

DIABETIS AVUI



TÉCNICAS DE SOPORTE EN LA RELACIÓN TERAPÉUTICA CON NUESTROS PACIENTES: UNA MIRADA CALIDOSCÓPICA

Josep Maria Hernández Anguera y Enric Aragonés Benaiges

Atenció Primària ABS Falset i Constantí, ICS Camp de Tarragona

Hospital Universitari de Tarragona Joan XXIII

C/ Dr. Mallafrè Guasch, 4. Tarragona



jmhernandez.tarte.ics@gencat.cat

PRÓLOGO

El texto y el contenido de este documento están orientados fundamentalmente a mejorar nuestra comunicación con personas afectas de una enfermedad crónica como la diabetes y, por ende, con las connotaciones y los condicionantes que este hecho supone para la relación terapéutica que pretendemos establecer. Los autores desean que los contenidos y métodos que se describen puedan ser de utilidad personal para todos nosotros en nuestro día a día personal, social, laboral y familiar.

INTRODUCCIÓN

Al igual que la relajación es un estado y los métodos para alcanzarla son diversos, las habilidades en comunicación interpersonal facilitan y condicionan la relación terapéutica con nuestros pacientes, una comunicación que puede ser abordada mediante distintos modelos de aproximación.

Todas las sociedades científicas coinciden en la participación activa del paciente que presenta una enfermedad crónica, en el afrontamiento de su enfermedad y en la recomendación de centrar e iniciar nuestra intervención en las necesidades más “sentidas” por el paciente ^{1,2}.

A menudo, nuestras actitudes y motivaciones ante la diabetes no coinciden en el grado de valoración que tienen nuestros pacientes respecto a distintos aspectos de esta enfermedad. Estas diferencias aparecen incluso entre los distintos estamentos sanitarios que los atienden (médicos, enfermería, farmacéuticos, etc.) ^{3,4}.

En este proceso nuestra capacidad de observación es básica. Dirigir la mirada tanto hacia uno mismo como al exterior nos ha de permitir una aproximación holística hacia un conocimiento personal y ajeno más profundo. Técnicas como el yoga han demostrado su eficacia en el tratamiento de la diabetes y sus complicaciones ⁵, y las clases de arte han demostrado también su capacidad para mejorar las habilidades de observación en estudiantes de Medicina ⁶.

Si añadimos a ello las distintas etapas familiares y personales que podemos atravesar en las fases del duelo en el momento del diagnóstico de la enfermedad, las creencias, los sentimientos, el entorno familiar y laboral, la resiliencia y las diferencias culturales de cada persona, tenemos ante nosotros un panorama siempre cambiante que nos resitúa ante un reto distinto y continuo.

Por lo tanto, parece necesario un complemento a nuestra formación biomédica en aspectos didácticos y psicopedagógicos que nos permita mejorar la comunicación con nuestros pacientes en pro de mejorar los objetivos terapéuticos que acordemos.

Es una obviedad que no educamos a nadie, que más bien “facilitamos” y/o “acompañamos” al paciente en el proceso de aprendizaje del manejo de su enfermedad, los conocimientos, las habilidades y los criterios de conducta, y en la toma de decisiones.

La decisión final (*locus of control*) sobre los cambios de actitud y conducta que resulten de nuestra intervención respecto a la enfermedad que padece nuestro paciente recaerán mayoritariamente en él ⁷.

La percepción de nosotros mismos está mediada por dos tipos de “miradas”: la **interna** y la **externa**. Ambas influyen en nuestras creencias, actitudes y conducta, y forman parte de la base de nuestra personalidad.

En el acercamiento a nuestros pacientes no debemos olvidar que, en la comunicación verbal y no verbal entre ambos, esta percepción personal condiciona el diálogo y los acuerdos a los que podamos llegar. El hecho de identificarnos en exceso con nuestros pensamientos y sentimientos nos sitúa en una “plataforma emocional fija” que puede dificultar el acercamiento a la “plataforma” de nuestros pacientes.

Un mismo hecho o suceso provocará distintas emociones, siempre subjetivas, que podemos definir como los estados afectivos que experimentamos ante lo que nos rodea, y que tienen una función fundamental adaptativa.

“Una de las claves para afrontar adecuadamente una crisis es que los implicados se sientan competentes para poder afrontarla y adaptarse a la nueva situación (percepción de autoeficacia). Este elemento es clave.

En situaciones de crisis tenemos que conseguir dirigir el pensamiento hacia reflexiones positivas, ventajas, habilidades y apoyos, ya que los pensamientos negativos nos embarcan en una espiral de la que es difícil salir, y nos generan miedos y sentimientos negativos que nos impiden afrontar la realidad de forma objetiva, aumentando además la dificultad de emprender acciones de adaptación positiva.

Esto no implica ignorar los pensamientos negativos para atender los positivos: implica apoyarnos en los positivos y detectar los negativos para, sin juzgar a la persona, racionalizarlos y movilizar recursos que permitan que el paciente se sienta capaz (autoeficacia) de superar con éxito los cambios.”

Francisco J. Hurtado

“La gente se perturba, no por los acontecimientos, sino por su opinión sobre los acontecimientos”

Epicteto (Siglo I a. C.)

Existen diferentes clasificaciones de las **emociones básicas**. El núcleo de Psicólogos que integran parte del Grupo de Educación Terapéutica de la *Sociedad Española de Diabetes* (SED; G. Peralta, M. López, I. Lorente y F.J. Hurtado) identifican 10 (**Tabla 1**). Descubrir el “sentimiento principal en el presente” de nuestros pacientes nos permitirá un acercamiento empático facilitador de acuerdos.

Tabla 1: Emociones básicas según los psicólogos del Grupo de Educación Terapéutica de la SED.

<p>Ira / Hostilidad / Enfado Violencia, enojo, furia, cólera</p>	<p>Miedo Percepción de peligro, daño o amenaza</p>
<p>Ansiedad Nerviosismo, intranquilidad, angustia</p>	<p>Amor / Cariño / Felicidad Sensación de plenitud, goce y realización</p>
<p>Sorpresa Asombro, reacción por algo imprevisto</p>	<p>Alegría Sentimiento placentero, actitud constructiva y positiva</p>
<p>Confianza Sentirse capaz, con seguridad, esperanza</p>	<p>Asco Fuerte desagrado y disgusto</p>
<p>Pena / Tristeza Abatimiento, deseo de llorar, melancolía, angustia</p>	<p>Remordimiento / Culpa Emociones por sentir que no se ha actuado convenientemente</p>

En todo proceso de aprendizaje hay una emoción asociada. La capacidad de recuerdo va ligada a la intensidad de la emoción asociada, de manera que en el proceso de aprendizaje de nuestros pacientes debemos preguntarnos qué tipo de emociones están presentes y si estas favorecen o entorpecen su aprendizaje.

Los pensamientos y las emociones que nos pueden hacer sentir bien y favorecer nuestra capacidad de aprendizaje son las emociones positivas que

nos estimulan “a ampliar y construir recursos” (Bárbara Fredrickson, 2000). El “aprendizaje lúdico” tiene en cuenta el sentido del humor y por lo tanto reduce el miedo y la ansiedad, aumenta la interacción y la participación, y genera y favorece la relación “discere-docere”, potenciando una buena relación terapéutica. El humor reduce el estrés y el temor a la frustración, el fracaso y las emociones negativas (Fernández Solis, 2011). El uso de un humor respetuoso favorece la risa y la sonrisa como elemento placentero asociado al aprendizaje (Mobbs, 2003).

En cualquier caso, no existen emociones negativas y emociones positivas: existen emociones **adecuadas** o **inadecuadas** que nos permitirán adaptarnos mejor o peor a la realidad circundante.

Un claro ejemplo de la relación cuerpo-mente en el caso que nos ocupa es el estatus depresivo. La **depresión** incrementa el riesgo de desarrollar diabetes tipo 2 (DM2) en un 37% ⁸ y, a su vez, el riesgo de desarrollar depresión se incrementa en pacientes con DM2 de forma que se duplica la prevalencia de depresión respecto a la población no diabética ^{9,10}. Los mecanismos subyacentes a esta relación bidireccional no son completamente conocidos, pero parece que se establecen a diversos niveles, incluyendo mecanismos fisiopatológicos y etiológicos comunes ¹¹, y, de forma muy relevante para la práctica clínica, aspectos conductuales y hábitos vitales ¹².

La diabetes es una enfermedad crónica que precisa para su control la implicación activa del paciente en el manejo de su enfermedad y sus dificultades, incluyendo la adherencia a tratamiento y los imprescindibles cambios en los hábitos de vida. La **depresión** complica los aspectos terapéuticos en este tipo de pacientes: los pacientes con depresión son más sedentarios ¹³ y se complica el cumplimiento del tratamiento ¹⁴. La autoeficacia en relación al manejo de la propia salud es menor que en los pacientes sin depresión. Debemos tener en cuenta estas dificultades cuando diseñemos un plan terapéutico para el paciente con esta comorbilidad, reforzando adecuadamente los mensajes y el soporte, buscando su cooperación activa hasta donde sea posible y razonable, estableciendo alianzas, e implicando en el proceso terapéutico familiares y otras personas próximas al paciente.

Aún a sabiendas de que hay una proporción variable de pacientes con depresión no identificados y, por lo tanto, inadecuadamente diagnosticados ¹⁵, en general no se recomienda el cribado sistemático de la depresión ¹⁶. Sin embargo, teniendo en cuenta la estrecha relación depresión-diabetes y la influencia que puede tener la depresión en los resultados clínicos, se puede

plantear un cribado de depresión en esta población ¹⁷ o, si más no, tener en cuenta la posibilidad de una depresión subyacente que deberíamos investigar activamente en aquellos pacientes con un empeoramiento del control de la glucemia o las conductas relacionadas con la enfermedad, sea el abandono de la dieta, la mala adherencia a tratamiento, el mal cumplimiento de las visitas, o similares.

No sólo debemos percibir cuál es la principal “demanda” o preocupación del paciente al iniciar la relación terapèutica: aspectos tales como adaptar nuestro lenguaje a su nivel y conocer su situación socioeconómica son también relevantes. Steele y colaboradores ¹⁸ ponían de manifiesto la necesidad de adaptar los aspectos educacionales en la DM2 del adulto contemplando esta variable, poniendo el mismo énfasis tanto la *American Diabetes Association* (ADA) como el grupo australiano i la propia *International Diabetes Federation* (IDF) ¹⁹⁻²¹. Si aunamos esta necesidad con el impacto que el lenguaje que usemos tendrá en la relación que establezcamos con nuestros pacientes, deducimos porqué el Manual de Estilo de la *American Medical Association* (AMA) nos propone entre sus recomendaciones un estilo de comunicación centrado en el paciente, que utiliza la escucha activa, indaga sus preferencias y creencias, y evalúa su alfabetización y las barreras potenciales que limiten el autocuidado (**Tabla 2**) ²¹.

Tabla 2: Recomendaciones de la AMA en materia de comunicación sanitario-paciente.

Usar un lenguaje que:
1) Es neutral, no juzga, y está basado en hechos, acciones, o la fisiología / biología
2) Está libre de estigmas
3) Está basado en las fortalezas, es inclusivo y da esperanza
4) Promueve la colaboración entre pacientes y proveedores
5) Está centrado en la persona

Nos es imposible no comunicarnos. En esta forma de interacción se producen los procesos de aprendizaje, que llamaremos “educar” cuando esten orientados a promover la adquisición de conocimientos, habilidades y actitudes positivas.

La diabetes es el paradigma por excelencia de enfermedad crónica. Como tal, los estudios realizados confirman unas tasas de adherencia del 50%, similar a otros procesos crónicos ²². La *Organización Mundial de la Salud* (OMS) define la **adherencia** como la “medida en que la conducta del paciente, en relación

con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta, o la modificación de sus hábitos de vida se corresponden con las recomendaciones “acordadas” con el profesional sanitario” ²³. La mayoría de los estudios en el campo de las enfermedades crónicas contemplan el grado de adherencia al tratamiento farmacológico, olvidando otros aspectos relevantes, como la modificación de hábitos de vida y el seguimiento de la dieta que, en el caso de la diabetes, adquieren un papel fundamental.

Para comprender bien este entorno debemos definir también otros dos aspectos, el **incumplimiento** y la **persistencia**:

- ✓ El término **cumplimiento** / **incumplimiento** se asocia con un tipo de conducta de obediencia respecto a las recomendaciones sanitarias. No se usa habitualmente debido a las connotaciones peyorativas que se le atribuyen (no refleja un “acuerdo pactado” entre el paciente y el sanitario).
- ✓ La **persistencia** vendrá definida como el grado de permanencia en relación al tiempo en que dicha adherencia se mantiene.

Las personas diabéticas “no adherentes” presentan una mayor morbimortalidad, tanto si están en tratamiento con fármacos orales como si utilizan insulina ²⁴⁻²⁷. De entre los factores descritos, entre los que van a influir en el grado de adherencia de un paciente, la comunicación paciente-sanitario se reveló como el más básico de todos (**Tabla 3**).

Tabla 3: Factores relacionados con la baja adherencia.

El paciente:	Edad, entorno social, cultural, personalidad, aspectos psicológicos (depresión), enfermedades concomitantes, cansancio, desmotivación, etc.
La medicación:	Efectos colaterales o adversos, pauta de dosificación, coste económico, complejidad, etc.
La enfermedad:	Patología crónica, necesidad de cambio de hábitos y estilo de vida, falta de información de la propia enfermedad y las consecuencias de la falta de adhesión, enfermedades concomitantes, seguimiento inadecuado, enfermedad asintomática, etc.
El entorno sanitario:	Falta de tiempo, deterioro de la comunicación sanitario-paciente, falta de confianza en el sanitario, informaciones “discordantes” del equipo sanitario que le atiende, etc.

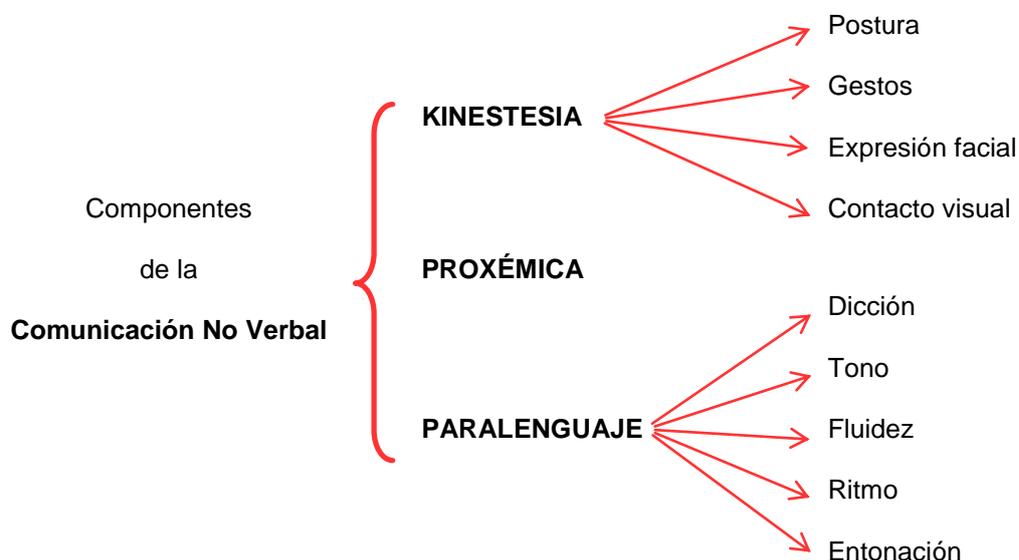
Las habilidades psicopedagógicas y comunicacionales del educador, así como el “centrar” el proceso en el educando, en sus conocimientos, habilidades,

actitudes y aspectos socioculturales previos, llevarán a escoger una “estrategia” y una metodología educativa adaptada a él.

El aprendizaje relacionado en la salud es un proceso de adquisición de conocimientos (“**saber**”) y habilidades (“**saber hacer**”) que pueden producir cambios prolongados en la comprensión, la forma de pensar, las creencias, actitudes y comportamientos (“**saber ser**”). Este debe facilitar, por lo tanto, la adquisición de conocimientos y habilidades, favoreciendo la autonomía y la autogestión del paciente delante de la enfermedad, induciendo cambios de comportamiento ²³.

Albert Mehrabian nos advierte que de los componentes de un mensaje **sólo** el 7% es verbal, un 38% es vocal (tono, matices y otras características) y el 55% corresponde al lenguaje no verbal (señales y gestos): “El componente verbal se utiliza para comunicar información y el no verbal para comunicar estados y actitudes personales”. Los componentes esenciales de la comunicación no verbal (kinestesia, proxémica y paralenguaje) están descritos en la **Tabla 4**.

Tabla 4: Componentes esenciales de la comunicación no verbal.



Todos recordamos aquel aforismo que reza:

*“Escucho y olvido;
veo y recuerdo;
hago y entiendo”*

Benjamin Franklin (1706-1790)

De ahí la ingente necesidad de formarnos y adquirir habilidades psicoeducativas que nos ayuden a mejorar y ampliar nuestra percepción, permitiendo escoger la estrategia o metodología comunicacional / educativa que se adapte mejor a cada paciente.

Un primer paso en este sentido vino de la mano de Jean-Philippe Assal y Anna Lacroix, explicando cómo pasar de un modelo de medicina “tradicional” a un modelo que daba la máxima relevancia al paciente, que lo colocó por primera vez en el centro del modelo ²⁸. La lectura de ese libro es totalmente recomendable y perfectamente vigente en la actualidad.

MODELOS O TÉCNICAS DE SOPORTE A LA COMUNICACIÓN

1. Entrevista Motivacional (EM):

De todos los modelos de aproximación que vamos a describir este es sin duda el mejor conocido en el ámbito sanitario. El modelo de EM deja claro que el motor principal del cambio en la conducta del paciente no reside tal y como podríamos creer en su **voluntad**, sino en su **motivación**. De esta forma, la EM explica la “Rueda del Cambio” de Prochaska y DiClemante (1992): Fases precontemplativa, contemplativa, determinación, cambio, mantenimiento del cambio y recaída (si la hay). A diferencia del **Modelo Informativo (MI)**, que da consejo de experto, que intenta persuadir, repite los consejos, actúa con autoridad y es rápido, el **Modelo Motivacional (MM)** estimula la motivación, favorece el posicionamiento, resume los puntos de vista del paciente, tiene una aproximación colaboradora y es de aplicación progresiva. Contempla que la motivación puede ser “interna” o “externa” (p.e. *José quiere adelgazar porque su hijo se casa*). Pone énfasis en la comunicación verbal y no verbal; da importancia al “clima” de la entrevista y valora el aspecto intelectual, emocional y conductual del paciente, y no olvida la escucha activa y reflexiva. El MM debe valorar el sentimiento de vulnerabilidad del paciente respecto a su problema de salud, incluida la severidad percibida, así como indagar en los beneficios derivados del cambio de conducta. El MM tiene presente la percepción de barreras al cambio: indagar y percibir el locus control del paciente es básico para fomentar la autoconfianza y expectativas de autoeficacia. El motor del cambio será la motivación. De este modo, el MM utilizará la técnica de sumario, reestructuración positiva, abogado del diablo, preguntas evocadoras, señalamiento, y etcétera. Para ello se trabaja la **ambivalencia** (balanza entre aspectos positivos y negativos), la disonancia cognitiva y la reactancia psicológica ^{29,30}.

En [este enlace](#) se puede acceder a un test de escucha activa y hacer una valoración personal de la misma. En la **Tabla 5**, Borrell y colaboradores describen las fases y tareas de la EM, que, de forma resumida, se basa en 5 aspectos:

1. Expresar empatía
2. Desarrollar la discrepancia
3. Evitar argumentar
4. Trabajar las resistencias
5. Dar soporte a la autoestima y la autoeficacia

Tabla 5: Fases y tareas de la EM según Borrell y colaboradores.

Fase:	Tareas:
POSICIONAMIENTO	Priorizar Estadiar Elaborar mapa de creencias Elicitar: Locus de control Ambivalencia Trabajar contradicciones Evitar resistencias Aumentar autoeficacia Trabajar la automotivación
REFLEXIÓN	Incrementar el conflicto y/o las contradicciones
ACCIÓN	Verbalizar el compromiso del cambio Desarrollar un plan de actuación conjunto
MANTENIMIENTO	Prevención de recaídas
RECAÍDA	Incrementar la autoestima y la autoeficàcia Proporcionar Feed-back

2. Programación Neuro Lingüística (PNL):

En su propia definición, este modelo nos explica que todas las personas acabamos **programando** consciente o inconscientemente un “patrón de conducta” (en base a la experiencia diaria). Este es **neuronal**, dado que nuestro comportamiento es también el resultado de los procesos neurológicos que se suceden en nuestra red neuronal. Es también **lingüístico**, dado que es la expresión o el eco de nuestro instrumento de comunicación verbal o no verbal ³². En el prefacio del libro de Ready y colaboradores, *PNL para Dummies* ³², los autores proponen una leyenda sufí sobre un hombre que, perseguido por un tigre hambriento, se dio la vuelta para enfrentarse a él y le gritó: “¿Por qué no me dejas en paz?”, a lo que el tigre replicó: “¿Por qué no dejas tú de parecerme tan apetitoso?”.

Los pilares del modelo PNL se fundamentan en cuatro aspectos:

- a. **Compenetración** o “rapport”, o cómo construir una buena relación con los demás y contigo mismo.
- b. **Conciencia sensorial**, cuando el mundo es distinto cuando utilizas todos los sentidos para observarlo.
- c. Pensar “en resultados”, o cómo **pensar en lo que quieres**.
- d. **Comportamiento “flexible”**, o cómo hacer las cosas de manera distinta cuando la forma en que lo hacemos no da resultados.

Entre otras cosas, la PNL distingue 3 canales de comunicación representativos: El **visual**, el **auditivo** y el **kinestésico**, mediante los cuales procesamos y expresamos nuestras emociones, percepciones y conductas. En el **Anexo 1**, bajo el epígrafe “**Un Pequeño Juego**”, le proponemos al lector un ejercicio que le servirá para identificar en qué proporción utiliza cada uno de ellos. Conocer y utilizar el canal preferencial de los demás nos permite una mejor comunicación con ellos: a una persona preferentemente kinestésica le “llegará” mejor una frase que implique verse en acción, a una visual le motivará más una frase que empiece con un “yo ya le veo a usted...”, y a un auditivo le encaja mejor “ya me parece escucharle a usted diciendo..., me suena, le escucho” (**Tabla 6**).

Todos hemos sonreído al ver u oír hablar de una serie de TV como “Miénteme”, donde el protagonista analiza la conducta de los demás guiándose en aspectos verbales y, sobretodo, en los no verbales (dónde dirige su interlocutor la mirada y ese tipo de cosas), donde se analizan microexpresiones faciales: en la serie el protagonista utiliza la PNL.

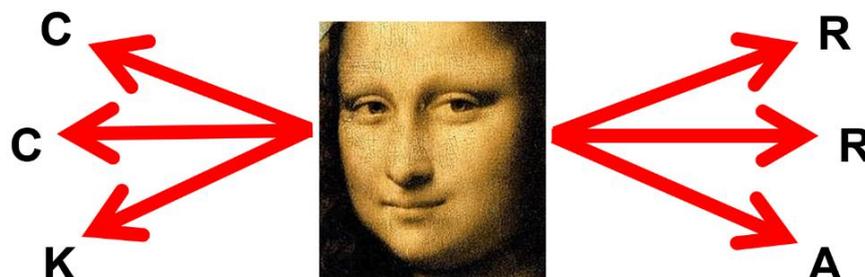
En las **Figura 1** y **Figura 2** se describe cómo podemos evaluar el componente visual. La observación de los movimientos involuntarios de los ojos permite conocer cómo organizamos el pensamiento.

Tabla 6: Predicados que se usan habitualmente en PNL.

VISUAL	AUDITIVO	KINESTÉSICO
VER	ESCUCHAR	SENTIR
Imagen	Me suena	Cojo la idea
Pantallazo	Mencionar	Cálido / acogedor
Aparecer	Me pregunto	Aburrido
Mirar / mirada	Estar a tono	Algo firme
Claro/brumoso	Resonante	Presionar/ Shock
Imaginar / enfocar	Remarcar	Apretar / ligero
Perspectiva	Gritar / Nota falsa	Conducir / frialdad
Prever / clarividente	Oral / hacerse eco	Llevar la corriente
Panorama / cliché	Soy todo oídos	Stress / acentuar
Apariencia	Hablar / oír voces	Insensible /cruel
Esclarecer	Decir / orquestado	Mueve / conmueve
Horizonte / pintoresco	Suena fuerte	Adormecido
Mostrar / Ilustrar	Sonidos	Mantener / tomar
Escena / lúcido	Lo he oído	Rudo / áspero
Observar	Vocal / armonía	Emotivo / Emoción
Ver la película	Discutir	Sólido / pesado
Mirar por encima	Te escucho	Tiene fuerza
Eso lo veo	Eso hará ruido	Suave / mullido
A primera vista	Oídos sordos	Pies sobre la tierra
Visiblemente	Estar al son que más baila	El corazón en la mano
Ver la vida de color de rosa	Prestar oídos	Estar al sol que más calienta

Todas las personas emplean los 3 sistemas representacionales a la hora de recibir, procesar y emitir la información. La proporción en la que se utilizan define nuestro sistema representacional preferido:

Figura 1: Evaluar el componente visual (I).



Visual construido (VC)

- AC** Sonidos o palabras construidas
- K** Sensaciones kinestésicas táctiles, viscerales, emotivas, sabores y olores

Visual recordado (VR)

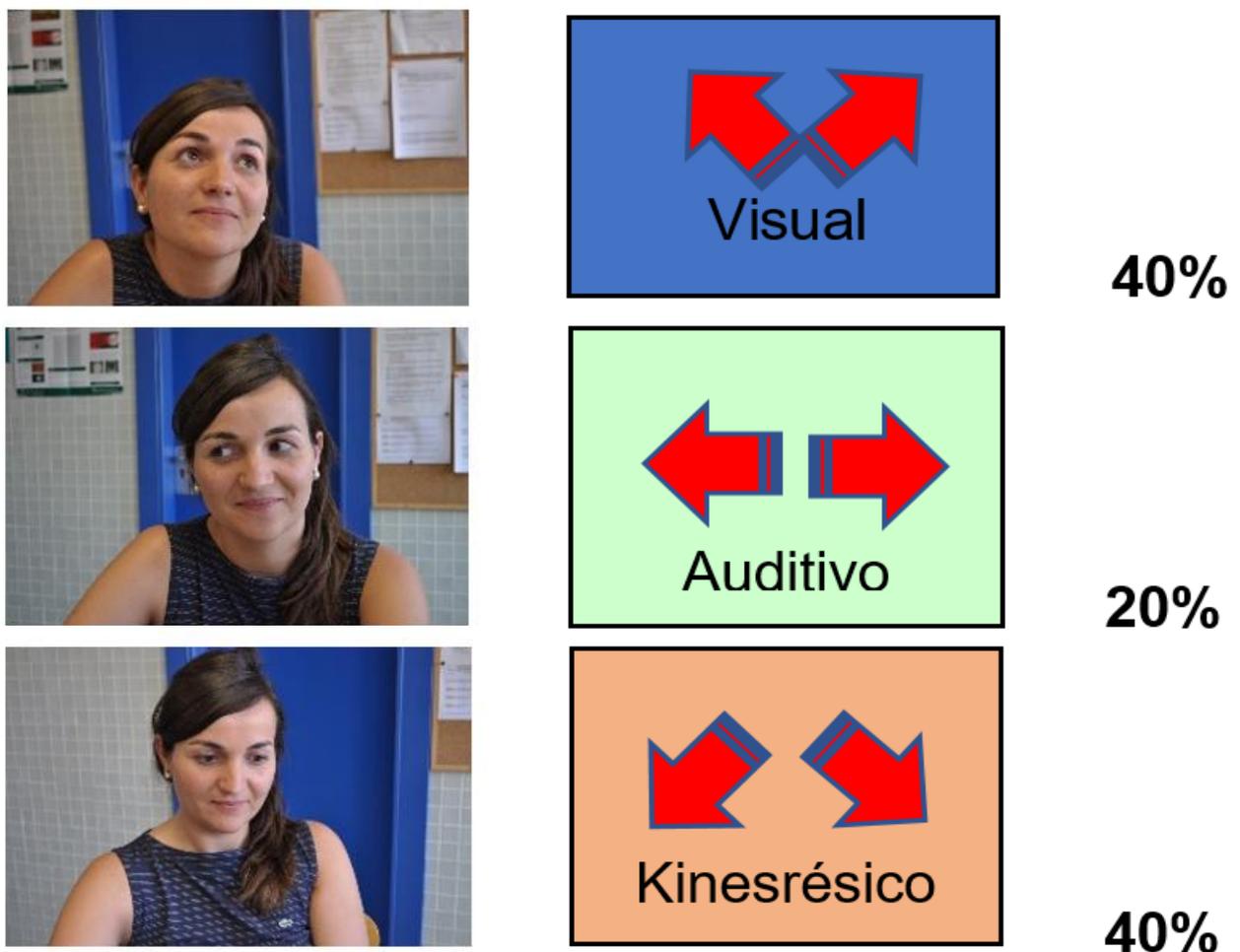
- AR** Sonidos y palabras recordadas
- A** Palabras o sonidos auditivos modalidad para hablar con nosotros mismos

En la PNL se le da mucho valor al tomar conciencia de las diferencias entre la mente consciente y la inconsciente: la mente inconsciente no trabaja asimilando lo negativo.

Por ejemplo: si le decimos a alguien que no piense en un elefante rosa, no dejará de pensar “en rosa”. Es más útil una frase en positivo que no contenga el elemento rosa en negativo, como “piense en un día azul”.

Si bien este método es atractivo y útil, no debemos **nunca** entender la conducta de los demás basándonos en la interpretación de uno de sus aspectos: **siempre** debemos procurar hacer una apreciación global de los mismos para minimizar el error de la apreciación personal.

Figura 2: Evaluar el componente visual (II).



3. Análisis Transaccional (AT):

El modelo de aproximación comunicacional que nos propone el AT se basa en las actitudes y los roles de los comunicantes. Los roles definidos en el AT son el de **Padre, Adulto e Hijo**. A su vez, y de forma muy esquemática, el rol de padre se divide en *Padre crítico* y *Padre nutricio*, y el del niño en *Niño adaptado* (sometido o rebelde) y *Niño libre*.

La actitud del sanitario va a condicionar la respuesta del paciente y viceversa. No obstante, definir las distintas actitudes no es fácil, dado que depende de la subjetividad del observador ³³. El influenciar o el ser influenciado en nuestras actitudes va a condicionar nuestra motivación y conducta. En la **Tabla 7** se describen de manera muy esquemática diferentes aspectos de cada rol ³³.

Tabla 7: Roles de la personalidad en el AT.

	Definición	Palabras	Tono voz	Expresión facial	Gestos	Postura corporal	Actitud general
Padre crítico	Conducta de firmeza, orden, prejuicios, autoritarismo	Deberías de, es ridículo	Crítico, Cortante, mofa	Cejas arrugadas, comisuras hacia abajo	Dedo acusador, brazos cruzados, manos en caderas	Tronco erecto	Moralista, autoritaria, mira desde arriba
Padre nutricio	Afectivo, ayuda a vivir, crecer, disfrutar	Tu puedes, te quiero, eres capaz	Afectuoso, cordial, cálido	Sonriente, comprensivo, comisuras elevadas	Brazos abiertos, que envuelven	Tronco arqueado	Comprensiva, solícita
Adulto	Pensamiento abstracto, toma de decisiones	Correcto, ¿Por qué?, sustantivos en general	Uniforme, modulado	Serena, alerta, concentrada, comisuras rectas	La mano sostiene la barba, dedo elevado	Natural, inclinado sobre los objetos	Atenta, activa
Niño libre	Emociones auténticas, egoísta, maleducado	¡Ay!, ¡Ui!, quiero, no quiero	Fuerte, inocente, enérgico	Expresiva, espontánea	Desinhibido, piernas separadas	Libre, agachado, relajado, en el suelo	Curiosa, cambiante, emocional
Niño adaptado (sometido o rebelde)	Disciplinado y respetuoso, o rebelde	Por favor, lo intentaré, no puedo, debería hacerlo	Lloroso, gime, sometido y desafiante (rebelde)	Atemorizada, fugitiva o rabiosa	Se esconde, retuerce las manos o cierra los puños con fuerza	Contraído, encorvado, sacando pecho	Avergonzada, retraída o exigente, desafiadora

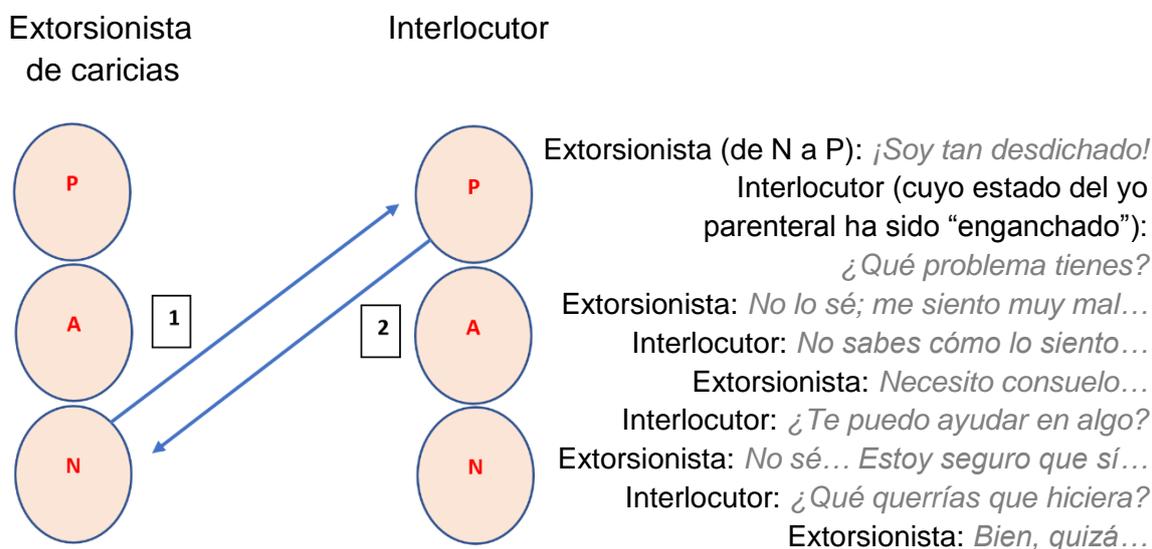
Los aspectos culturales educacionales tienen una gran importancia en la valoración y el uso que hagamos de esta técnica. Un nórdico tendrá habitualmente “una burbuja” personal amplia y preferirá / buscará y esperará recibir una actitud “adulta”; rehúye el contacto físico directo y etc. En cambio, la cultura sud y centroamericana tienen una burbuja “pequeña”, y buscan y

esperan en sus relaciones más contacto personal físico y la proximidad, un tono elevado de calidez.

Éste modelo utiliza la “técnica del juego” para explicar todas las relaciones, que la AT llama “transacciones”³⁴. En la **Figura 3** se describe un ejemplo del **juego transaccional**.

En la inevitable negociación que efectuamos en cada relación, conocer el rol de la otra persona es importante para no dejar que su rol nos induzca a un rol personal no deseado.

Figura 3: Ejemplo del juego transaccional.



4. Inteligencia Emocional (IM), Empowerment y el modelo VIE:

Con el beneplácito de los lectores nos vamos a permitir comentar estas tres aproximaciones comunicacionales por el hecho de estar íntimamente relacionadas por la visión emocional / motivacional. No es posible adentrarnos en la IM que describe Daniel Goleman³⁵ sin volver a poner de relieve las emociones, los sentimientos y su correspondencia con nuestros pensamientos. En modelos anteriores se ha dado una breve introducción a los mismos.

El “secreto” de Goleman es plantearse si las emociones pueden ser inteligentes. Nos recuerda lo absurdo de proponernos estrategias de “más de lo mismo” cuando “lo mismo” ha demostrado fracasar y plantea de nuevo la ambivalencia entre lo visceral y sus orígenes, y lo intuitivo o cerebral. Así,

conocer las propias emociones, aprender a controlarlas (tarea nada fácil) y aprender a automotivarse forma parte de la “labor” que debe complementarse con el reconocimiento de las emociones ajenas para poder acceder a un cierto grado de control de las relaciones. Incide en los beneficios clínicos de los sentimientos positivos e intenta aplicar sus principios a las relaciones sociales, matrimoniales, laborales y afectivas. Pone de nuevo a la empatía como instrumento de cambio y hace énfasis en comprender las causas de los sentimientos. Redescubre el poder del humor y la sonrisa.

Creo mucho más provechoso para los lectores que “acompañen” a Goleman en su segundo libro (repleto de ejemplos prácticos), mucho más esclarecedor y lúdico que el primero ³⁶. A nadie sorprende ni ignora en nuestra profesión el impacto que Bob Anderson produjo en los resultados y las estrategias educacionales en personas con diabetes mediante el método de EMPOWERMENT (no muy bien traducido por el concepto de “empoderamiento”) ³⁷. Anderson aplica los principios del valor de la autoconfianza, el respeto, la empatía y la emoción como motor del cambio en su relación con pacientes con diabetes, entre otras cosas, planteando objetivos que cumplen sobradamente con los **criterios SMART** (eS específico, Medible, Alcanzable, Relevante y programado en el Tiempo). Identifica variables que van a influenciar en el proceso de aprendizaje y el método educativo, dependientes del paciente, el educador y el “medio” (familia, amigos, trabajo, hábitos), y tiene una “actitud permisiva”, con el error como motor de aprendizaje y cambio.

No se trata de “permitir” que los pacientes hagan cosas: “permitir” y “hacer” son caras distintas de una misma moneda: el **control**. Lo importante en sí es que el método nos permite que el paciente haga o se haga las preguntas adecuadas, aquellas que le lleven al descubrimiento de su propia respuesta. Su libro, recopilado en la versión española en tres fascículos, está repleto de ejemplos de cómo aplicar el método. Las bases del modelo se describen en la **Tabla 8**.

Otros autores como José Manuel Gil ³⁷ aprovechan los conceptos anteriores y proponen un modelo comunicacional diferente, basado en la **emotividad**, la **intensidad** y la **versatilidad**. Es el modelo VIE.

El método se basa en el hecho de que “la confianza depende de la satisfacción de las necesidades del interlocutor” y distingue cuatro tipos de personalidad: el individuo **Promovedor**, **Amigable**, **Realizador** y **Sistemático**, evaluando diferentes actitudes y conductas en función del grado de emotividad e intensidad que se aplique (**Tabla 9**). A su vez, distingue cuatro formas básicas

de generar confianza: **credibilidad** (cumplir lo que promete), **coherencia** (decir y hacer lo que se piensa de forma clara y directa), **receptividad** (aceptar a los demás tal como son, sin juzgarlos ni intentar cambiarlos) y **apertura** (habilidad para abrirse e interactuar con desconocidos).

Tabla 8: Modelo del “EMPOWERMENT”.

<p>La diabetes es una enfermedad biopsicosocial</p> <p>La relación entre el profesional y el paciente es democrática y tiene como base la experiencia compartida</p> <p>El paciente es quien habitualmente identifica los problemas y necesidades del aprendizaje</p> <p>El paciente es considerado un solucionador de problemas y un prestador de cuidado</p> <p>El profesional actúa como recurso y ayuda al paciente a establecer metas y a elaborar un plan de autocontrol</p>	<p>La meta es facultar a los pacientes para que hagan elecciones informadas</p> <p>Las intervenciones conductuales se usan para ayudar a los pacientes a experimentar con cambios del comportamiento a su elección</p> <p>Los cambios del comportamiento no adoptados se consideran herramientas de aprendizaje que brindan nueva información que se puede emplear para elaborar planes y metas futuras</p> <p>Los cambios de comportamiento son por motivación interna</p> <p>Tanto el paciente como el profesional tienen “el poder”</p>
--	--

Gil distingue las conductas clave de su método en la **Tabla 10**.

Tabla 9: Matriz de generación de confianza.

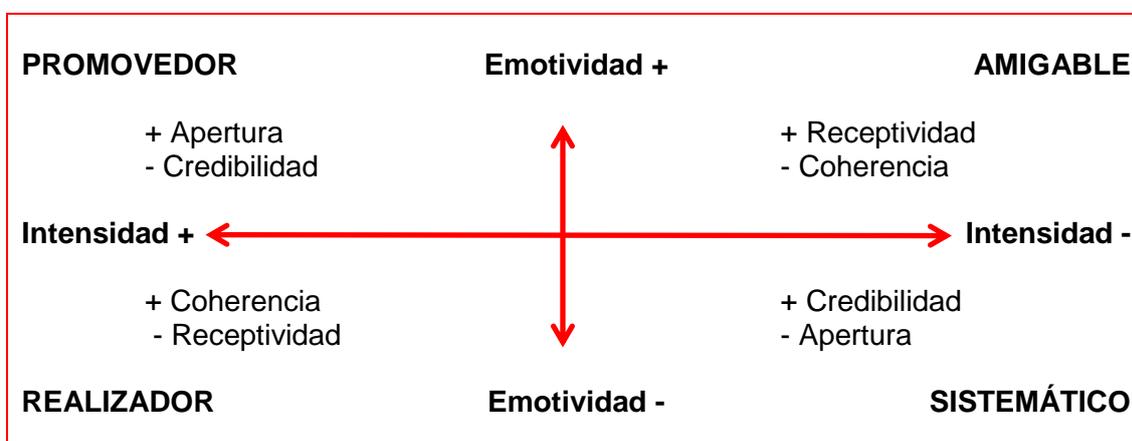


Tabla 10: Las conductes claves del modelo VIE.

	Baja intensidad	Alta intensidad
Velocidad del discurso	Más lentamente	Más rápidamente
Cantidad del discurso	Pocas afirmaciones	Más afirmaciones
Volumen del discurso	Más bajo	Más alto
Uso de las manos	Relajadas y ahuecadas	Señalando a los demás
Postura del cuerpo	Recostado mientras habla	Inclinado adelante
Contacto visual	Indirecto	Directo
	Baja emotividad	Alta emotividad
Uso de las manos	Cerradas	Palmas abiertas
Postura del cuerpo	Rígida	Informal
Expresión facial	Controlada	Animada
Emotividad en la voz	Monótona	Con inflexiones
Temas de discusión	Tareas	Personas
Descripciones	Hechos / datos	Opiniones/historias

5. Otras aproximaciones a la comunicación interpersonal

Si bien la extensión del documento no lo permite, los autores quieren hacer mención a otros métodos o modelos que expliquen las relaciones interpersonales. En este sentido, podemos recomendar una visión absolutamente diferente como propone la **Escuela de la Gestalt**³⁹, o bien una aproximación más “orientalista” como la que propone el **Budismo**⁴⁰.

PUNTOS CLAVE

- ✓ Un **aprendizaje “centrado”** en quien aprende
- ✓ Basado en el **respeto**, la **escucha activa**, la **empatía**
- ✓ Favoreciendo la **proximidad**, la **continuidad**, la **confianza** y la **autoestima** del paciente
- ✓ Mejorando nuestras **habilidades psicoeducativas**
- ✓ Recordar el ejemplo del *tatami* y el verdadero espíritu de automejora (con la ayuda de los otros)
- ✓ No podemos intentar ayudar a los demás sin **ser sinceros con nosotros mismos**
- ✓ No “imitemos” a nadie: **cada uno de nosotros es único e irrepetible**
- ✓ **Nuestro mejor maestro es el error**: será necesario equivocarnos “con la mejor voluntad”
- ✓ Cualquier relación humana viene definida por la **aceptación / comprensión** del locus control propio y del otro
- ✓ Quien esté dispuesto a enseñar también debe estarlo a **seguir aprendiendo**
- ✓ El **humor respetuoso** diluye el estrés y facilita la empatía, nos ayudan a ampliar y construir **recursos que mejoran la autoestima**
- ✓ El humor reduce el temor al fracaso, la frustración y las emociones negativas
- ✓ Utilizar **preguntas abiertas** y la **escucha activa**
- ✓ Un **acercamiento holístico** es necesariamente “**calidoscópico**”
- ✓ **Jamás debemos culpabilizar** al paciente por su baja adherencia: debemos preguntar y indagar respetuosamente en sus causa **sin juzgar**
- ✓ **Enfocar la adherencia desde una visión multidisciplinaria**, que incluya al equipo sanitario, el paciente y su entorno
- ✓ No olvidar proponer al paciente objetivos basados en la **norma SMART** (e**S**pecíficos, **M**edibles, **A**lcanzables, **R**elevantes, programados en el **T**iempo) ³¹

Deseamos que la lectura de este documento haya favorecido el interés por mejorar nuestras relaciones humanas.

Attmte.

Josep Maria Hernández Anguera y Enric Aragonés Benaiges

BIBLIOGRAFIA

1. Proyectos DAWN y DAWN2 (IDF)
2. Standards of Medical Care in Diabetes. *American Diabetes Association*
3. Hernández JM *et al.* La importancia de la adaptación transcultural y la validación de la DAS-3 (Diabetes Attitude Scale) a la lengua vernácula (DAS-3cat): la versión catalana de un instrumento de medición de actitudes y motivaciones en la diabetes mellitus. *Endocrinol Nutr.* 2004; 51: 542-8
4. Hernández JM, *et al.* La versión española de la Diabetes Attitude Scale (DAS-3sp): un instrumento de medición de actitudes y motivaciones en diabetes. *Endocrinol Nutr.* 2002; 49 (9): 293-8
5. Van Puymbroeck M1, Adler K2, Portz JD3,4, Schmid AA2. Multidimensional Improvements in Health Following Hatha Yoga for Individuals with Diabetic Peripheral Neuropathy. *Int J Yoga Therap.* 2018 Feb 8. doi: 10.17761/2018-00027. [Epub ahead of print]
6. Nierengarten MB. Las clases de arte mejoran las habilidades de observación de los estudiantes de medicina. *Medscape-* 2 de feb de 2018
7. Figuerola D *et al.* Hablemos de diabetes: Estrategias en la práctica diaria con Grupo de Estudio de Educación Terapéutica de la SED. *ACB Ediciones.* Dipòsit legal: B-21.265-2000
8. Knol MJ, Twisk JW, Beekman AT, Heine RJ, Snoek FJ, Pouwer F. Depression as a risk factor for the onset of type 2 diabetes mellitus. A meta-analysis. *Diabetologia.* 2006; 49:837-45
9. Nouwen A, Winkley K, Twisk J, Lloyd CE, Peyrot M, Ismail K, Pouwer F; European Depression in Diabetes (EDID) Research Consortium. Type 2 diabetes mellitus as a risk factor for the onset of depression: a systematic review and meta-analysis. *Diabetologia.* 2010; 53:2480-6
10. Roy T, Lloyd CE. Epidemiology of depression and diabetes: a systematic review. *J Affect Disord.* 2012; 142 Suppl: S8-21
11. Fujinami A, Ohta K, Obayashi H, *et al.* Serum brain-derived neurotrophic factor in patients with type 2 diabetes mellitus: relationship to glucose metabolism and biomarkers of insulin resistance. *Clin Biochem.* 2008; 41:812-817
12. Sumlin LL, Garcia TJ, Brown SA, Winter MA, García AA, Brown A, Cuevas HE. Depression and adherence to lifestyle changes in type 2 diabetes: a systematic review. *Diabetes Educ.* 2014; 40:731-44
13. Schuch F, Vancampfort D, Firth J, Rosenbaum S, Ward P, Reichert T, Bagatini NC, Bgeginski R, Stubbs B. Physical activity and sedentary behavior in people with major depressive disorder: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord.* 2017; 210:139-150

14. DiMatteo MR, Lepper HS, Croghan TW. Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment: meta-analysis of the effects of anxiety and depression on patient adherence. *Arch Intern Med.* 2000; 160:2101-7
15. Aragonès E, Piñol JL, Labad A, Folch S, Mèlich N. Detection and management of depressive disorders in primary care in Spain. *Int J Psychiatry Med.* 2004; 34(4):331-43
16. Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t); 2014. Guías de Práctica Clínica en el SNS: Avalia-t 2013/06
17. NICE National Institute for Health and Care Excellence. Depression in adults with a chronic physical health problem: recognition and management Clinical guideline. 2009. Disponible a: nice.org.uk/guidance/cg91
18. Steele CJ, Schöttker B, Marshall AH, *et al.* Education achievement and type 2 diabetes - What mediates the relationship in older adults? Data from the ESTHER study: a population-based cohort study. *BMJ Open.* 2017; 7:e013569
19. Dickinson JK, Guzman SJ, Maryniuk, O'brian CA, y cols. The use of language in diabetes care and education. *Diabetes Care.* 2017; 40(12):1790-1799
20. Speight J, Conn J, Dunning TC; Diabetes Australia. Diabetes Australia position statement. A new language for diabetes: Improving communications with and about people with diabetes. *Diabetes Res Clin Pract.* 2012; 97(3):425-31
21. International Diabetes Federation. Language philosophy. Technical document. Brussels, Belgium: *International Diabetes Federation*, 2014. Consultado el 20 de enero de 2017. Disponible [aquí](#)
22. Adherence to long term therapies: evidence for action. *Geneva: World Health Organization*; 2003.
23. Miller G. The Assessment of Clinical Skills / Competence / Performance *Academic Medicine.* 1990; 65: 563-567
24. Craig J. Curri, *et al.* The Impact of Treatment Noncompliance on Mortality in People with Type 2 Diabetes. *Diabetes Care, volume 35, 2012*
25. Thinking outside the pillbox. A system-wide approach to improving patient medication adherence for chronic disease. New England Healthcare Institute; 2009. Disponible [aquí](#)
26. Vivienne J. Zhu, Wanzhu Tu, Marc B. Rosenman, J. Marc Overhage. Nonadherence to Oral Antihyperglycemic agents: subsequent Hospitalization and Mortality among Patients with Type 2 diabetes in Clinical Practice. *MEDINFO 2015: eHealth-enabled Health.* I.N. Sarkar *et al.* (Eds.). © 2015 IMIA and IOS Press.

- 27.** Currie CJ, Peyrot M et al. The impact of treatment non-compliance on mortality in people with type 1 diabetes. *J Diabetes Complications*. 2013; 27(3):219-23
- 28.** Assal JP, Lacroix A. L'Education thérapeutique des patients, Nouvelles aproches de la maladie chronique. *Ed. Maloine*, 2003. ISBN: 2-224-02794-X
- 29.** Miller WR, Rollnick S. La entrevista motivacional. Preparar para el cambio de conductas adictivas. *Ed. Paidós*. ISBN: 84-493-0745-7.
- 30.** Borrell F. Manual de Entrevista clínica. *Ed. Doyma*. ISBN: 84-7592-240-6.
- 31.** Actúe para prevenir la Diabetes. Un Manual para prevenir la diabetes tipo 2 en Europa. IMAGE (Executive Agency for Health and consumers)
- 32.** Ready R et al. *PNL para Dummies*. ISBN: 978-84-329-2077-6
- 33.** Figerola D et al. Col·lecció Parlem-ne De la comunicació amb els pacients. ACV Edicions. 1997
- 34.** Blakeney RN. Manual de Análisis Transaccional. *Ed. Paidós*. ISBN: 84-7509-438-4
- 35.** Goleman D. Inteligencia Emocional. *Ed. Kaidos*. ISBN: 84-7245-371-5
- 36.** Goleman D. La pràctica de la Inteligencia Emocional. *Ed. Kaidos*. ISBN: 84-7245-407-X
- 37.** Gil JM. El secreto del cambio: como influir en los demás y generar confianza. *Ed. Lid*. ISBN13: 9788483569726
- 38.** Ginger S. Gestalt el arte del contacto. Una perspectiva optimista del comportamiento humano. *Ed. RBA Integral*. ISBN: 84-7871
- 39.** Kane C. Comunícate como un budista. *Ed. Urano*. E-ISBN: 978-84-16715-87-9

ANEXO 1

Una pequeña prueba

*“El hombre es la medida de todas las cosas,
de las que son en cuanto que son,
de las que no son en cuanto que no son”*

Protágoras de Abdera (Sofista griego, 485 a. C.)

A. Redondea la opción que mejor te describa con relación a cada una de las afirmaciones. Dá una respuesta rápida y visceral, sin pensar demasiado en ella.

1. Para tomar decisiones importantes me baso en:

- a. Mi instinto
- b. Las opciones que mejor me suenan
- c. Lo que me parece correcto

2. Cuando asisto a una reunión o presentación, considero que tiene éxito cuando la gente:

- a. Ilustra con claridad los puntos clave
- b. Esgrime un argumento sensato
- c. Toca asuntos concretos y reales

3. La gente sabe si tengo un buen o un mal día por:

- a. Cómo voy vestido y por mi apariencia general
- b. Las reflexiones y emociones que comparto
- c. El tono de mi voz

4. Cuando tengo un enfrentamiento lo que más me afecta es:

- a. El tono de voz de la otra persona
- b. La manera como me miran
- c. Conectar con sus emociones

5. Soy muy consciente de:

- a. Los sonidos y ruidos a mi alrededor
- b. La textura de la ropa que llevo puesta
- c. Los colores y formas de mi entorno

B. Indica tus resultados para cada pregunta en la siguiente cuadrícula:

a.	1	C	a.	2	V	a.	3	V
b.	1	A	b.	2	A	b.	3	C
c.	1	V	c.	2	C	c.	3	A
		4		A		5		A
		4		V		5		C
		4		C		5		V

C. Suma las V, A y C.

D. ¿Qué puntuación has obtenido?, ¿Alguna de las tres letras (V, A o C) aparece más que la otra? Examina tus preferencias y veamos si lo que aquí comentamos te dice algo significativo o no:

- ✓ **V (visual):** Una preferencia por lo visual puede significar que sueles tener un ojo puesto en las cosas. Es probable que disfrutes de las imágenes visuales, de los símbolos, del diseño. Quizá requieras de un entorno diseñado atractivamente.
- ✓ **A (auditivo):** Una preferencia por lo auditivo puede significar que tienes facilidad para estar a tono con las nuevas ideas y que puede gustarte la música, el drama y la literatura; escribir y conversar.
- ✓ **C (cinestésico):** Una preferencia por lo cinestésico puede significar que eres capaz de mantener el equilibrio y que te aferras bien a la realidad. Quizá necesites estar rodeado por un entorno cómodo.

Las estadísticas indican que en países como los EEUU y el Reino Unido lo visual prevalece en aproximadamente un 60% de la población. Ello no sorprende si se piensa en el bombardeo al que es sometido nuestro sentido visual ³².