

COMUNICACIÓN TERAPÉUTICA

El impacto de un mensaje dentro del proceso de aprendizaje

André Giordan, Alain Golay, Stéphane Jaquemet y Jean-Philippe Assal

Traducido por Mariana Sanmartino

Introducción

Las situaciones de una enfermedad crónica o la necesidad de hacerse cargo de una terapia a largo plazo, son frecuentemente cuestiones estrechamente vinculadas a la relación "terapeuta-paciente". Esta relación puede optimizar de manera significativa los efectos del tratamiento y mejorar así la calidad de vida de los pacientes que sufren afecciones de larga duración. A la inversa, puede también ser un elemento de desmotivación y de fracaso terapéutico. Una vez transcurridos los primeros momentos de diagnóstico, controles y prescripción, las entrevistas a cargo del terapeuta se pueden volver monótonas y poco pertinentes para el paciente. La enfermedad sobrepasa así la simple dimensión biológica y toca al mismo tiempo aspectos psicológicos, familiares y sociales. A partir de ese momento, la tarea del terapeuta es tomar en cuenta estas preocupaciones y participar en la búsqueda de un nuevo equilibrio.

En este tipo de relación, la comunicación terapéutica juega un rol central. Permite recibir el discurso del paciente, comprender sus mecanismos y negociar junto a él estrategias de regulación y de adaptación. Esta forma de enseñanza debe poder integrar las creencias, las expectativas y las necesidades del paciente gracias a una escucha activa, apoyarse en las experiencias vividas para reconstruir una didáctica propia a esta situación. Este proceso puede ser desconcertante para el terapeuta ya que se ve rápidamente confrontado a un universo particularmente diferente al suyo (representaciones sobre el cuerpo, apreciación de la enfermedad y del tratamiento, funcionamiento mental). El terapeuta debe entonces manejar este "desconcierto", esta diferencia en beneficio del aprendizaje del paciente.

Numerosos estudios han mostrado que la observancia terapéutica se sitúa alrededor del 50% y las causas de esto son múltiples (Haynal y Schultz, 1983). La observación y la evaluación de entrevistas de prescripción demostraron que el médico tiene dificultades para manejar un funcionamiento intelectual y social diferente y adaptarse a él (Aufseesser-Stein et al., 1992). El lenguaje, la lógica de presentación, la ausencia de pertinencia para con lo vivido ponen al paciente en una situación de pasividad y de comprensión inadecuada.

Desde hace muchos años se han desarrollado investigaciones sobre los modos de pensamiento y comprensión de niños y adultos (Giordan, 1987; Giordan, 1989), y a partir de los determinantes identificados se pueden tomar algunas consideraciones concretas para "iluminar" las prácticas de educación a los pacientes. La pertinencia de los mensajes y el impacto de las herramientas pedagógicas están en directa relación con estas observaciones. El médico y el terapeuta son confrontados a una doble tarea: hacer pasar un mensaje (saber) y hacer cambiar comportamientos (saber-hacer y saber-ser). Resulta ilusorio pensar que el mensaje será transmitido simplemente por la palabra o la demostración. Hay que desarrollar un verdadero trabajo de mediatización y facilitación paralelamente al gesto diagnóstico-terapéutico. El médico se convierte en un agente de desarrollo, un intermediario entre el paciente y la enfermedad. En este sentido, los trabajos del Laboratorio de Didáctica y Epistemología de las Ciencias de la Universidad de Ginebra nos recuerdan que el mensaje no puede ser "entregado" sin tomar en cuenta e integrar activamente al "receptor" (el

paciente). Este proceso puede tener repercusiones benéficas mayores sobre la observancia terapéutica de nuestros pacientes.

1. Los aportes del modelo alostérico

Para hacer pasar un mensaje e iniciar un proceso de aprendizaje, André Giordan desarrolla un nuevo modelo sobre el aprendizaje llamado "modelo alostérico" (Giordan et al., 1994). Propone en particular un sistema de educación que comprende seis componentes específicos. A pesar de su complementariedad, estos componentes no deben ser tomados de manera cronológica sino más bien interactiva. Es indispensable que además contemplen los problemas de la aceptación de la enfermedad (Lacroix et al., 1993) y de las creencias sobre la salud (Health Beliefs Model) (Rosenstock, 1988).

1. Inducir desequilibrios conceptuales.
2. Confrontar las ideas.
3. Esquematizar los mensajes.
4. Integrar el saber sobre conocimientos estructurantes.
5. Movilizar el conocimiento.
6. Trabajar el saber sobre el saber.

1.1. Inducir perturbaciones.

Inducir perturbaciones, o en otros términos desequilibrios conceptuales pertinentes, permite a través de cuestionamientos, de "situaciones problema" o de casos concretos, cuestionar las concepciones que moviliza quien aprende. Para aprender y comprender es necesario desestabilizar las nociones, particularmente fijadas en los enfermos, para reforzarlas mejor en un segundo momento.

Poner en duda una verdad empuja siempre a quien aprende a ponerse él mismo en cuestionamiento. En el caso de una entrevista nutricional, la reacción legítima del terapeuta es la de proponer un plan alimentario determinado. Las representaciones y creencias sobre la alimentación pueden bloquear la adhesión del paciente a este nuevo plan. Es entonces primordial conocer sus ideas y manejarlas ("no hay grasa en el queso, el queso no hace engordar!", alimentos que contienen grasas ocultas, tipos de grasa, a consumir con o sin moderación, impacto para el cuerpo...).

El plan alimentario será entonces negociado teniendo en cuenta estos obstáculos, intentando deconstruir tranquilamente las ideas preconcebidas una detrás de la otra.

1.2. Confrontar las ideas.

Las confrontaciones múltiples son indispensables para poder aprender mejor. Estas confrontaciones pueden llevarse a cabo entre el educando y el educador, pero igualmente entre los mismos educandos (en el caso de un grupo de pacientes). El discurso del terapeuta sólo puede existir si es confrontado con las vivencias de sus pacientes. El valor del mensaje cobra así sentido en la realidad vivida cotidianamente por el enfermo.

En una relación "terapeuta-paciente" (adulto-adulto), la perspectiva del paciente es legítima y lógica. La misma reposa sobre sus experiencias y sus influencias socio-culturales. Pretender corregir este funcionamiento no conduce a nada. Por el contrario, la confrontación, la discusión, la explicación pueden ayudar al paciente a evolucionar (miedo a las inyecciones de insulina: "la insulina es peligrosa!", creencias sobre la dependencia a la insulina). De igual manera pueden ser encaradas de forma beneficiosa confrontaciones paciente-realidad (observación de casos clínicos personales o propuestos) o paciente-informaciones (a través de los medios).

1.3. Esquematizar los mensajes.

Para hacerse comprender mejor, quien enseña debe al mismo tiempo tender a esquematizar, formalizar, modelizar su mensaje. Es fundamental que la información no se diluya y es necesario inducir un formalismo bien definido para ayudar al enfermo a pensar su enfermedad o su terapia.

Esta etapa puede llevarse a cabo gracias a un esfuerzo de síntesis del terapeuta, con el fin de poner en evidencia dos o tres mensajes-clave, negociados y discutidos previamente con el paciente. La transmisibilidad del mensaje es condición prioritaria en la idea de reforzar el impacto terapéutico. Además de la síntesis, es posible solicitar una reformulación por parte del paciente de estos mensajes-clave con el fin de estimar la comprensión y la integración lograda por este último. En la situación de la prescripción de un medicamento, durante la discusión respecto de los comportamientos a seguir en el caso de enfermedades concomitantes con la diabetes por ejemplo, o a propósito de la actividad física, los mensajes se pueden transformar en verdaderos modelos y permiten al paciente construir sus experiencias futuras sobre esta nueva base estructurada (de Vecchi, 1992).

1.4. Integrar los conceptos.

El paciente no siempre comprende los "pormenores" de un tratamiento. En el mismo sentido, quien aprende frecuentemente no conoce el esqueleto de un razonamiento y tiene gran dificultad para seguir una formación si no integra el hilo conductor de este proceso (insulina, ¿por qué?, ¿cuándo?, ¿cómo?, ¿para qué sirve?, ¿cuáles son los beneficios?).

Es necesario también que quien enseña aporte una integración vertical (una suerte de "columna vertebral") dentro de su enseñanza, con el fin de clarificar y reforzar los conceptos estructurantes de quien aprende. En materia de endocrinología, los conceptos de sistemas y de regulación son particularmente pertinentes (Giordan, 1995). Necesitan de toda una reflexión didáctica para resultar operatorios. Estos conceptos podrán ser retomados a continuación en una segunda etapa de desarrollo del aprendizaje. Aquí se trata de codificación y estructuración del pensamiento operatorio dentro de una perspectiva procesal. Más allá de la vivencia de la enfermedad y de las experiencias cotidianas, el aprendizaje del paciente necesita cierta codificación (hiperglucemia, hipoglucemia, elementos del tratamiento, dinámica temporal). No se trata aquí de conocimientos anecdóticos sino de cierto manejo práctico y personal de conceptos estructurantes.

1.5. Movilizar el conocimiento.

El educando jamás parte de cero, tempranamente él dispone de saberes, en relación con sus experiencias, que le permiten ajustar o desviar su aprendizaje. El alumno aprende por adaptaciones sucesivas de sus conocimientos, confrontando sus recursos potenciales a un entorno preparado por el educador. El taller práctico, el ensayo, la resolución de problemas, son buenos ejemplos de activaciones mentales y gestuales que permiten reforzar el impacto del mensaje e integrar su dimensión teórica dentro del campo práctico de quien aprende. El capítulo de la prevención de las hipoglucemias tiene como primer objetivo el reconocimiento de los síntomas y la corrección de los signos de una falta de azúcar.

Las nociones teóricas no ayudan de manera suficiente al paciente a actuar correctamente. Su manejo debe ser elaborado, entonces, alrededor de comportamientos identificados y entrenados (toma de 15 grs. de azúcar, reposo, control glicémico, análisis de las causas posibles). Reencontramos esta misma dialéctica teoría-práctica en la introducción a un tratamiento de insulina, la gestión de autocontroles, la prevención del pie diabético.

1.6. Trabajar el saber sobre el saber.

Quien aprende siempre tiene una idea vaga sobre la materia que va a recibir en relación con creencias, informaciones sobre la enfermedad o experiencias anteriores...

De esta manera, siempre tenemos un conocimiento sobre el conocimiento, o al menos una opinión más o menos clara sobre la enfermedad, los cuidados, los terapeutas. Este hecho es una de las especificidades de la enseñanza de adultos. Por ejemplo, un gran número de alumnos se bloquea sobre el razonamiento de las matemáticas, porque se representan de antemano la dificultad de esta rama como algo inalcanzable. Estos saberes deben ser utilizados en lugar de ser negados o criticados. La enfermedad crónica está muy presente para quien la porta. Más allá de la adquisición de conocimientos y competencias (tratamiento, controles, prevención), es primordial poder hablar con el paciente sobre aquello que él piensa de esta situación (dificultades, obstáculos, ventajas, beneficios...). Esta aproximación refuerza considerablemente el impacto de los mensajes terapéuticos y abre una vía de independencia concreta.

2. Conclusiones y perspectivas

Además de las técnicas de comunicación y las estrategias didácticas clásicas, el modelo alostérico (desarrollado por André Giordan y su equipo) pone en evidencia la necesidad de trabajar con quien aprende (el paciente) con el fin de adaptarse a sus preocupaciones pero también a los determinantes del aprendizaje de esa persona (preguntas, modos de razonar, marcos de referencia, mecanismos de producción de sentido, ...). La sutileza de esta acción puede ser resumida por esta frase paradójica: "Es necesario trabajar con y contra" (Giordan y de Vecchi, 1989). Un mensaje pasará bien en el paciente cuando sea elaborado y formulado con adecuación. No obstante, debe poseer en su seno cierta función de desestabilización que permita a quien aprende confrontarse con una sugestión apenas diferente de su propia realidad.

Esta confrontación es formadora, sustenta un proceso de aprendizaje a largo plazo. Este propósito es incuestionable en el campo de la enfermedad crónica y de las afecciones de larga duración.

Bibliografía

- Aufseesser-Stein M., Rüttimann S., Lacroix A., Assal J.-Ph. (1992): *Expérience suisse de formation au dialogue de prescription en médecine ambulatoire*. Praxis, 6 :142-146.
- Giordan A. (1995): *Comme un poisson rouge dans l'homme*. Paris, Payot.
- Giordan A., Girault Y., Clément P. (1994): *Conceptions et connaissances*. Berne, Peter Lang.
- Giordan A., Vecchi G. de (1987): *Les origines du savoir*. Neuchâtel, Delachaux & Niestlé.
- Giordan A., Vecchi G. de (1989): *L'enseignement scientifique, comment faire pour que "ça marche"?* Nice, Z'édition.
- Haynal A., Schulz P. (1983): *Compliance: one aspect of the doctor-patient relationship. An overview in Diabetes education*, in: Assal J.-Ph., Berger M, Gay N., Canivet J. (eds.): *International Congress Series, No 624: Diabetes Education. Proceedings of the 2nd European Symposium of the Diabetes Education Study Group (Geneva, 3-6 June 1982)*. Excerpta Medica, Amsterdam, 1983, pp.259-271.
- Lacroix A., Golay A., Assal J.-Ph. (1993): *Le processus d'acceptation d'une maladie chronique*. Praxis, 48 :1370-1372.
- Rosenstock I.M. (1988): *Social learning theory and the health belief model*. Health Education Quarterly, vol. 15, New York, Wiley.
- Vecchi G. de (1992): *Aider les élèves à apprendre*. Paris, Hachette Education.