

Herramientas para una intervención realista e inmediata que promueva la educación para la salud respecto al VIH en el ámbito penitenciario

JL Bimbela

Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada.

1. BUENAS FOTOGRAFÍAS ANTES DE INTERVENIR

Para poder llevar a cabo una intervención realista e inmediata que promueva la educación para la salud, se necesita realizar un buen diagnóstico previo, una buena fotografía que permita identificar los factores que influyen en la realización o no de determinada conducta, en el caso que nos ocupa respecto al VIH en el ámbito penitenciario. La cámara fotográfica que permitirá realizar dichas fotografías es el modelo PRECEDE (de LW Green, adaptado por JL Bimbela).

Cabe destacar, de entrada, que el modelo PRECEDE es útil tanto para la realización de «diagnósticos individuales» (para saber las causas por las que Juan R. abandona el tratamiento después de 2 semanas, por ejemplo), como para «diagnósticos grupales» (para conocer los factores que explican por qué el grupo de internos del módulo 2 no acude a los talleres de sexo más seguro, por ejemplo).

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

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

- a. La *información* (lo que sabe el interno, lo que no sabe, los errores en lo que cree saber, etc.) en relación con la conducta que se esté analizando.
- b. Las *actitudes*, incluyendo además de sus opiniones respecto a la propia conducta analizada, aspectos tales como si «se siente o no en riesgo», si «se siente o no capaz de realizar dicha conducta»

o si «considera la conducta preventiva propuesta como verdaderamente eficaz para evitar ciertas consecuencias».

- c. Los *valores y creencias*, tanto en relación con las prácticas que se quieren modificar o eliminar como en relación con las que se quieren promover (¿cómo «vive» el hecho de tener que tomar 12 pastillas al día en un tratamiento antirretroviral?, ¿cómo «valora» las relaciones sexuales sin penetración?).

Es importante investigar tanto los predisponentes de los internos que no realizan la conducta analizada, para poder modificarlos, como los predisponentes de los internos que ya la realizan, para poder reforzarlos y, además, obtener argumentos pro-conducta que pueden ser facilitados a la población que no los tiene.

2. Los factores facilitadores tienen que ver con las habilidades y recursos con los que cuenta el individuo o el grupo para realizar la conducta concreta que se analiza (que se diagnostica):

- a. Las *habilidades* para:
 1. Realizar la conducta (habilidades del tipo: organizarse recordatorios para tomar la medicación en el momento adecuado, realizar prácticas sexuales sin penetración, colocar un condón, etc.).
 2. Incidir en el entorno a fin de prevenir y/o modificar acciones del mismo que sean contrarias a dicha conducta (habilidades del tipo: negociar con la pareja el tipo de método preventivo a utilizar en las prácticas sexuales, etc.).
- b. La *existencia y accesibilidad de instrumentos* (condones, lejía, jeringuillas estériles, bebidas sin alcohol, alimentos dietéticos, etc.) y *centros con sus*

respectivos profesionales (la enfermería, la biblioteca, los profesionales sanitarios, los educadores, los maestros, etc.) que puedan facilitar la realización de la conducta.

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

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

- La *respuesta de los agentes-clave* del medio (pareja, familia, grupo de iguales, profesionales socio-sanitarios).
- La *respuesta del propio individuo o grupo* (reconociéndose, o no, los logros obtenidos).
- Los *beneficios/perjuicios físicos*: placer, comodidad; tanto de la conducta que el profesional intenta promover como de la/s conducta/s que está intentando modificar o eliminar.
- Las *consecuencias tangibles*: beneficios económicos, ahorro de costes; tanto de la conducta que el profesional intenta promover como de la/s conducta/s que está intentando modificar o eliminar.

2. UN EJEMPLO DEL MODELO PRECEDE

El modelo PRECEDE es un instrumento de diagnóstico conductual, y por tanto, el primer paso para su aplicación es identificar la conducta que se quiere analizar. Cuanto más concretamente se formule la conducta, más eficaz será el diagnóstico, más nítida la fotografía. El segundo paso es identificar el individuo o grupo al que se dirige la intervención (la población diana). También en este caso a mayor concreción, mayor eficacia en el diagnóstico. Una vez identificadas la conducta y la población diana, se trata de preguntar, observar y analizar en la población diana y su entorno, aquellos factores que el modelo sugiere. Es recomendable para agilizar el diagnóstico final (por aquello de que «un problema bien planteado ya está medio resuelto»), situar las respuestas y observaciones en dos listas paralelas: lista (+): todo aquello que vaya a favor de la realización de la conducta que se está analizando, y lista (-): todo aquello que vaya en contra de la realización de la conducta que se está analizando.

A continuación se presenta un ejemplo de aplicación del modelo.

Conducta a analizar: Tomar adecuadamente la medicación antirretroviral.

Población diana: Grupo de internos VIH+ del módulo 4.

Factores Predisponentes (todo aquello que los internos saben, conocen, piensan, opinan y creen respecto al tema en concreto):

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

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

Lista (-): En contra de la toma adecuada:

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

Factores Facilitadores (habilidades y recursos —humanos y materiales— que inciden en la conducta analizada):

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

- Tienen habilidades para organizarse recordatorios a fin de no olvidar el momento de las tomas.
- Existen profesionales formados y motivados para promover la adhesión terapéutica.
- Los fármacos se dispensan gratuitamente.
- La accesibilidad a servicios y profesionales es alta.

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

- Cantidad y frecuencia de las tomas es elevada.
- Algunos compañeros (otros internos) tienen una actitud negativa.
- Los ritmos horarios del centro (comidas) dificultan el seguimiento correcto de ciertas pautas.

Factores Reforzantes (consecuencias derivadas de la realización de la conducta):

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

- Los profesionales del centro (socio-sanitarios, educadores, etc.) que le felicitan por sus esfuerzos y sus logros respecto a la toma de medicación.
- Algunos compañeros (otros internos) le comentan: «Joder, cómo has mejorado, tío».
- Resultados excelentes en las pruebas analíticas.
- Aumenta su autoestima.

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

- Algunos compañeros (otros internos) se burlan de él.

- Efectos secundarios de la medicación.
- Cansancio (¡tantas pastillas y para siempre!).

3. INTERVENCIONES DE TECNOLOGÍA PUNTA

Una vez realizada la fotografía de los factores que influyen en la conducta, a través del modelo PRECEDE, llega el momento de intervenir. Como el insigne epidemiólogo J. Mann recordaba hace unos años: “Tendríamos que aceptar que el comportamiento del ser humano es mucho más complejo que cualquier virus”. Esa complejidad hace que cualquier intervención dirigida a influir en los comportamientos de los internos pueda ser calificada de verdadera “tecnología punta”; en el sentido de representar un reto difícil y, además, necesitar para su éxito de esfuerzo, entrenamiento y “mimo”.

La comunicación será la herramienta básica a utilizar para el logro de una eficaz intervención educativa posterior al diagnóstico de conductas. Por ello, es muy importante: a) cuidar tanto el nivel verbal de la comunicación (“la letra”) como el nivel no-verbal (“la música”); y b) entrenar, a fondo, el uso de ciertos verbos clave: concretar objetivos, preguntar (sobre conocimientos, dudas, temores, preocupaciones, expectativas, deseos, etc.), escuchar (activamente), empatizar (también activamente), sintetizar (las ideas y conceptos fundamentales), retroalimentar (durante todo el proceso de interacción) y reforzar. El tema de la comunicación tiene una larga tradición en la formación de los profesionales socio-sanitarios, por ello no se va a profundizar especialmente en este apartado, y sólo van a ofrecerse algunas sugerencias para evitar uno de los mayores riesgos cuando se habla de comunicación con el interno: Comunicarse de forma no-sincera; esto es, de una forma que podría denominarse “teatral”. Para hacer teatro ya existe una maravillosa profesión. Distinta, desde luego, a la tarea a la que se dedican los profesionales de la salud en un centro penitenciario. Un profesional socio-sanitario puede “hacer teatro”, excepcionalmente, un día ante una determinada situación; pero es insostenible, insufrible una “actuación” continua. Si el profesional se siente obligado a “interpretar” con asiduidad (con el desgaste y descrédito que ello conlleva) puede ser a causa de no haber reflexionado a fondo sobre tres preguntas claves:

- a) *¿Cuál es realmente el objetivo del profesional cuando se comunica con los internos?:*
 ¿Impresionarlos? ¿Dejar bien claro que en la consulta es el profesional quien manda? ¿Demostrarles

que estuvo en el último Congreso Nacional de SIDA? o, por el contrario, ¿facilitar cambios de conducta y motivar la toma de decisiones del interno?

- b) *¿Cuáles son las ventajas que el profesional obtiene al ejercer los citados verbos claves de la comunicación? ¿Quién es el primer (y gran) interesado en obtener información fiable para poder intervenir más eficazmente?, ¿qué obtiene el profesional empatizando con el interno, por ejemplo?*
- c) *¿Cuáles son las ventajas que el propio profesional obtiene cuando se comunica de esa manera con el interno (preguntando, escuchando, empatizando) y no de otra más “unidireccional”?*

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

- Empatía global (poco útil): “Te entiendo, te comprendo”
- Empatía concreta (muy útil): “Entiendo que te parezca complicado acordarte cada día de tomar...”

Los riesgos de la empatía global son varios: además de sonar “teatral” (con la consiguiente pérdida de credibilidad), es tan inespecífica que no aclara qué es lo que realmente se entiende y fácilmente puede “volverse en contra”: “¿cómo lo va usted a entender, doctor. Yo sí tengo el VIH, y usted no!”.

La empatía concreta evita, por una parte, esos riesgos y consigue, por otra, los objetivos motivadores y facilitadores de la comunicación que busca la empatía. Es por ello mucho más eficaz.

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

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

- a) En el caso de la empatía: ¿qué es lo que realmente puedo entender/comprender de lo que me dice, de lo que hace el interno? Si la respuesta es “nada”,

la sugerencia metodológica es que mejor no se intente empatizar teatralmente (como si...). No es obligatorio empatizar y, desde luego, tiene peores consecuencias para la comunicación con el interno el hecho de “sonar falso” que simplemente no empatizar en ese momento.

- b) En el caso del refuerzo, cabe preguntarse: ¿qué es lo que realmente encuentro reforzable de lo que dice, de lo que hace el interno? Si no se encuentra “nada”, mejor no intentar un refuerzo teatral (como si...). Reforzar no es obligatorio y tiene peores resultados el hecho de “sonar falso” que el hecho de no reforzar ocasionalmente.

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

4. UN BUEN EJEMPLO

Desde el año 1999, la Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP) está llevando a cabo con la Dirección General de Instituciones Penitenciarias (DGIP) el proyecto “Promoción de conductas saludables, respecto al VIH, a través de grupos de iguales” en los centros penitenciarios (CCPP) de Jerez (Cádiz), El Puerto 2 (Puerto de Santa María, Cádiz), Albolote (Granada) y Huelva. Dicho proyecto de intervención consta de tres fases. En la primera de ellas, profesionales de los respectivos centros penitenciarios (médicos/as, enfermeros/as, psicólogos/as, educadores, maestros/as, trabajadores/as sociales, y funcionarios/as) han sido capacitados por docentes de la EASP en el uso de los diversos instrumentos de diagnóstico conductual y de comunicación comentados en la presente ponencia, aplicados en este caso a tres conductas fundamentales en el tema VIH: adhesión al tratamiento, sexo más seguro y consumo (de drogas) de menos riesgo. En la segunda fase, los profesionales de los CCPP capacitados han seleccionado, captado, motivado y están ahora formando a miembros del colectivo de internos de cada CP en la aplicación de los mismos instrumentos citados, a fin de que en la última fase del proyecto, la fase 3, los propios internos

capacitados en la fase 2, desarrollen eficazmente la función de agentes de salud promoviendo la educación para la salud respecto al VIH en el ámbito penitenciario.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bayés R. SIDA y psicología. Barcelona: Martínez Roca, 1995.
2. Bayés R. Adhesión terapéutica en VIH/SIDA. Publicación Oficial de la Sociedad Española Interdisciplinaria del SIDA. 1998; 9(3): 193-194.
3. Bimbela JL. El modelo PRECEDE y su aplicación en el ámbito de la sexualidad y la promoción de la salud. En: Bimbela JL (ed.). Sexualidad y salud (RAPS;4). Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 1995.
4. Bimbela JL. Cuidando al cuidador. Counseling para médicos y otros profesionales de la salud. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 1998 (3ª ed., 1ª reimpresión).
5. Cipolla C. Allegro ma non troppo. Barcelona: Grijalbo Mondadori, 1996.
6. Contreras A, Clavero G, Casas J. Barreras de comunicación con el paciente VIH+ percibidas por el personal sanitario. Gaceta Sanitaria 1995; 47(9): 91-100.
7. García-Huete E. Aprender a pensar bien. Madrid: Aguilar, 1998.
8. Goleman D. Inteligencia emocional. Barcelona: Kairós, 1996.
9. Green LW, Kreuter MW. Health Promotion Planning. An Educational and Environmental Approach. Palo Alto, CA: Mayfield, 1991.
10. López R. El sida, entre rejas. Diario IDEAL. Suplemento Panorama, 25 de junio de 2000.
11. Muñoz P. El médico de AP reclama formación en habilidades. Diario Médico, 20 diciembre 1996, 5.
12. Simpson M, Buckman R, Stewart M, Maguire P, Lipkin M, Novack D et al. Comunicación médico-paciente: el informe de consenso de Toronto. BMJ (ed. esp.) 1993; 8(1): 40-45.

