complementarlo y prever los factores que facilitarán el cambio de conducta, así como aquellos que la dificultarán, y que será necesario enfrentar o neutralizar⁷.

Acción es la fase de ejecución, existiendo alto riesgo de recaídas, por lo que el plan de acción debe contar con estrategias de apoyo y afrontamiento ante las situaciones de riesgo de abandono.

En esta fase se busca revisar y reforzar las habilidades de afrontamiento del usuario para manejar situaciones que puedan gatillar una recaída, recomendando el uso de apoyo social⁷.

Mantención, descrita como la última fase del proceso de cambio, se considera iniciada a partir de los seis meses siguientes al cambio, considerando que las posibilidades de que el nuevo hábito se transforme en un estilo de vida son altas.

En esta etapa aún se debe recurrir a algunos elementos del proceso de cambio, tales como el reforzamiento, para evitar un retroceso. En esta etapa, mientras menos años hayan pasado, es más alto el porcentaje de personas que vuelven a adoptar conductas de riesgo⁷.

Para que un programa de modificación de hábitos de vida sea exitoso, Prochaska sugiere que una persona debe pasar por todas y cada una de las etapas que la separan de la acción, efectuando una intervención por cada etapa, partiendo por la etapa en que la persona se encuentra⁶.

Respecto al diagnóstico inicial en la Consejería, junto con obtener información que indique la etapa del cambio en que se encuentra el usuario, a través de la entrevista inicial también se deben determinar los factores personales (valores, creencias, costumbres, medio familiar y social) que explican que la persona se encuentre en determinada etapa, de modo que el prestador comprenda al usuario y considere estos factores para motivar su cambio.



El modelo PRECEDE^{*}, desarrollado por Green⁵, entrega elementos para organizar el sondeo. Este autor considera que al momento de comprender la conducta del usuario hay tres tipos de factores a considerar, que junto con permitir contar con un diagnóstico de la situación, entregan claves respecto a los ámbitos en los que debe y puede intervenir el prestador. Los factores en cuestión son:

- **Predisponentes**

Son aspectos internos del sujeto que inciden en su motivación para realizar la conducta que se busca promover, ya sea la información con que cuenta, las actitudes, percepción de riesgo y sensación de eficacia para realizarla, así como los valores y creencias en torno a las prácticas sobre las que se busca influir.

- **Facilitadores**

Se refiere a las facilidades que existen para que la persona realice la conducta, una vez que está motivada para realizarla, apuntando hacia las habilidades que tiene para efectuar la conducta y para influir en su entorno de modo de disminuir las dificultades o amenazas para llevarla a cabo, como también, a la existencia y accesibilidad de recursos y servicios que faciliten su realización.

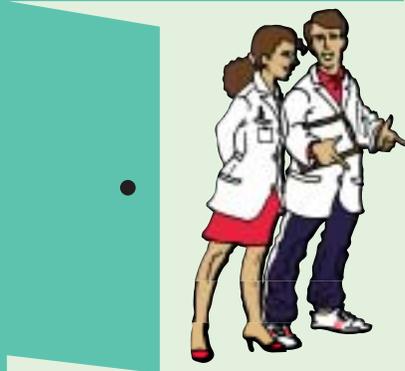
- **Reforzantes**

Son los elementos posteriores a la realización de la conducta que constituyen premios o sanciones para la persona, provenientes de otras personas significativas y/o del logro de beneficios físicos o recompensas tangibles.

Green sostiene que es necesario actuar primero sobre los factores predisponentes, de modo de lograr que la persona quiera efectuar un cambio, luego sobre los facilitadores, de modo que la persona se sienta capaz de efectuar este cambio, para finalmente concentrarse en los reforzantes que hacen que la persona se sienta recompensada por haber efectuado el cambio⁸.

Integrando este modelo al anterior, se observa que las personas en etapa de precontemplación o contemplación requieren una intervención focalizada en los predisponentes. Los que se encuentran en preparación, además de potenciar los predisponentes que favorecen la conducta, requieren la identificación de facilitadores para efectuar su plan de acción, así como prever los reforzantes, de modo de utilizarlos a favor de la conducta que se promueve, al momento de iniciar la acción. Durante la acción y la mantención, el énfasis se sitúa en los reforzantes de la conducta.

^{*} PRECEDE son las iniciales de los conceptos claves del modelo, que son *predisposing*: predisponentes, *reinforcing*: reforzadores, *enabling*: facilitadores, *causes*: causas, *educational*: educacional, *diagnosis*: diagnóstico y *evaluation*: evaluación⁵



ETAPAS (Prochaska)

1 Precontemplación
2 Contemplación

3 Preparación

4 Acción

5 Mantención

FACTORES (Green)

• Predisponentes

- Potenciar los predisponentes
- Identificación de facilitadores
- Prever los reforzantes

• Utilizar los reforzantes

• Énfasis en los reforzantes

La extensión y profundidad de este sondeo depende del factor tiempo. Sin embargo, es un paso imprescindible para motivar un cambio de conducta en relación al estilo de vida del usuario, a través de la puesta en práctica de un modelo de comunicación centrado en el usuario que permita establecer una relación de ayuda efectiva.

Durante la realización de este diagnóstico en conjunto con el usuario, se debe lograr una definición común del problema.

Una vez efectuado el diagnóstico en que se haya definido el problema del usuario y se haya determinado su disposición actual para cambiar de conducta, la meta que se establezca estará en función de estas condiciones de entrada.

El siguiente cuadro resume las características de cada etapa del cambio, así como las metas a lograr a través de la consejería:

Cuadro 1. Etapas del cambio y metas de la consejería en salud según modelo transteórico de Prochaska

Etapa	Características	Metas de la consejería
Precontemplación	<ul style="list-style-type: none"> • Desinterés por modificar la conducta • Sensación de falta de eficacia y habilidades para realizarla 	<ul style="list-style-type: none"> • Sensibilizar respecto a necesidad y beneficios del cambio de conducta.
Contemplación	<ul style="list-style-type: none"> • Conciencia de utilidad de cambiar la conducta • Sensación de falta de habilidades para realizarla 	<ul style="list-style-type: none"> • Motivar el cambio de conducta
Preparación	<ul style="list-style-type: none"> • Conciencia de necesidad de cambiar • Decisión de cambiar de conducta • Temor a fallar 	<ul style="list-style-type: none"> • Incentivar el desarrollo y ejecución de un plan de acción
Acción	<ul style="list-style-type: none"> • Realización del cambio de conducta 	<ul style="list-style-type: none"> • Reforzar habilidades para afrontar riesgo de recaídas
Mantención	<ul style="list-style-type: none"> • Incorporación de la conducta como hábito de vida, luego de 6 meses de adoptada 	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorear logro y retomar proceso de cambio en caso de recaída

El profesional debe facilitar el proceso de toma de decisiones del usuario, en cuanto a tomar la decisión de emprender determinada acción, y a la forma de llevar a cabo esa acción a través de un plan estructurado. Este proceso en muchos casos tomará más de una sesión de consejería, considerando que muchos usuarios aún no se encuentran preparados para un cambio de conducta.

Las actividades de seguimiento, una vez que la persona ha iniciado un plan de acción para modificar su conducta, se detallan en el apartado dedicado a las Consejerías en torno a las condicionantes de alimentación y actividad física.





Relación de ayuda

La relación de ayuda es aquella en la que una persona está interesada en fomentar el desarrollo, la madurez, un mejor funcionamiento y una mejor forma de encarar la vida por parte del otro. Basada en la experiencia del profesional y en la capacidad de establecer EMPATÍA entre ambos, además de la confianza del paciente/usuario⁹.

El establecer este tipo de relación implica que quien ofrece la ayuda cree en la capacidad del otro para asumir responsabilidad en su proceso de cambio. Por lo tanto, en lugar de definir unilateralmente el problema y entregar las instrucciones para resolverlo, se propicia la toma de conciencia respecto a los problemas y se fomenta la toma de decisiones responsable para resolverlos.

En los Centros de Atención Primaria el rol del profesional es el de facilitador, aportando conocimientos, alternativas, entrenamiento y tecnología, mientras el usuario se sitúa como potencial responsable de su propia salud. Esto requiere que el profesional despliegue habilidades comunicacionales para desarrollar adecuadamente el proceso⁵.

El primer aspecto a considerar es que la comunicación establecida entre el profesional y el usuario no sea un intercambio mecánico y racional de mensajes, sino un proceso dinámico y cargado de elementos afectivos.



Figura 2. Modelo unidireccional de comunicación

La consecuencia del modelo de la figura 1 sería que al prestador de salud le bastaría con entregar la información lo más concreta y precisa acerca del problema biomédico o conductual del usuario, para luego dar las indicaciones lo más claras y precisas respecto al tratamiento que debe seguir o la conducta que debe adoptar.

Esta línea de acción suele ser poco efectiva, especialmente cuando se busca modificar las conductas en relación a los estilos de vida de las personas. Por una parte, como señala la figura 2, cada una de las partes de la relación posee una serie de afectos, creencias respecto a sí mismo y al otro, las cuales pueden distorsionar el cómo se comprende el mensaje que el otro está dando o que pueden llevar a emitir un mensaje ambiguo.



Figura 3. Modelo de comunicación con aspectos subjetivos incorporados

Por ejemplo, si consideramos al usuario como receptor de un mensaje (una pregunta formulada por el emisor/prestador), el usuario puede tener la creencia que el prestador de salud es una autoridad que lo retará si no le responde como el otro espera; responderá, por lo tanto, de modo de no defraudar al prestador, probablemente evitando plantear aspectos que permitirían profundizar en su problema y encontrar alternativas de solución más pertinentes y eficaces. Graficando el ejemplo anterior, tendríamos que:



Figura 4. Ejemplo de comunicación poco efectiva entre prestador y usuario

El modelo de comunicación unidireccional y que pasa por alto los aspectos subjetivos (creencias, afectos, roles) de cada una de las partes de la relación se asocia a un modelo vertical en salud, que supone que el prestador es una autoridad experta en problemas de salud, mientras el usuario no posee conocimientos al respecto y por lo tanto, debe seguir las instrucciones que el prestador le señale.



Esto se relaciona con la distribución del poder en la relación. Al establecer una relación de ayuda, el prestador busca influir en el usuario desde sus conocimientos en salud, lo que constituye una de sus metas personales. Sin embargo, para ser efectivo, debe utilizar un tipo de comunicación que se centre en las necesidades del usuario.

En la práctica, esto implica permitir al usuario expresar sus creencias, sentimientos y actitudes, incluidas aquellas que el prestador cree necesario modificar. Para que esto ocurra, el prestador debe evitar ejercer el poder que le otorga su conocimiento en salud para descalificar las opiniones y el sentir del usuario.

Existe un contraste entre el modelo vertical en que el prestador asume el rol de experto, y un modelo horizontal, propio de la relación de ayuda propuesta, en que la comunicación se centra en el paciente¹⁰.

Esto se esquematiza como sigue:

Cuadro 2. Estilo comunicacional del prestador de salud en la relación de ayuda

Fases	Modelo vertical	Modelo horizontal
Recepción	Impaciencia	Calidez
Primeras intervenciones	Reprensiones	Preguntas abiertas
Hipótesis diagnóstica	Minimización de situación y preocupaciones del usuario	Reconocimiento de preocupaciones del usuario
Abordaje	Instrucciones	Logro de acuerdos

El modelo vertical, en que el poder en la relación se distribuye desigualmente, suele despertar resistencias en el usuario¹¹. Si el usuario percibe que la definición del problema fue impuesta, su motivación para emprender un cambio de conducta disminuye.

Este modelo vertical suele traducirse en una serie de obstaculizadores para la comunicación efectiva, los cuales el prestador debe identificar y revertir. Hay una serie de creencias y actitudes frecuentes que dificultan la comunicación, así como habilidades comunicacionales específicas para superarlas:



- **Creencia en que los demás deben pensar igual que yo**
Esto se refiere a la no aceptación de formas de pensar o puntos de vista distintos a los propios. Se expresa con negación, comentarios sarcásticos, burla o franca sanción ante lo que expresa o siente el otro.

La habilidad específica para revertir esta situación es el **Respeto**, primer requisito para la comunicación efectiva, que consiste en considerar al otro en su dignidad como ser humano, por lo tanto, con derecho a expresarse.

- **Etiquetas sociales y prejuicios**
Cuando a una persona se le pone una etiqueta positiva o negativa, ya sea por pertenecer a determinado grupo o porque se adquirió la idea sin confirmarla directamente. En estos casos se deja de ver a la persona y se vuelve más visible la etiqueta, que contamina los mensajes que intente entregar. Todo mensaje que intente transmitir la persona se recibirá como un mensaje proveniente de “la aburrida”, “el tonto”, “la porfiada”, etc.

Resulta igualmente aplicable la habilidad del **Respeto** para evitar este obstaculizador.

- **Eliminación o atención selectiva**
Consiste en poner atención sólo a algunos aspectos del mensaje y de la forma en que se establece la relación. Se puede poner atención a los datos que confirman las expectativas o prejuicios, no considerando otros elementos que matizan el mensaje.

En este caso, una habilidad a poner en práctica es la **Atención y Escucha**, entendida como la disposición a escuchar al otro, prestando atención a lo que dice y demostrándoselo con la actitud corporal y los comentarios.

Igualmente útil resulta practicar la **Empatía**, que es la capacidad de ponerse en el lugar del otro, imaginar cómo se está sintiendo y comprenderlo no sólo intelectualmente, sino también afectivamente.

- **Fingir que se está escuchando**
Se produce cuando se afirma verbalmente estar escuchando al otro y se tiene la intención de hacerlo, pero se le comunica no verbalmente lo contrario. Un ejemplo es una persona que dice “te escucho”, pero no deja de leer lo que está revisando y no mira a los ojos al interlocutor.

En este caso, junto con la **Atención y Escucha**, debe utilizarse un **Lenguaje no verbal coherente**, desplegando una actitud corporal acorde con el mensaje verbal, en términos de la mímica, los gestos, tensión muscular y tono de voz, que inviten a mantener la comunicación.



- **Iniciar una comunicación sin el tiempo ni disposición necesarios**

Se relaciona con lo anterior, en el sentido que hay aspectos no verbales que delatan la no disposición a comunicarse, tales como iniciar la comunicación en un lugar de tránsito (pasillo, ascensor) o cuando uno se va yendo (en el umbral de la puerta, con un bolso en la mano), es decir, sin tiempo para continuarla.

Junto con las habilidades anteriores, cabe **Considerar los elementos contextuales**, es decir, tomar en cuenta los elementos del entorno físico que influyen en la comunicación (espacio, iluminación, temperatura, silencio), así como del contexto social (reunión de trabajo, almuerzo familiar, encuentro deportivo, etc.) y los roles que las personas desempeñan en ellos, con distintos niveles de intimidad.

- **Interpretar los mensajes del otro a partir de creencias personales**

En este caso se le atribuyen significados personales a lo que el otro dice, se proyectan aspectos propios en el mensaje del otro. Por ejemplo, si uno tiende a ver más lo negativo de las situaciones y a ser pesimista ante el futuro, puede entender a partir de la frase: "las cosas van a seguir desenvolviéndose más o menos como hasta ahora", que las cosas irán cada vez peor.

Para revertir esto son útiles habilidades mencionadas como el **Respeto**, la **Atención y Escucha** y la **Empatía**.

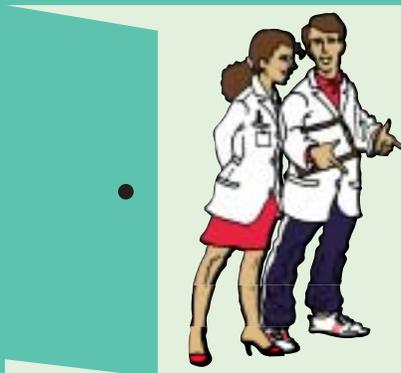
- **Usar dobles mensajes**

Cuando se dice una cosa y se la contradice en el mismo mensaje. La contradicción puede darse de modo no verbal, o bien en una frase ambigua. Estos mensajes son altamente perturbadores y generadores de confusión. Ejemplos son: "puedes irte cuando quieras" (dicho con expresión de angustia), o "las decisiones las tomo yo... me interesa que todos participen dando sus opiniones".

Junto a la utilización de un **Lenguaje no verbal coherente**, se debe poner en práctica la **Concreción**, que implica ser concreto en lo que se quiere decir, plantearlo con claridad, distinguiendo lo central de lo accesorio, sin rodeos y sin mensajes contradictorios, tanto verbales como no verbales.

- **Ciertas palabras repetitivas (muletillas)**

Palabras que se intercalan repetidamente entre las frases son un elemento distractor que agota al interlocutor y produce la impresión de falta de claridad. Por ejemplo, fuimos a una reunión... eehh... donde pudimos conocer la experiencia de otros Centros... eehh... en el ámbito de la promoción de la salud... eehh...



eeeh...



En este caso, junto con la **Concreción**, se debe desarrollar la **Asertividad**, que es la capacidad de decir clara y directamente lo que se opina respecto a algo o alguien, sin dejar de lado el **Respeto** y la **Empatía**, de modo de no caer en la agresión, para lo cual la opinión debe ser específica (referirse a una cosa específica, no a la persona total), fundamentada (dar ejemplos concretos) y asumiendo **Responsabilidad por lo que se dice**, efectuando los comentarios u opiniones a título personal, anteponiendo el pronombre "yo", evitando decir: "nadie quiere...", "todos sentimos..." o "uno cree que...".

- **Generalización y repetición de conductas anteriores**

Sucede cuando las personas adquieren patrones que les resultaron útiles o adaptativos en alguna ocasión, rigidizándose y no desarrollando la capacidad de responder de nuevas formas en situaciones y contextos distintos.

Por ejemplo, una persona que en sus interacciones en el hogar es autoritaria e impone siempre sus decisiones, puede intentar reproducir el mismo modelo en sus comunicaciones en el trabajo, dado que no ha desarrollado otros modos de comunicarse.

- **Preguntas que obligan al otro a justificarse permanentemente**

Hay preguntas muy útiles cuando se está obteniendo información o analizando algo (¿para qué?, ¿por qué?), pero que en la comunicación habitual tienden a enjuiciar a quien está hablando, obligándolo a justificarse. Ejemplos: ¿por qué le dijiste eso?, ¿para qué fuiste a verlo?, ¿por qué no le pasaste el material?





Los mensajes no verbales desplegados en la comunicación (gestos, tono de voz, vestimenta, proximidad corporal) pueden afirmar la desigualdad de poder entre las partes, o bien, como propone el modelo centrado en el usuario, facilitar la creación de un clima de confianza necesario para que el usuario se exprese y el prestador pueda profundizar en la comprensión de su problema.

Para el logro de una intimidad eficaz se requiere que el usuario perciba que el prestador tiene interés en dedicarle tiempo y escucharlo, lo cual depende de diversas claves¹¹:

- Preguntas realizadas por el profesional, las que junto con recoger información, permiten expresarse al otro (¿en qué puedo ayudarlo?, ¿podría explicarme un poco más?)
- Expresión no verbal, especialmente la mirada, dirigida a los ojos, y el tono de voz.
- Interés demostrado por el problema del usuario, empatizando activamente.
- Lenguaje utilizado comprensible para el usuario.
- Negociación y logro de acuerdos respecto a las acciones a seguir.

Un importante predictor del éxito de una relación de ayuda es la definición compartida por parte del prestador y del usuario respecto al objetivo que pretenden lograr. Si el usuario percibe que el prestador ha definido previa y unilateralmente este objetivo, su interés por alcanzarlo disminuirá⁵.

En caso que la definición del objetivo de la relación de ayuda no sea compartida, el prestador deberá seguir un camino más largo hasta sensibilizar al usuario respecto a la existencia de un problema a resolver. Esto constituye una meta intermedia de la relación de ayuda.

Por lo anterior, previo a la definición de una tarea específica que apunte a un cambio de conducta, se deben considerar los aspectos de poder y creación de un clima de confianza, previo a la negociación y acuerdo respecto al objetivo de la relación⁹.

Algunas técnicas específicas a entrenar y aplicar por parte del profesional durante la entrevista, incluidas en el concepto de escucha reflexiva, se describen en el cuadro 3. La repetición y el rephraseo se recomiendan en fases iniciales de la entrevista, cuando aún no se conoce bien al usuario o hay que sondear aspectos más impersonales¹¹.

La paráfrasis y el señalamiento emocional permiten conocer mayor información, que hasta el momento ha aparecido implícitamente¹¹.

Cuadro 3. Técnicas de escucha reflexiva

- Repetición: se repite literalmente la última frase o palabra que el usuario dijo.
- Refraseo: se repite lo que el usuario acaba de decir, pero alterando levemente el orden de las palabras.
- Silencios: indican comprensión y aceptación por parte del profesional hacia el usuario, cuando son utilizados oportunamente y no hay angustia por parte del profesional.
- Paráfrasis: se dice algo que el usuario no dice explícitamente, pero se intuye en su discurso. Por ejemplo: "veo que está buscando algún tipo de solución a esta situación, pero le ha resultado difícil".
- Señalamiento emocional: se señala la emoción que se cree que el usuario manifiesta en el momento o en relación a experiencias pasadas. Por ejemplo: "me da la impresión que ha venido sintiéndose muy incómodo con los reiterados exámenes".



CONSEJERÍA EN VIDA SANA

La consejería en vida sana (CVS) la definiremos como la atención sistemática e individual que reconoce al usuario el papel de protagonista o conductor en la adopción de conductas saludables, actuando el profesional como facilitador del proceso de toma de conciencia, decisión y actuación de la persona.

El Propósito de la CVS es promover estilos de vida saludable, especialmente en:

- *Consumo diario de verduras y frutas,*
- *Actividad física periódica, realizando ejercicio físico al menos 3 veces a la semana, por 30 minutos cada vez,*
- *Cesación en el consumo de tabaco y promoción de ambientes libres de humo de tabaco.*

Los Objetivos de la CVS son establecer una relación de apoyo que favorezca la toma de conciencia sobre la necesidad de adoptar estilos de vida saludables, apoyar el desarrollo de un plan de acción sobre la adquisición de estilos de vida sana y fortalecer los estilos de vida sana que presente el usuario.





Proceso de Consejería en Vida Sana

La CVS tiene tres etapas que se detallan a continuación:

Etapa I: Diagnóstico

Respecto a la estructura de la consejería, el primer paso consiste en definir la etapa del cambio en que se encuentra el usuario, de acuerdo al modelo de Prochaska, en relación a la alimentación, la actividad física y el tabaco.

Cuadro 4. Claves para determinar la etapa del cambio en relación a la alimentación, la actividad física y el tabaco

Etapas	Alimentación	Actividad física	Tabaco
precontemplación	<ul style="list-style-type: none"> No consume frutas ni verduras diariamente, ni le interesa hacerlo. 	<ul style="list-style-type: none"> No hace ejercicio por 30 minutos, 3 veces a la semana, o más, ni le interesa hacerlo. 	<ul style="list-style-type: none"> Tiene el hábito de fumar, y no le interesa dejarlo.
contemplación	<ul style="list-style-type: none"> No consume frutas ni verduras diariamente, cree que debería hacerlo, pero no se decide. 	<ul style="list-style-type: none"> No hace ejercicio por 30 minutos, 3 veces a la semana, o más, aunque cree que debería hacerlo, pero no se decide. 	<ul style="list-style-type: none"> Tiene el hábito de fumar, y cree que debería dejarlo, pero no se decide a intentarlo.
preparación	<ul style="list-style-type: none"> No consume frutas ni verduras diariamente, pero quiere empezar a hacerlo actualmente. 	<ul style="list-style-type: none"> No hace ejercicio por 30 minutos, 3 veces a la semana, o más, pero quiere empezar a hacerlo actualmente. 	<ul style="list-style-type: none"> Tiene el hábito de fumar, pero está decidido a intentar dejarlo.
acción	<ul style="list-style-type: none"> Está consumiendo frutas y verduras diariamente. 	<ul style="list-style-type: none"> Hace ejercicio por 30 minutos, 3 veces a la semana, o más 	<ul style="list-style-type: none"> Ha dejado de fumar hace menos de 6 meses.
mantención	<ul style="list-style-type: none"> Está consumiendo frutas y verduras diariamente. desde hace 6 meses o más. 	<ul style="list-style-type: none"> Hace ejercicio por 30 minutos, 3 veces a la semana o más, desde hace 6 meses 	<ul style="list-style-type: none"> No ha fumado desde hace 6 meses o más.

También es necesario sondear los factores psicosociales que explican que la persona se encuentre en determinada etapa, considerando los elementos del modelo PRECEDE (predisponentes, facilitadores, reforzantes).

Cuando la persona se encuentra en etapa precontemplativa respecto a efectuar esos cambios, el sondeo apunta a detectar las barreras para esa conducta en los distintos ámbitos relevantes. Algunas preguntas guías para el profesional son:





I.1. Fase de precontemplación:

a) ALIMENTACIÓN

Preguntas guías para conocer factores predisponentes, facilitadores y reforzantes en relación a la alimentación en personas en etapa de precontemplación:

- la información con que cuenta la persona, ¿es precisa?, ¿conoce los efectos que puede tener en su salud su tipo de alimentación?
- ¿valora el tener una alimentación que favorezca su salud?
- ¿qué significado tiene para la persona la alimentación?, ¿cuándo, con quiénes y en qué condiciones come?, ¿quién prepara sus alimentos?
- ¿puede decidir qué alimentos consumir a diario o es otra persona quien toma esas decisiones?
- ¿tiene alternativas a la hora de elegir qué alimentos consumir normalmente en su lugar de residencia o trabajo?
- ¿qué beneficios o logros obtiene a partir de mantener sus hábitos de alimentación?
- ¿qué molestias le produce mantener ese tipo de alimentación?

b) ACTIVIDAD FÍSICA

Preguntas guías para conocer factores predisponentes, facilitadores y reforzantes en relación a la actividad física en personas en etapa de precontemplación:

- la información con que cuenta la persona, ¿es precisa?, ¿conoce los efectos que puede tener en su salud el no realizar actividad física?
- ¿valora el mantenerse saludable a través de la actividad física?
- ¿qué significado tiene para la persona la actividad física?, ¿cuándo, con quiénes y en qué condiciones ha realizado actividad física?
- ¿tiene alternativas a la hora de elegir qué tipo de actividad física realizar en su comunidad, trabajo u otro medio?
- ¿qué beneficios o logros obtiene a partir de no realizar actividad física?
- ¿qué molestias le produce mantener su sedentarismo?



c) HÁBITO TABÁQUICO

Preguntas guías para conocer factores predisponentes, facilitadores y reforzantes en relación al hábito tabáquico en personas en etapa de precontemplación:

- la información con que cuenta la persona, ¿es precisa?, ¿conoce los efectos que puede tener en su salud el hábito de fumar?
- ¿valora el mantenerse saludable dejando de fumar?
- ¿qué significado tiene para la persona el fumar?, ¿cuándo, con quiénes y en qué condiciones fuma?
- ¿tiene la alternativa de elegir o mantener ambientes libres de humo de tabaco en su trabajo, espacios públicos, hogar?
- ¿qué beneficios o logros obtiene a partir de mantener su hábito tabáquico?
- ¿qué molestias le produce mantener su hábito tabáquico?

Es probable que a partir de esas interrogantes, dando la confianza a la persona para que se exprese, se pueda comprender qué factores tienen más peso en su poca disposición a cambiar.

1.2. Fase de Contemplación:

En el caso de una persona en contemplación, a las preguntas anteriores cabría agregar:

a) ALIMENTACIÓN

Preguntas guías para conocer factores predisponentes, facilitadores y reforzantes en relación a la alimentación en personas en etapa de contemplación:

- ¿ha intentado previamente modificar sus hábitos de alimentación?, ¿cómo han sido esas experiencias?
- ¿qué beneficios imagina que puede obtener si adopta hábitos de alimentación más sanos?
- ¿cuáles cree que serían las dificultades que tendría que enfrentar, tanto propias como de su medio?





b) ACTIVIDAD FÍSICA

Preguntas guías para conocer factores predisponentes, facilitadores y reforzantes en relación a la actividad física en personas en etapa de contemplación:

- ¿ha intentado previamente modificar sus hábitos en relación a la actividad física?, ¿cómo han sido esas experiencias?
- ¿qué beneficios imagina que puede obtener si adopta hábitos de actividad física constantes?
- ¿cuáles cree que serían las dificultades que tendría que enfrentar, tanto propias como de su medio?

c) HÁBITO TABÁQUICO

Preguntas guías para conocer factores predisponentes, facilitadores y reforzantes en relación al hábito tabáquico en personas en etapa de contemplación:

- ¿ha intentado previamente modificar sus hábitos en relación al consumo de tabaco?, ¿cómo han sido esas experiencias?
- ¿qué beneficios imagina que puede obtener si abandona el hábito tabáquico en forma permanente?
- ¿cuáles cree que serían las dificultades que tendría que enfrentar, tanto propias como de su medio?





Etapa II : Hacia la definición de una meta común

En caso que el usuario se encuentre en las fases de precontemplación o en contemplación respecto a conductas propias de un estilo de vida saludable, aún no se encuentra preparado para la acción, por lo tanto, en ambos casos la meta de la intervención es que la persona se sensibilice, adquiera conciencia del problema y vuelva a una nueva entrevista.

El modelo de Prochaska plantea las siguientes líneas de acción por parte del profesional en estos casos:

II.1. Fase de Precontemplación:

- Se busca crear conciencia en los usuarios de los beneficios de determinada conducta, ayudándolos a identificar aquellos beneficios que tienen importancia personal para cada uno.
- Se entrega información sobre los hábitos saludables, y los riesgos y daños que puede provocar el no tenerlos.

Al término de la reunión se debiera lograr al menos el reconocimiento de un problema que podría afectar su salud, en el sentido del tipo de alimentación, la falta de actividad física o consumo de tabaco, resaltando la contraparte positiva que se refiere a que podría mejorar su calidad y expectativas de vida a partir de hábitos saludables.

Es posible que en la próxima sesión la persona vuelva en estado de Contemplación, o bien que durante la primera entrevista se detecte que se encuentra en esa fase. En este caso se recomiendan las siguientes acciones:

II.2. Fase de Contemplación:

- Se entrega información más detallada;
- Se refuerzan las razones para cambiar, se señalan los riesgos de no hacerlo;
- Se aclaran dudas e identifican barreras, proponiendo estrategias para superarlas;
- Se debe escuchar activamente y no imponer.

Algunas otras situaciones frecuentes para realizar las conductas, con las sugerencias para el prestador, son:



Cuadro 5. Inquietudes frecuentes en usuarios y respuestas sugeridas por el PAPPS para realización de Consejerías

Inquietud usuario	Respuesta prestador
"Disfruto lo que como ahora, tendría que dejar de comer mis alimentos favoritos"	Aunque adoptar un estilo de alimentación con menos grasas significa que debe hacer algunos cambios en su forma de comer, no tiene porqué dejar de comer absolutamente todos los alimentos que le gustan; puede que tenga que reducirlos, y en algunos casos, buscar alternativas.
"No se cómo encajar los alimentos con pocas grasas en mis comidas"	La clave está en cambios pequeños y poco a poco. Puede partir comiendo el mismo tipo de alimentos, pero modificar la forma en que los prepara (en lugar de fritos, al vapor, por ejemplo) y disminuir el tamaño de las porciones.
"No se qué alimentos usar para no consumir mucha grasa; hay que dejar muchas cosas".	Parece complicado al principio, pero cuando aprenda algunas ideas básicas y se vaya fijando en lo que come, le va a resultar más fácil elegir alimentos.
"No tengo tiempo. Comprar y preparar comida con poca grasa es muy trabajoso".	Es fácil aprender a preparar comida con poca grasa; cuando encuentre algunos de estos alimentos que le gusten más, le resultará más fácil aún.
"Como mucho fuera de mi casa"	Aprendiendo algunos trucos e ideas le va a resultar muy fácil elegir alimentos adecuados al comer fuera.
"Yo no soy quien compra y prepara la comida"	En este caso, conviene que la persona que se hace cargo de eso participe con usted en la consejería.



II.3. Fase de Preparación:

- Se ayuda a llevar a cabo la acción, desde la planificación en que se establecen metas específicas,
- Se definen acciones y plazos,
- Se identifican los recursos y personas que pueden ayudar a llevarlo a cabo,
- Se estimula la autoconfianza.

La persona que está en preparación para el cambio puede tener prevista alguna línea de acción, por lo tanto se debe negociar un plan de cambio, realizando un análisis de los recursos y apoyos necesarios, una vez establecida una meta realista. Por ejemplo:

P: ¿A cuánto piensa reducir las sopaipillas que come?

R: A una vez a la semana, voy a preparar sólo los Domingos.

Pueden programarse metas progresivas:

P: ¿Le gustaría dejar de comer sopaipillas en un tiempo más, considerando que quiere mantener la línea?

R: Sí, pero no creo que pueda de una vez.

P: ¿Qué le parecería empezar comiéndolas sólo tres veces por semana, una vez al día, reemplazándolas el resto del tiempo por fruta, durante dos semanas? Después, puede dejarlas sólo para un día a la semana, por ejemplo el Domingo, cuando está toda la familia junta, aumentando los días que come fruta en vez de sopaipillas.

Es recomendable entregar información escrita de apoyo al usuario, en caso que sea comprensible para éste. Por ejemplo, tipos de alimentos recomendados, tamaño de las raciones sugeridas en su caso o recetas.

A partir de los obstáculos identificados en la fase de diagnóstico de la situación, se deben prever formas de afrontarlos o evitarlos, ya sea proponiendo conductas alternativas e identificando las personas e instancias de apoyo existentes para llevar a cabo su plan. Esto es igualmente recomendable para los efectos que puedan resultar desagradables al comienzo del cambio de hábito, los cuales deben preverse para afrontarlos.

Es fundamental hacer visibles los beneficios que el usuario irá experimentando paulatinamente con la adopción de un cambio de hábito, los cuales constituirán refuerzos de su conducta. Además, se pueden programar otras formas de refuerzo ante los logros que al usuario le resulten gratificantes.

Debe quedar establecida la forma en que se monitorearán los avances, cuando la persona haya comenzado a poner en práctica su plan de acción.



Etapa III: Seguimiento y Mantenición

III.1. Fase de Seguimiento:

Para evaluar el logro de una persona que inicia un plan de acción, se pueden medir indicadores en los controles a los que la persona deba asistir. En caso de no tratarse de una persona que requiera controles, se puede monitorear el avance a través de llamadas telefónicas o visitas domiciliarias previamente acordadas con el usuario. Los aspectos a considerar por parte del facilitador son:

III.2. Fase de Acción:

- Se identifican y destacan logros, en relación a las metas propuestas.
- Se valoran esfuerzos, aunque la persona no haya logrado en un cien por ciento sus metas, se reconocen los avances en relación al hábito inicial, destacando la perseverancia de la persona.
- Se identifican motivaciones para continuar llevando a cabo la actividad, ya sea por las consecuencias recompensantes que la acción ya ha comenzado a brindar (por ejemplo, desde que dejó de fumar le ha vuelto a sentir el sabor a la comida, desde que empezó a hacer ejercicio se siente con mejor ánimo, desde que aumentó su consumo de vegetales y disminuyó las grasas, le cabe ropa que antes no se podía poner), o anticipando aquellas que se alcanzarán más adelante.
- Se identifican nuevas situaciones o factores de riesgo de recaída, ante las que la persona debe anticipar estrategias para superarlos (por ejemplo, si se aproximan fiestas en que es más probable que esté en ambientes de fumadores, o que la inviten a comer alimentos ricos en grasas).
- En caso de recaída, se explora en los factores que propiciaron esto, a través de preguntas abiertas o invitaciones a playearse:

¿Qué le pasó cuando empezó a comer papas fritas otra vez?

¿Cómo se sintió cuando empezó a salir a trotar?

Cuénteme más de la situación en que encendió un cigarro otra vez.



Además, se vuelve a evaluar el estado en que se encuentra la persona, dado que frecuentemente las recaídas llevan al estado de contemplación, por lo cual es necesario retomar el proceso desde esa fase, considerando aquellos elementos nuevos que se hayan identificado a través de la última exploración durante el control, como factores que dificultan la adopción de un hábito saludable en la persona, previéndolos en el nuevo plan de acción, si es que la persona llega a avanzar nuevamente hasta la fase de preparación.

Cualquiera sea la forma de seguimiento acordada (entrevista en el Centro de Salud, visita domiciliaria, llamada telefónica), el encargado del seguimiento debe utilizar el estilo comunicacional propio de la comunicación centrada en el usuario, revisado en las páginas anteriores.

En el caso de personas que han logrado adoptar una conducta saludable en relación a su alimentación, a la actividad física o al cese del hábito tabáquico, se encuentran en etapa de mantención, durante la cual se deben desplegar actividades de monitoreo similares a las descritas para la fase acción.

III.3. Fase de Mantención:

- Se resalta el logro, en cuanto al avance en relación a las metas planteadas en el plan de acción.
- Se identifican situaciones de riesgo de recaídas y se idean estrategias para evitarlas o resolverlas, de modo similar a la sesión de control descrita previamente.

En esta fase el contacto con el usuario disminuye en frecuencia. En caso de ser un usuario que asiste a controles, en esta instancia se puede efectuar el seguimiento. Si se trata de un usuario que no asiste regularmente al Centro de Salud, se deben programar llamadas telefónicas o una visita domiciliaria al cabo de otros seis meses.

Es probable que la conducta adoptada se haya convertido en un hábito de vida. Sin embargo, si se produce una recaída durante la fase de mantención, lo cual según lo planteado por Prochaska es esperable, se debe retomar el proceso de Consejería, de acuerdo a la etapa en que se sitúe la persona.



EVALUACIÓN DE LA CONSEJERÍA

Respecto a los medios para evaluar la consejería, esta puede efectuarse en dos etapas.

Primera etapa: apunta a la observación y posterior retroalimentación respecto a la sesión, por parte de otro profesional entrenado, lo cual se sugiere al momento de adoptar esta herramienta.

En cuanto al desarrollo de la Consejería, se debe observar el desempeño desde la apertura hasta el cierre, considerando si se facilitó la participación activa del usuario en la revisión de la situación y la reflexión. Según la etapa en que se encuentre el usuario, varían los aspectos a evaluar.

Otro aspecto a evaluar es el establecimiento de un clima de confianza, que se refiere a las habilidades comunicacionales desplegadas por el profesional.

La pauta de observación sugerida se presenta en el anexo.

La presencia de otro profesional durante la sesión de Consejería puede resultar perturbadora para el usuario, más aún si éste adopta una postura de observador silencioso, que toma nota de la sesión.

Si se opta por esto, se debe presentar al profesional observador al usuario, señalando su nombre y profesión, sin explicar el objetivo final de su presencia en la habitación. Aunque no intervenga durante el resto de la entrevista, el hecho de admitir verbalmente la presencia de un tercero constituye una acción que disminuye la ansiedad del usuario; el no hacerlo, en cambio, probablemente incrementará las resistencias iniciales del usuario.

Una alternativa es utilizar cámara de video y grabar la sesión, lo cual debe efectuarse con la autorización del usuario. De todas formas, esto puede despertar mayores resistencias en algunos usuarios que la presencia de un observador.

La retroalimentación del observador al profesional se entrega señalando, en primer lugar, los aciertos o aspectos positivos del desempeño de la persona.

Posteriormente, respecto a los aspectos a mejorar, se señalan concretamente y con ejemplos las situaciones, realizando sugerencias respecto a cómo afrontarlos o resolverlos.

Además, es relevante dar la oportunidad para que la persona que está siendo retroalimentada exprese cómo se sintió realizando la consejería, y que esos sentimientos sean acogidos y no negados o invalidados.

Segunda etapa orientada a recoger la percepción de los usuarios, así como su actitud hacia la adopción de un hábito de vida saludable. Cabe destacar que una Consejería tiene probabilidades de éxito solamente **si el usuario participa voluntariamente** en ella.

Aunque no exista disposición a cambiar en relación a una conducta específica, debe existir disposición a participar en la reunión con el profesional y conversar respecto al tema. En caso contrario, significará un desgaste para ambas partes y frustración para el profesional. En esos casos solamente cabe dejar abierta la posibilidad de una nueva entrevista para tratar el tema, en caso que el usuario lo requiera.

Para evaluar al profesional a partir de la percepción del usuario, y a la vez poder cuantificar, sistematizar y comparar los resultados, es recomendable utilizar una encuesta que determine su satisfacción con la atención recibida, su comprensión de los mensajes entregados y su participación activa durante la consejería. El instrumento propuesto se presenta en el anexo.

Se sugiere aplicar la encuesta inmediatamente después de la sesión de Consejería por otra persona que no sea el profesional que la realizó, para evitar la distorsión de las respuestas que podría darse en ese caso por parte del usuario, en el sentido de no evaluar negativamente al profesional, aún cuando no se sienta satisfecho.

Debe existir un equipo de trabajo que dé la posibilidad a los profesionales que no están siendo bien evaluados, de revisar y mejorar aquellos aspectos deficitarios, lo cual se logra mediante la observación y retroalimentación descritas en relación a la primera instancia de evaluación de las Consejerías, por parte de un profesional entrenado, que cumple el rol de asesor o tutor.

Las habilidades para realizar Consejerías se aprenden y se van desarrollando con la práctica, de modo que es probable que las primeras Consejerías presenten mayor grado de dificultad y resultados menos exitosos, que las que se realicen con posterioridad.

Respecto a la actitud del usuario hacia la adopción de un hábito saludable, se puede realizar una evaluación previa y otra posterior a la consejería, en base al modelo de etapas del cambio de Prochaska, para determinar si la persona avanzó al menos una etapa luego de la Consejería.

Se sugiere aplicar un cuestionario para evaluar cada fase del "Modelo transteórico" de las etapas del cambio (ANEXO 4)



ANEXO 1

Pauta de observación para evaluar a profesionales facilitadores

Nombre y cargo del profesional facilitador:

Nombre y cargo del observador:

Fecha:

Puntos a observar	SÍ	NO
Lenguaje no verbal cálido (mirada a los ojos, sin ceño fruncido, asentimiento con la cabeza, tono de voz)		
Temperatura agradable (ni frío ni calor excesivos)		
Muebles cómodos y dispuestos para comunicarse (frente a frente, a similar altura)		
Iluminación suficiente		
Ventilación del recinto que permita renovación del aire		
Sin interrupciones (teléfono, golpes a la puerta, ruidos molestos)		
Saludo amable		
Utilización de preguntas abiertas o invitaciones a explayarse		
Trato por el nombre a la persona		
Escucha activa (lenguaje no verbal, repetición, refraseo)		
Incentiva que usuario reconozca la situación como problema, sin imponerlo		
Incentiva reflexión sobre significado de la conducta en la vida del usuario, y consecuencias que tiene.		
Entrega información sobre beneficios que acarrearía cambio de conducta.		
(Para usuarios en precontemplación o contemplación) Se deja abierta posibilidad de nueva entrevista.		
(Para usuarios en preparación) Estimula búsqueda de soluciones, identificación de recursos y obstáculos a enfrenar, sin imponer.		
(Para usuarios en preparación) Se define nueva fecha y forma de monitoreo de avances del plan de acción.		

CONCLUSIONES:



ANEXO 2

Cuestionario a usuarios de Consejerías

Nombre:

Fecha:

Profesional facilitador:

En relación a las siguientes preguntas, elija la alternativa que mejor represente su opinión respecto a la sesión.

Preguntas	SÍ	NO
¿Se sintió bien atendido(a) por el(la) profesional?		
¿Tuvo oportunidad de plantear su problema y lograr que el (la) profesional lo(a) entendiera?		
¿Siente que pudo hacer preguntas y aclarar sus dudas?		
¿Le ayudó el (la) profesional a encontrar la forma de resolver su problema?		
¿Siente que tiene más interés por cuidar su propia salud?		
¿Recomendaría a otras personas con problemas como el suyo atenderse con este(a) profesional?		

¿Desea agregar algo, que no se le ha preguntado hasta ahora?



ANEXO 3

Diseño Programático

Definición:

Atención sistemática e individual que reconoce al usuario, el papel de protagonista o conductor en la adopción de conductas saludables, actuando el profesional como facilitador del proceso de toma de conciencia, decisión y actuación de la persona.

Propósito:

Promover estilos de vida saludable, especialmente en alimentación sana, actividad física periódica, cesación del consumo de tabaco y promoción de ambientes libres de humo de tabaco.

Objetivos:

- Establecer una relación de apoyo que favorezca la toma de decisiones sobre la necesidad de adoptar estilos de vida saludable.
- Apoyar el desarrollo de un plan de acción sobre la adquisición de estilos de vida sana
- Fortalecer los estilos de vida sana que presente el usuario

Acciones:

- Evaluar los hábitos de vida saludable: como ingesta de verduras y frutas, cantidad y tipo de actividad física semanal, habito tabáquico y actitud frente a fumadores.
- Realizar refuerzos positivos de los hábitos saludables que presente el usuario
- Establecer en que etapa del cambio (EC), se encuentra frente a los hábitos no saludables, para definir el tipo de consejería que se realizará
- Determinar los factores psicosociales que favorecen u obstaculizan la adopción de hábitos saludables.



- Indicar los riesgos que se relacionan con los hábitos no saludables que presenta el usuario.
- Señalar beneficios asociados a la adopción de hábitos saludables
- Apoyar al usuario en la definición de un plan de acción de cambio de hábito según la EC en que se encuentra, según condicionante.
- Evaluar el plan de acción a corto y mediano plazo, según la evolución y cumplimiento del plan.
- Analizar las causas de retroceso y retomar el proceso, abordándolos en caso de recaída.

Instrumento:

Profesional capacitado en Consejerías de Vida Sana

Cobertura:

Según Demanda

Concentración:

Mínimo 2 (Toma de conciencia, Elaboración del Plan de trabajo, Evaluación del plan.)

Rendimiento:

45 minutos para la primera consejería y 30 minutos para las próximas



ANEXO 4

Pauta para evaluar ETAPA del CAMBIO

Nombre del profesional facilitador:

Cargo del profesional facilitador:

Nombre del paciente/usuario:

Fecha:

ETAPA del CAMBIO:

Aspectos a observar y evaluar	SÍ	NO
Evaluar los hábitos de vida saludable:		
1. Ingesta de verduras y frutas.		
2. Hace actividad física?		
3. Hábito tabáquico: FUMA		
4. Actitud frente a fumadores		
Establecer en que etapa del cambio se encuentra, (Diagnóstico)		
1. Precontemplación.		
2. Contemplación.		
3. Preparación.		
4. Acción.		
5. Mantención.		
Determinar 2 factores psicosociales que favorecen la adopción de hábitos saludables, en relación a:		
Ingesta de verduras y frutas.		
a.		
b.		
Actividad física.		
a.		
b.		
Hábito tabáquico.		
a.		
b.		
Actitud frente a fumadores		
a.		
b.		





Aspectos a observar y evaluar	SÍ	NO
Determinar 2 factores psicosociales que obstaculizan la adopción de hábitos saludables, en relación a:		
Ingesta de verduras y frutas.		
a.		
b.		
Actividad física.		
a.		
b.		
Hábito tabáquico.		
a.		
b.		
Actitud frente a fumadores		
a.		
b.		
Elaboración conjunta con el paciente/usuario de un "Plan de Acción de Cambio de Hábito", (según la EC en que se encuentra).		
1. Ingesta de verduras y frutas.		
2. Hace actividad física?		
3. Hábito tabáquico: FUMA		
4. Actitud frente a fumadores.		
Evaluar el "Plan de Acción" en cada control, según:		
• Cumplimiento de los compromisos acordados.		
• Evolución hacia la fase siguiente.		
• Retroceso desde la última visita, (recaida).		
Analizar las causas de retroceso y:		
• retomar el proceso?		
• Abandono del "Plan..."		

CONCLUSIONES:

REFERENCIAS

- 1 Bimbela, J.L. (s/a) El Counselling: una tecnología para el bienestar del profesional. Anales del Sistema Sanitario de Navarra, Vol. 24, Supl.2, pp. 32 - 42.
- 2 Cleries, X. Y Kronfly, E. El aprendizaje de habilidades de comunicación por parte de profesionales sanitarios: reflexiones a partir de diversas experiencias. Rev. Educación Médica, Vol. 3, Número 1, pp. 9 -18; 2000
- 3 Bellón, J.A., Martínez, T. La Investigación en Comunicación y Salud. Una perspectiva nacional e internacional desde el análisis bibliométrico. Rev. Atención Primaria, Vol. 27: 452 – 458; 2001.
- 4 Borrelli Carrió F., Epstein R. La Conferencia Internacional de Comunicación y Salud de Barcelona 2000. Un paso más en la dirección correcta. Rev. Atención Primaria, Vol. 27: 449 – 451; 2001.
- 5 Bimbela, J.L. (1995) Cuidando al cuidador. Counseling para profesionales de salud. Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada
- 6 Prochaska, J. Why don't they stay changed? Can J Cardiol, Vol 11: 20-25; 1995
- 7 Nolan, R. How can we help patients to initiate change? Can J Cardiol 11: 16 – 19; 1995
- 8 Green, L.W. What can we generalize from research on patient education and clinical health promotion to physician counselling on diet? European Journal of Clinical Nutrition 53: S10 – S18; 1999.
- 9 Kolb, D., Rubin, I., McIntyre, J. (1974) Psicología de las organizaciones. Experiencias. Ed. Prentice, Ciudad de México
- 10 Bosch, J. M., Cebrià, J. La Señora Pesáez en el país de los espejos de la atención primaria. Formación Médica Continuada. Vol 6: 451, 1999
- 11 Prados, J. A., Cebrià, J., Bosch, J. M. Comunicación centrada en el paciente: una aplicación a la clínica. Formación Médica Continuada. Vol. 7: 83, 2000
- 12 Guía para ayudar a promover una alimentación saludable. Publicaciones PAPPS. Guías de educación sanitaria. www.papps.org

