



Mario Alberto Rivas Carro.

Enfermero Educador en Diabetes. Psicólogo.
Profesor Salud Mental Escuela Enfermería de Lugo.
Universidad de Santiago de Compostela.



Abordaje de las emociones desde el punto de vista educativo

Las emociones tienen influencia en diversos parámetros fisiológicos, pero ¿cómo influyen estas emociones en el control de la glucemia?, y ¿cómo podemos desde la Educación en Diabetes (ED) ayudar a las personas en el control y seguimiento de su enfermedad?

La OMS define la ED: *“como un proceso continuo y parte integral de la atención centrada en la persona que contempla la sensibilización, información, educación para el aprendizaje de la autogestión y el soporte psicosocial en las diferentes situaciones relacionadas con la enfermedad y el tratamiento”*.

Buena parte del trabajo en la ED es ayudar en el proceso de asimilación y cambio de conductas de las personas con diabetes. Es por esa razón que los profesionales sanitarios debemos de formarnos y formar a las personas con diabetes en técnicas de comunicación y de cambio de actitudes, además de unificar esta formación en los programas estructurados de educación (2).

En contraste con los estudios del psicólogo estadounidense Paul Ekman en los años 70 que venían demostrando la existencia de seis emociones básicas (felicidad, tristeza, miedo, ira, sorpresa y asco), recientemente, de la mano de un grupo de investigadores del instituto de Neurociencia y Psicología de la Glasgow University, se ha propuesto una clasificación con cuatro emociones básicas (alegría, miedo, enfado y tristeza) (9).

En el tema que nos atañe y en cuanto al procesamiento de emociones en el terreno de la diabetes hacemos mención especial a las recientes publicaciones sobre el miedo del profesor de la universidad de New York Joseph E. LeDoux (5) que se centran en el sistema de memoria no consciente que controla las respuestas conductuales a los peligros o amenazas, estos recuerdos, memorias implícitas se integran en una parte del sistema límbico cerebral, en el llamado hipocampo, o sistema de “digestión emocional”.

Es aquí donde cobra especial protagonismo la amígdala, estructura íntimamente relacionada anatóm y fisiológicamente con el hipocampo, el centro psiconeuroinmunológico de las emociones por excelencia, en la respuesta inconsciente al peligro el procesamiento de amenazas y del control de los comportamientos defensivos.

En el miedo, emoción fundamental de supervivencia, está mediado por las hormonas cortisol y adrenalina (10).

Ante un estímulo bien sea real o imaginado percibido se procesa por una vía que va a la memoria a través del **neocórtex**, memoria

explícita o consciente, y por otra segunda vía que va directamente a la amígdala, memoria implícita, inconsciente, que controla respuestas conductuales y fisiológicas, mecanismos que se activan en paralelo. Diversos estudios demuestran como los niveles elevados de cortisol por un estado de miedo-ansiedad prolongado, producen un estado inflamatorio general que afecta también al microbioma, produciendo resistencia a la insulina y disfunción de la capa interior de las arterias, es decir, nuestro cuerpo está predispuesto a generar picos de adrenalina ante un estímulo, como puede ser una mala noticia en la evolución de la enfermedad, la inyección de la insulina, un cambio de profesional sanitario, pero no está diseñado para un miedo crónico con altos niveles de cortisol (1, 3, 11).

Surge así algo revelador, si tenemos miedo, nuestro proceso de educación y aprendizaje en la interrelación en consulta tanto actitudinal como procedimental en un programa estructurado de educación terapéutica en diabetes no va a tener efectividad, debiendo ser así nuestro principal objetivo proporcionar o ayudar a la persona con diabetes a salir del miedo y entrar en otra emoción agradable como es la de la **seguridad** que predisponga al cambio de actitud y aprendizaje cognitivo (6).

Teniendo en cuenta lo dicho hasta ahora, debemos de mencionar por la importancia que la emoción de seguridad genera en todos los seres humanos con diabetes a Stephen W. Porges y su **Teoría Polivagal**, que muy resumidamente nos viene a decir:

- En la regulación de las emociones en el mamífero existen dos ramas del Sistema Nervioso (SN) Autónomo, uno es el Sistema Nervioso Simpático, que hace frente a los mecanismos de estrés y supervivencia de lucha y huida.
- Por otra parte, y esto es el hallazgo más novedoso e importante para las personas con diabetes, está el SN Parasimpático o vagal que se activa a través de dos vías, una dorsal en la que se activa el miedo y supone mecanismos de inmovilización, y una ventral activada por la relación social y que nos proporciona seguridad (8).

Recientes trabajos han observado una relación entre las emociones y el grado de con- »

EN EL ABORDAJE
DE LAS EMOCIONES
EN DIABETES DESDE
EL PUNTO DE VISTA
EDUCATIVO DEBEMOS
DE IMPLEMENTAR
ACCIONES PARA
LA AUTOGESTIÓN
Y GESTIONAR
LAS EMOCIONES
CONTRIBUIRÁ
A LA MEJORA
DE LA CALIDAD
DE VIDA Y EL CONTROL
GLUCÉMICO
DE LAS PERSONAS
CON DIABETES



» trol glucémico (4, 7, 12). En el Proyecto EMODIAB-1, presentado en el Congreso de la Sociedad Española de Diabetes de 2023, y cuyo objetivo era estudiar la relación de las emociones con el control metabólico y la variabilidad glucémica, encontramos que **el tiempo en rango se relaciona con emociones positivas/agradables** (seguridad y/o alegría) y **la hiperglucemia se relaciona con emociones negativas/desagradables** (miedo, enfado y/o tristeza).

Por lo tanto, nos encontramos con emociones positivas y negativas que influyen en el comportamiento glucémico, pero ¿qué hacemos para identificar y tratar estas emociones en DM desde los equipos de Educación?

Aunque el abordaje de las emociones, y su integración en el seguimiento de la persona con diabetes, es un proceso complejo existen una serie de medidas que podemos aplicar de forma sencilla para poder empezar a trabajar.

PASO 1: IDENTIFICACIÓN DE LAS EMOCIONES BÁSICAS

Resultará sorprendente, pero a una buena parte de la sociedad le resulta complicado la identificación de estas emociones básicas.

Comenzamos por sentir en una escala de 0 a 10, en el presente, cómo se manifiesta en el cuerpo la alegría, el miedo, el enfado y la tristeza, aunque para ello tengamos que acceder a recuerdos del pasado, esto se denomina presentificación o corporalización.

La fórmula podría ser *¿cómo sientes esta emoción X ahora en el cuerpo?, y...*

¿cuánto es de intensa de 0 a 10, siendo 0 nada y 10 totalmente?

A veces es necesario ayudar a la persona con DM haciendo un escaneo o chequeo por partes corporales y este proceso puede llevar más de una consulta.

P. ej: *nota tus pies, piernas, pelvis, abdomen, tórax, cuello, cara...*

PASO 2: TRATAMIENTO DE LAS EMOCIONES

Tenemos tendencia como seres humanos a pensar que solo las emociones negativas o desagradables deben ser tratadas, pero esto no es así, debemos de potenciar las emociones positivas o agradables también, ya que en múltiples ocasiones en las que predominen las "malas" alcanzaremos un mayor equilibrio habiendo entrenado también previamente las "buenas".

Así en las emociones de alegría y seguridad, podemos practicar la gratitud, agradeciéndonos la mera posibilidad de sentirlas, incluso si alguien nos las hace sentir, agradecer también al prójimo/otro.

También podemos focalizarnos en nuestras sensaciones corporales producidas por estas emociones y "fijarlas" en una »

BUENA PARTE DEL TRABAJO EN LA ED ES AYUDAR EN EL PROCESO DE ASIMILACIÓN Y CAMBIO DE CONDUCTAS DE LAS PERSONAS CON DIABETES

» palabra, expresión también denominada “anclaje”.

Un ejemplo podría ser: *siento la alegría en mi pecho y en mi cara y la palabra que me viene es “liberación”*

En cuanto a las emociones de miedo, enfado y tristeza haremos un tratamiento individual por las características intrínsecas de cada una.

• Miedo:

Esta emoción, como las demás, es necesaria para la supervivencia, y es necesario, desde la Educación Diabética, reforzar este concepto.

Los motivos y síntomas del miedo pueden ser muy individuales, en cuanto a las operaciones mentales/pensamientos y reacciones fisiológicas que ocurren, pero también los hay “generales”. En el campo de la diabetes podemos destacar la pérdida de control por hipoglucemia, miedo a no ser cómo los demás, miedo a las complicaciones de la diabetes, o incluso el miedo a la muerte. (10)

Es fundamental ponerlos sobre la mesa y ver cómo se han generado,

si por experiencia propia o vicaria, es decir, vista o percibida en los demás o por influencia de los profesionales sanitarios y/o el entorno familiar.

P. ej: *Si no cambias te vas a quedar ciego, o es que ya o puedo con el/ella*
Fórmula: *Sondeo ¿Qué te parece si hablamos de cómo aprendiste que la diabetes produce ceguera?*

• Enfado:

En el enfado/rabia/ira, trataremos que la persona con diabetes identifique cual es el disparador o antecedente del enfado.

P. ej: *¿qué es lo que concretamente te ha hecho sentir tan enfadado/rabioso?*

Observaremos de nuevo cuánta intensidad tiene esta emoción y, a través de ejercicios de respiración diafrágica/abdominal o técnicas como la coherencia cardíaca, *mindfulness* o autoverbalizaciones.

• Tristeza:

Podemos proponer cómo se verá la persona en su yo ideal en su futuro próximo, o cómo era antes de sentir esta tristeza. También podemos inda-

gar en los motivos de cómo esa tristeza se ha instaurado.

P. ej: *¿Qué es, de todo este proceso, lo que me ha hecho sentir tan triste?*

Apunte Ejercicio Quick Coherence / Coherencia cardíaca

- 1) Respirar 3-5 veces lento y profundo
- 2) Traer la atención con las manos cruzadas al centro del pecho
- 3) Verbalizar: *Esto también pasará, yo soy más que el miedo/enfado/tristeza*
- 4) Traer una emoción agradable de nuestro pasado, presente o futuro

Es evidente que, por diferentes mecanismos, las emociones tienen un impacto en los valores de glucosa. De esto se deduce que en el abordaje de las emociones en diabetes desde el punto de vista educativo debemos de implementar acciones para la autogestión y gestionar las emociones (positivas y negativas) contribuirá a la mejora de la calidad de vida y el control glucémico de las personas con diabetes. **D**

BIBLIOGRAFÍA

1. Damasio. A. (2005). In search of Spinoza. Neurobiology of emotion and feelings. Critical Ed., Barcelona
2. Therapeutic Education Working Group of the Spanish Diabetes Society: <https://www.sediabetes.org/publicaciones/publicaciones-sed/guia-programas-estructurados-en-educacion-terapeutica/>
3. Hall RF, Joseph DH, Schwartz-Barcott D. Overcoming obstacles to behavioral change in diabetes self-management. *Diabetes Educ* 2003; 29:303–11.
4. Kovatchev BP, Otto E, Cox D, Gonder-Frederick L, Clarke W. Evaluation of a new measure of blood glucose variability in diabetes. *Diabetes Care* 2006; 29: 2433–38.
5. LeDoux, J. The emotional brain. Barcelona: Ariel-Planeta, 1999 (The emotional brain. New York: Simon & Schuster, 1996)
6. Pankseep, J. (1998a). Affective neuroscience: The foundations of human and animal emotions. New York: Oxford University Press.
7. Polonsky WH, Fisher L, Earles J, et al. Assessing psychosocial distress in diabetes: development of the Diabetes Distress Scale. *Diabetes Care* 2005; 28: 626–31.
8. Porges, S. W. (2001). The polyvagal theory: Phylogenetic substrates of a social nervous system. *International Journal of Psychophysiology*, 42, 123-146.
9. Rachel E. Jack, Oliver G.B. Garrod, Philippe G. Schyns. Dynamic Facial Expressions of Emotion Transmit an Evolving Hierarchy of Signals over Time. *Current Biology* (2014). DOI: 10.1016/j.cub.2013.11.064.
10. Salvador, M. C. (2009). Psychological Trauma: a neurophysiological process with psychological consequences. *Journal of Psychotherapy*, Vol. 20 No. 80, pp. 5-16
11. Siegel, D. J. (2001). Toward an interpersonal neurobiology of the developing mind: attachment relationships, “mindsight,” and neural integration. *Infant Mental Health Journal*, 22 (1–2): 67–94.
12. Wagner J, Malchoff MD, Abbott G. Invasiveness as a barrier to self-monitoring of blood glucose in diabetes. *Diabetes Technol Ther* 2005; 7:612-19