

• CLASE GRABADA

MÓDULO 2 · CLASE 2

Conversaciones que generan cambio. Lenguaje, Escucha y Emocionalidad en la consulta

Contenidos 3, 4 y 5 · Clase asincrónica

En esta clase

3

Emociones como predisposición al cambio

4

Creencias limitantes en salud y alimentación

5

Preguntas que habilitan reflexión y compromiso

DIPLOMADO EN

COACHING EN SALUD APLICADO A LA CONSULTA PROFESIONAL

Nutrisys
Nutrición y Salud Profesional

Lo que vimos — y cómo se conecta con hoy

Antes de seguir, frená un momento — anotá una palabra por cada una:

1

El lenguaje

No describe — crea realidad.
Cada palabra en la consulta
construye posibilidad o la cierra.

¿Dónde aparece esto en tu consulta?

2

La escucha

Los niveles de escucha definen
qué tipo de conversación
es posible con ese paciente.

¿Dónde aparece esto en tu consulta?

3

El observador

Lo que vemos en el paciente
pasa por el filtro de quiénes
somos como profesionales.

¿Dónde aparece esto en tu consulta?

Hoy avanzamos sobre ese suelo — los contenidos 3, 4 y 5.

El error de partida

Lo que muchos aprendieron

La emoción es territorio del psicólogo.

El consultorio nutricional es técnico, objetivo.

Si el paciente llora, hay que derivarlo.

Eso tiene una lógica.

Pero tiene un costo enorme.

Lo que el Coaching Ontológico propone

Las emociones no desaparecen porque no las nombremos.

Están organizando la conversación — aunque nadie las mencione.

Leer el estado emocional del paciente como información clínicamente relevante.

Igual que un análisis de sangre.

Emociones y estados de ánimo — la distinción que importa

EMOCIONES

Reactivas — tienen un objeto claro.

El paciente se enoja porque vio la balanza.

La paciente se asusta porque le hablaron de diabetes.

Hay un disparador identificable.

→ *Intervención: nombrar el contexto y acompañar.*

ESTADOS DE ÁNIMO

Anteriores a cualquier conversación.

Son la predisposición desde la cual el paciente llega — muchas veces sin saber por qué.

"Yo soy así, siempre fui así."

Ningún plan puede más que ese estado.

Hay que intervenir sobre el estado primero.

La temporalidad — ¿es de hoy, o es desde dónde vive?

LA EMOCIÓN

Tiene principio y final.

Se enciende con algo puntual: una cifra, una palabra.
Cuando eso pasa, afloja. Mañana puede ser otra.

Dura lo que dura el episodio.

→ *Se acompaña en el momento, y la consulta sigue.*

EL ESTADO DE ÁNIMO

No tiene un disparador puntual.

Ya estaba antes de la consulta — y sigue cuando el paciente se va.

Es el clima desde el que vive, no el evento de hoy.

No se mueve con una sola buena sesión.

Pide un trabajo sostenido, no un buen momento.

“

Las emociones son disposiciones corporales dinámicas que definen el espacio de acciones posibles.

Humberto Maturana

*La emoción no está en la cabeza del paciente. Está en su cuerpo.
Y define qué puede hacer — y qué no puede hacer — en ese momento.*

Las 4 emociones más frecuentes en la consulta nutricional

LA VERGÜENZA

Cierra la conversación antes de que empiece. El paciente no dice la verdad — dice lo que cree que querés escuchar.

LA CULPA

Mira hacia atrás. Cuando el paciente mira hacia atrás, no puede mirar hacia adelante. La intervención redirige la mirada.

LA RESIGNACIÓN

La más frecuente y la más difícil. No es falta de voluntad — es que dejó de creer que el cambio es posible para él.

LA AMBIVALENCIA

Querer cambiar y no querer al mismo tiempo. No es contradicción — es la condición humana frente a los cambios de hábito.

La emoción del profesional también está en la sala

Una nutricionista que entra frustrada porque el paciente "otra vez no cumplió" ya está cerrando la conversación antes de que empiece.

Sin conciencia del propio estado

Tono, corporalidad y preguntas teñidas de la emoción del profesional.

El paciente lo percibe — aunque no lo nombre.

El espacio se cierra sin que nadie lo declare.

Con conciencia y curiosidad

"Me pregunto qué pasó esta vez, qué se le hizo difícil."

Abre un espacio completamente diferente.

La práctica: tomar conciencia del propio estado antes de entrar.

Juicios y afirmaciones — la distinción que lo cambia todo

AFIRMACIONES

Enunciados verificables.

"Pesé 89 kilos el martes pasado."

"Comí cuatro veces fuera de casa esta semana."

Verdadero o falso — comprobable.

No organizan el futuro del paciente.

JUICIOS

Interpretaciones presentadas como hechos.

"No tengo disciplina."

"Con mi genética no puedo bajar de peso."

No es verdadero ni falso.

El problema: cuando el juicio se confunde con afirmación, se convierte en "realidad" que organiza cada intento de cambio.

No todos los juicios pesan igual — el circunstancial y el maestro

JUICIO CIRCUNSTANCIAL

Sobre una situación puntual.

"Esta semana no pude."

"Me costó el finde largo."

Habla de un episodio — no de quién es.

Se mueve fácil: cambia con la próxima semana.

JUICIO MAESTRO

Sobre el ser — y genera a los demás. (Echeverría)

"No tengo disciplina."

"Soy así, siempre fui así."

De él cuelgan todos los circunstanciales.

El problema: mientras no se toca, cada intento de cambio choca contra él — y el plan no se sostiene.

Las creencias más frecuentes en la consulta

"Siempre fui así"

Convierte una historia de hábitos en una descripción del ser. La historia no determina el futuro.

"No tengo fuerza de voluntad"

La más destructiva. Individualiza un problema multifactorial. Cada recaída confirma el supuesto defecto.

"Ya probé todo"

Historia de intentos fallidos que enseñó al cuerpo que el cambio no es para esta persona.

"No tengo tiempo"

A veces es cierta — y otras es "esto no es prioridad". Cada una requiere una intervención diferente.

"Mi familia no me acompaña"

Tiene mucho de realidad. Y también: el paciente no sabe cómo pedir lo que necesita.

Las creencias más frecuentes en la consulta

"Cuando baje de peso voy a..."

Pospone la vida. El paciente que espera estar "listo" para merecer algo — ese momento raramente llega.

"Soy golosa / adicta a la harina"

Identidad alimentaria pegajosa. Se trabaja separando identidad de conducta: el hábito se construyó — puede transformarse.

"Vivo a dieta y no bajo"

A veces es cierto — requiere evaluación clínica. Otras: la percepción está distorsionada por la culpa.

"El médico me dijo que no puedo"

Una autoridad que quitó agencia. ¿Qué prescribió realmente vs. qué interpretó el paciente?

"Cuando estoy estresada, como"

La más honesta. La convierte en destino. La intervención amplía el repertorio: ¿qué más podría hacer en ese momento?

“

**La emoción es al estado de ánimo
lo que el juicio circunstancial
es al juicio maestro.**

Lo de arriba pasa · lo de abajo organiza

*Por eso el plan se sostiene cuando intervenís sobre lo de abajo:
el estado de ánimo y el juicio maestro, no el episodio de hoy.*

Tres movimientos para trabajar creencias sin hacer terapia

01

Nombrar sin cuestionar

Cuando el paciente dice "yo soy así", no contradecirlo. Recibirlo.

"Sí, entiendo que tiene mucha historia eso. ¿Desde cuándo sentís que eso es así para vos?"

La pregunta no contradice — abre.

02

Buscar la excepción

En la historia de cualquier paciente siempre hubo un momento diferente. Esa excepción prueba que el cambio es posible para esa persona.

"¿Qué estaba presente en ese momento que ahora no está?"

03

Achicar la escala

Las creencias se instalan cuando la distancia al objetivo parece infranqueable. Fragmentar el primer paso hasta que la creencia no pueda tapanlo.

"¿Cuál sería el cambio más posible para vos esta semana?"

¿Qué creencia está detrás?

Mariana, 45 años, trabaja doble turno, dos hijos. Cuarta consulta. Dice: "Sé que tengo que cuidarme pero no puedo con mi vida así. Cuando me acomode, arranco de nuevo."

Para identificar

- ¿Qué juicio está presentando como hecho?
- ¿Qué emoción predomina en ese relato?
- ¿Qué historia se está contando sobre su propia capacidad de cambiar?

Para intervenir

- ¿Qué pregunta hacerle antes de proponer cualquier ajuste?
- ¿Cómo buscás la excepción en su historia?
- ¿Cuál sería el primer paso posible — no el ideal?

Preguntas que cierran vs. preguntas que abren

PREGUNTAS QUE CIERRAN

- ¿Siguió el plan esta semana?
- ¿Tomó el agua que le indiqué?
- ¿Cuántas veces comió fuera?

→ *El profesional controla.
El paciente rinde cuentas.*

PREGUNTAS QUE ABREN

- ¿Qué fue lo más difícil esta semana?
- ¿Qué pasó entre lo que acordamos y lo que pudiste hacer?
- ¿Qué necesitaría ser diferente para que la semana que viene sea más fácil?

→ *El paciente es parte del proceso.
Se construye un acuerdo real.*

El encuadre define qué tipo de conversación es posible — antes de que empiece.

Los 5 tipos de preguntas de coaching en la consulta

1

Estado emocional

"¿Cómo llegás hoy?" — tomar la temperatura antes del contenido de la consulta.

2

Exploración

"Cuando decís que no pudiste, ¿qué pasó concretamente?" — salir de la superficie del relato.

3

Posibilidad

"¿Qué sería lo más pequeño que podrías hacer diferente esta semana?" — abrir espacio.

4

Compromiso

"¿Qué de todo esto te ves pudiendo hacer? No lo ideal — lo posible." — construcción desde adentro.

5

Cierre

"¿Qué te llevás de hoy? ¿Cuándo y cómo lo vas a hacer?" — consolidar el aprendizaje.

No es cambiar palabras — es cambiar la relación

"Tenés que hacer esto"



"¿Qué de esto te ves pudiendo sostener?"

"No lo hiciste"



"¿Qué pasó entre lo que querías y lo que pasó?"

"Te explico"



"¿Qué entendés vos de esto?"

"Te falta compromiso"



"¿Qué te está costando más? ¿Qué necesitaría ser diferente?"

Construir el primer acuerdo

Elena, 38 años, diabética tipo 2. Tercera consulta. En las dos anteriores estuvo de acuerdo con el plan pero no pudo sostenerlo. Hoy llegó diciendo: "Sé que la decepcioné, pero otra vez no lo pude hacer."

Tu desafío:

¿Qué pregunta le hacés a Elena antes de proponer cualquier ajuste al plan?

¿Cómo reencuadrás tu rol en este tercer encuentro sin abandonar tu lugar clínico?

¿Cómo construí un acuerdo que Elena pueda realmente sostener — no el que vos querés que sostenga?

¿Qué me llevo para mi próxima consulta?

Elegí UNA — la que más resuena con vos hoy.

1 Antes de cada consulta, me pregunto: ¿desde qué emoción estoy entrando? ¿Qué observador voy a ser hoy?

2 Cuando el paciente no cumple, antes de ajustar el plan, me pregunto: ¿qué creencia puede estar organizando esto?

3 Voy a sustituir al menos una indicación por una pregunta en mi próxima consulta. Una sola. Y dejar el silencio después.

4 Voy a construir el compromiso de la semana con el paciente — preguntando qué ve posible, no imponiendo lo ideal.

Antes de cerrar...

Pausá el video y anotá en tu bitácora:

¿Qué aprendizajes o quiebres podrías incorporar después de la clase grabada?

“

**No se trata de hacer
más preguntas.**

**Se trata de hacer preguntas que el paciente
no podría hacerse solo.**

No se trata de dejar de indicar.

Se trata de saber cuándo indicar... y cuándo acompañar