

# **Programación Neuro-Lingüística (PNL): Bases y utilidad en gestión de la Incapacidad Temporal (IT).**

**Antonio Domínguez Muñoz.**

**Médico Internista. Asociación ACADEMIA.**

**Referencia: 1155887862**

**Resumen:** La PNL (Programación Neuro-lingüística) constituye un modelo básico acerca del funcionamiento de la mente y la percepción humana, cómo procesa la información y la experiencia y las diversas implicaciones que esto tiene para la obtención de objetivos personales o profesionales. Enseña a identificar las estrategias de las personas que han obtenido éxito en diferentes ámbitos, aprenderlas y enseñarlas a otros (modelar) para facilitar un cambio favorable. Este aprendizaje puede ser útil para los profesionales dedicados a la gestión de la Incapacidad Temporal, situación compleja que requiere un abordaje biopsicosocial, ya que optimiza los patrones universales de comunicación y percepción para reconocer e intervenir en los procesos diversos (aprendizaje, terapia, manejo del estrés, negociación, gestión de conflictos, etc.) que se viven en las consultas. Esta revisión trata de contribuir a la mejor y más adecuada gestión de la IT por parte de médicos de asistencia primaria, especialistas, mutuas de accidentes de trabajo e inspectores.

## **INTRODUCCIÓN**

### **A-INCAPACIDAD TEMPORAL (IT)**

La incapacidad temporal (IT) es una situación de impedimento para el trabajo cubierta por una prestación económica contributiva de la Seguridad Social (SS), que se define en el apartado a. del Artículo 128 de la Ley General de la Seguridad Social indicando: “Tendrán la consideración de situaciones determinantes de incapacidad temporal las debidas a enfermedad común o profesional y a accidente, sea o no de trabajo, mientras el trabajador reciba asistencia sanitaria de la Seguridad Social y esté impedido para el trabajo, con una duración máxima de doce meses, prorrogables por otros seis cuando se presuma que durante ellos puede el trabajador ser dado de alta médica por curación.”

En dicho ámbito de la Seguridad Social, se establece una clara distinción entre las Contingencias llamadas Profesionales (las derivadas de accidente de trabajo o enfermedad profesional, claramente determinadas por una serie de requisitos) y las Contingencias Comunes (CC), que corresponderían a accidentes no laborales y enfermedades no profesionales; Es decir, por exclusión, los casos que no cumplen los criterios de las Contingencias Profesionales (CP).

Ésta distinción establece además una diferencia sustancial en el tratamiento de los procesos médicos sujetos a ellas, de tal forma que los casos de CP recibirán tanto la asistencia sanitaria como la prestación económica de la misma entidad (Mutua de Accidentes de trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social -MATEPSS- principalmente, o bien directamente el Instituto Nacional de la Seguridad Social -INSS- en una pequeña proporción de casos); mientras que en los casos de CC existe una separación entre la asistencia sanitaria, prestada por el Sistema Público de Salud (SPS), competencia actualmente trasferida a las Comunidades Autónomas, y la

prestación económica de la IT, que corresponde a las MATEPSS o el INSS (ésta vez en una proporción aproximadamente equivalente entre ambos).

Las MATEPSS son entidades privadas colaboradoras de la Seguridad Social, sin ánimo de lucro y sometidas progresivamente a un mayor control contable por el Ministerio de Trabajo e Inmigración, que gestionan fondos públicos; la gran mayoría de las cuotas de Seguridad Social por CP y aproximadamente la mitad de las correspondientes a CC, en la que cada empresa puede optar libremente por las MATEPSS o el INSS.

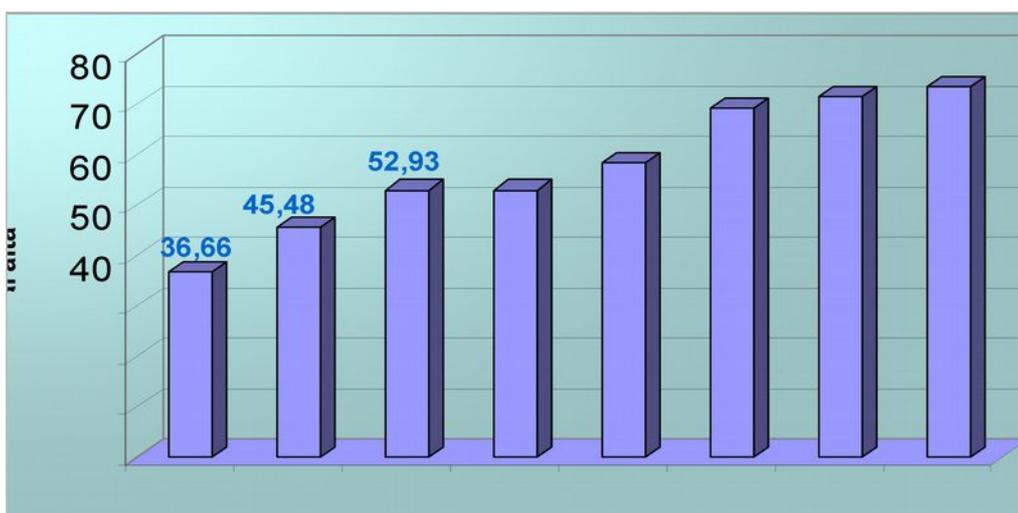
Nos centraremos en la Incapacidad Temporal por Contingencias Comunes (ITCC), en la que la complejidad y necesidad de coordinación es mucho mayor y que se reconoce como una “prestación refugio” con un marcado carácter de protección social, no exento de fraude, por ser indicada por un médico muy cercano al trabajador (el médico de cabecera, de familia o de asistencia primaria –AP-) prestando servicios para el Servicio Público de Salud (SPS), competencia de una administración (Comunidad Autónoma) que no es la responsable del abono de la prestación de IT contra sus propios presupuestos, sino que dicha obligación corresponde a los de la Administración del Estado.

De hecho, podríamos realizar una comparación lógica entre la prestación de IT y la prestación farmacéutica; ambas son recursos terapéuticos prescritos por los médicos del SPS, pero la primera es abonada con cargo al presupuesto de la SS y la segunda, ésta sí, a cargo de la Comunidad Autónoma de la que depende el médico prescriptor; la primera sometida a un estricto control desde mediados de los años noventa, y la segunda creciendo por encima del 10% anual desde finales de los ochenta y en el primer lustro de ésta década:

*“el absentismo por incapacidad temporal tiene un coste directo e indirecto que puede cuantificarse en más de 12.000 millones de euros anuales sin contar el gasto de pensiones por invalidez [...] es decir, más de 90 euros/año por persona con derecho a IT, superior si cabe al coste de la prestación farmacéutica. Por ello, sin prescindir de ninguna medida de control sería preciso habilitar nuevas formas de actuación que prevengan la aparición de las bajas, especialmente si consideramos que dos tercios de la IT corresponderían a simuladores y a demoras al acceso a Atención Especializada [...]*

*Al facultativo de Primaria se le hace responsable de las bajas laborales pero no obtiene ningún beneficio directo o indirecto de su gestión lo que origina una clara desmotivación en aras de la actividad puramente asistencial. Además el facultativo de este nivel no ha recibido formación en materia de valoración de la incapacidad. Un repaso a los programas de las distintas especialidades y tratados de medicina ponen de manifiesto que la IT no es sistemáticamente contemplada como parte del tratamiento de las principales patologías que generan y perpetúan la IT.[...]*

*Hemos propuesto un modelo de gestión de la Incapacidad Temporal que homologa la baja laboral a una prescripción médica, por ello utiliza medidas de control propias del Sistema Sanitario para la consecución de su objetivo. A estas medidas se añadiría una mejora constante del acceso a la Atención Especializada. El modelo considera como imprescindible un programa de formación de los facultativos en materia de valoración de la Incapacidad Temporal para lograr su participación activa.” (Navarro, 2003)*



**SECTOR MATEPSS 1996-2003: Duración media de los procesos de IT en trabajadores por cuenta ajena (Procesos indemnizados >15 días).**

El médico de AP, según leemos en su principal revista profesional, realiza –o debería realizar- en cada caso de prescripción de IT, además de la propiamente asistencial, una función específica que podríamos considerar médico-pericial, evaluadora o valoradora, con efectos importantes y a diversos niveles:

*“La determinación de una situación de incapacidad temporal (IT) corresponde al médico que atiende al paciente y es una decisión clínica que comporta evaluar si éste puede desempeñar su trabajo habitual en función del problema de salud que presenta. No hay duda de que al prescribir una IT el médico realiza una valoración; es decir, aplica un plan terapéutico de acuerdo con un pronóstico.*

*Asimismo, la prescripción de la IT, mediante la extensión del comunicado o parte de baja, justifica la ausencia del trabajo y da derecho a recibir las prestaciones económicas de la Seguridad Social, que finalizan cuando se certifica el comunicado o parte de alta. A estos documentos se les ha dado una finalidad fundamentalmente administrativa y son cuestionados como fuente de información epidemiológica debido, entre otros motivos, a la cumplimentación incompleta de variables básicas (edad, sexo o diagnóstico), lo que sustenta la idea de que la información de los partes era deficiente e inducía sistemáticamente a error.” (Castejón, 2006)*

Diversas circunstancias, sanitarias o no, influyen sobre ésta prestación habiendo llegado a suponer, por su magnitud, un auténtico problema para el Sistema de la Seguridad Social, como también ocurre en otros países con un sistema de protección social que permite obtener rentas en ausencia de actividad laboral debida a motivos de salud.

La incidencia de la ITCC parece mayor a mayor “estado del bienestar” del país del que hablemos y, como su tradición indica, en algunos países del Norte de Europa como Finlandia, la IT tiene una frecuencia ajustada por edad del 24% de los trabajadores al año. (Gimeno, 2004) aunque el gasto, la prevalencia y la duración media pueden seguir un patrón diferente.

**Table 1** Age adjusted percentage of employees with sickness absence\* in each of the 15 member states of the European Union, 2000

Country	n	Total		Men		Women	
		%	(95% CI)	%	(95% CI)	%	(95% CI)
Greece	496	6.7	(4.8 to 9.3)	8.9	(6.1 to 12.8)	3.5	(1.7 to 7.1)
Ireland	1078	8.3	(6.8 to 10.1)	9.2	(7.1 to 12.0)	7.3	(5.4 to 9.9)
Portugal	1011	8.4	(6.9 to 10.3)	10.1	(7.7 to 13.1)	6.8	(5.0 to 9.3)
Italy	1025	8.5	(6.9 to 10.4)	9.9	(7.8 to 12.5)	6.4	(4.4 to 9.2)
United Kingdom	1212	11.7	(10.0 to 13.7)	13.3	(10.9 to 16.2)	10.0	(7.8 to 12.7)
Spain	1032	11.8	(10.0 to 13.9)	13.5	(11.1 to 16.2)	8.6	(6.1 to 12.1)
Denmark	1221	12.4	(10.7 to 14.4)	12.9	(10.4 to 15.8)	12.0	(9.7 to 14.8)
France	1212	14.3	(12.4 to 16.4)	15.4	(12.8 to 18.3)	12.9	(10.4 to 16.0)
Belgium	1201	15.6	(13.6 to 17.7)	15.4	(12.9 to 18.3)	15.8	(12.9 to 19.3)
Austria	1236	16.0	(14.1 to 18.2)	20.4	(17.3 to 23.8)	12.1	(9.8 to 14.8)
Sweden	1323	17.0	(15.0 to 19.1)	14.9	(12.3 to 17.9)	18.8	(16.1 to 21.9)
Luxembourg	425	17.4	(14.1 to 21.3)	21.4	(16.8 to 26.7)	11.1	(7.1 to 16.9)
Germany	1265	18.3	(16.3 to 20.5)	21.1	(18.2 to 24.4)	15.0	(12.3 to 18.2)
Netherlands	1367	20.3	(18.3 to 22.6)	21.8	(18.9 to 25.1)	18.9	(16.2 to 22.0)
Finland	1153	24.0	(21.6 to 26.6)	22.0	(18.7 to 25.7)	25.7	(22.4 to 29.3)
Total	16257	14.5	(13.9 to 15.0)	15.5	(14.7 to 16.3)	13.3	(12.6 to 14.1)

\*Absent at least one day in the past 12 months by an accident at work, by health problems caused by the work, or by other health problems.

**Tomado de: Gimeno D, et al. Distribution of sickness absence in the European Union countries. Occup Environ Med 2004; 61:867–869.**

Volviendo a la misma publicación de AP referida más arriba, vemos que describen muy acertadamente algunas de éstas tendencias:

*“En los últimos años se ha observado un aumento de los sujetos que refieren tener que restringir su actividad laboral a causa de una enfermedad, y uno de cada 5 adultos declara una limitación por esta causa superior a los 10 días. Entre 1988 y 1994, el coste se incrementa más de un 10% anual. Al verificar el gasto de un centro sanitario, la mitad corresponde a incapacidad laboral (IT), que casi duplica el gasto farmacéutico y triplica los gastos en salarios. A pesar de lo elevado de esta parte del gasto, apenas se ha incidido sobre ella, si lo comparamos con otros procesos, como el gasto farmacéutico o los ingresos hospitalarios, sobre los que continuamente se ponen en marcha medidas para tratar de racionalizarlos.*

*En una publicación reciente, la Sociedad Española de Medicina General analiza la problemática de la IT y establece dos grandes grupos de causas que incrementan el riesgo de presentarla: por una parte, aspectos derivados de las características del trabajador, y por otra parte, factores dependientes de la estructura sanitaria. En*

cuanto a los grupos diagnósticos que son causa de IT, hay diferencias entre diversos autores.

Pero además, esta prestación dificulta la relación médico-paciente y contrapone el principio de justicia y el de beneficencia, sabiendo que éticamente debe primar el primero, por su aspecto social de velar sobre el bien común, sobre el segundo, con incidencia más individual.” (González-Barcala, 2006)

Éste mismo autor avanza en sus consideraciones y sus resultados, con datos obtenidos de una población gallega de unos 57.000 habitantes, y aporta diversos datos útiles para enmarcar el tema del que tratamos como, por ejemplo, la distribución de la IT por grupos de diagnóstico:

“Se ha registrado un total de 1.513 episodios de IT, con una duración media de 74 días, y un total de 112.331 días perdidos. Las enfermedades más frecuentes fueron las del sistema osteomioarticular (SOMA), las lesiones y envenenamientos (LYE) y las del aparato respiratorio (NML). En cuanto a los días perdidos, las enfermedades del SOMA y el LYE siguen siendo las primeras causantes, aunque seguidas, en este caso, por los trastornos mentales (tabla 1).

La duración de la IT presentó una asociación significativa con el sexo del paciente, la edad, el domicilio, el régimen de la SS, la época de la baja, el diagnóstico y el motivo de alta. Así, se encuentra una mayor duración en las mujeres, en el grupo de mayor edad, en los sujetos con domicilio rural, en el régimen de afiliación de autónomos, agrario por cuenta propia o empleados de hogar, durante el período de verano, y en los diagnósticos de enfermedades mentales y del aparato circulatorio. [...]

Los días de trabajo perdidos dependerán tanto de la frecuencia como de la duración de los episodios de IT. Los 3 grupos diagnósticos con mayor número de días perdidos son los del SOMA, LYE y enfermedades mentales, y estas tres suponen el 65% del total de días perdidos.” (González-Barcala, 2006)

**TABLA 1** Duración en días de la incapacidad temporal por grupos diagnósticos

Diagnóstico	Frecuencia, n (%)	Duración, días (mediana)	Duración (media ± DE)	Total días perdidos, n (%)
Infecciones	56 (3,7)	11	33,16 ± 78,36	1.857 (1,65)
Mentales	123 (8,1)	89	131,02 ± 134,55	16.115 (14,34)
Sistema nervioso	64 (4,2)	26,50	64,97 ± 95,86	4.158 (3,70)
Circulatorio	48 (3,2)	101	154 ± 159,15	7.392 (6,58)
Respiratorio	236 (15,6)	8,5	20,56 ± 37,96	4.853 (4,32)
Digestivo	67 (4,4)	18	54,27 ± 87,02	3.636 (3,24)
SOMA	474 (31,3)	50	88,23 ± 108,73	41.820 (37,23)
Mal definidos	54 (3,6)	28	79,09 ± 122,93	4.271 (3,80)
LYE	294 (19,4)	39	68,40 ± 82,60	20.111 (17,90)
Resto	97 (6,4)	47	83,69 ± 103,58	8.118 (7,23)
Total	1.513	33	74,24 ± 103,5	11.2331

SOMA: sistema osteomioarticular; LYE: lesiones y envenenamientos; DE: desviación estándar.

**Tomado de: González-Barcala FJ et al. Determinantes de la duración de la incapacidad temporal y la vuelta al trabajo en un área sanitaria de Galicia. Aten Primaria. 2006; 37(8):431-8**

Igualmente, se hacen referencias a la marcada influencia de aspectos tales como el régimen de cotización del trabajador o el tipo de contingencia de un accidente. De hecho, uno de los aspectos más llamativos de la duración media de la ITCC es la mucho mayor duración de los mismos grupos de diagnóstico cuando el trabajador concluye su contrato estando en IT, quedando en la situación de “pago directo”, es decir, percibiendo la prestación económica directamente de la MATEPSS o el INSS y sin tener un puesto de trabajo al que volver. Algo parecido ocurre con los regímenes especiales de trabajo por cuenta propia, en los que la incidencia de IT es baja, pero la duración media de los procesos es muy superior.

Probablemente caben muchas interpretaciones, desde las más favorables (sólo solicitan la IT cuando el proceso es grave y por ello dura más), hasta las más prosaicas, como la posibilidad de mantener una actividad laboral encubierta o los casos de trabajadores con patología previa que se afilian a una actividad por cuenta propia inexistente para completar el periodo de cotización, con largos periodos de IT por recaídas, que sirven para financiar la cotización hasta poder obtener la Incapacidad Permanente (IP) o la revisión del grado.

**TABLA 2** Factores asociados con la duración de la incapacidad temporal

	Frecuencia (%)	Duración mediana, días	Duración media $\pm$ DE, días	p
Sexo				0,000
Varones	880 (58,2%)	27	70,58 $\pm$ 106,62	
Mujeres	633 (41,8%)	44	79,34 $\pm$ 98,86	
Edad, años				0,000
< 25	145 (9,7%)	15	42,49 $\pm$ 81,24	
26-35	327 (21,9%)	18	52,84 $\pm$ 89,76	
36-45	392 (26,3%)	25	66,38 $\pm$ 103	
46-55	335 (22,5%)	49	94,81 $\pm$ 116,63	
$\geq$ 56	293 (19,6%)	72	100,03 $\pm$ 98,86	
Domicilio				0,000
Urbano	894 (59,1%)	25	61,94 $\pm$ 91,53	
Rural	619 (40,9%)	49	92,01 $\pm$ 116,48	
Régimen				0,000
General	1.129 (74,6%)	19	55,6 $\pm$ 90,01	
Autónomos	142 (9,4%)	78,5	122,92 $\pm$ 118,84	
Agrario-cuenta propia	224 (14,8%)	86	136 $\pm$ 119,83	
Agrario-cuenta ajena	12 (0,8%)	42	58 $\pm$ 64,83	
Empleados hogar	6 (0,4%)	78,5	158 $\pm$ 195,28	
Contingencia				0,367
Enfermedad común	1.253 (85,8%)	32	75,78 $\pm$ 106,2	
Accidente no laboral	178 (12,2%)	39	66,24 $\pm$ 86,03	
Accidente laboral	28 (1,9%)	23,50	47,21 $\pm$ 71,41	
Enfermedad profesional	2 (0,1%)	15	15 $\pm$ 0	
Época de baja				0,004
Verano	773 (51,1%)	37	79,86 $\pm$ 107,75	
Invierno	740 (48,9%)	29	68,37 $\pm$ 98,6	

**Tomado de: González-Barcala FJ et al. Determinantes de la duración de la incapacidad temporal y la vuelta al trabajo en un área sanitaria de Galicia. Aten Primaria. 2006; 37(8):431-8**

En un atinado comentario editorial al artículo que estamos revisando, el Dr. López-Lázaro añade una serie de reflexiones interesantes:

*“La cuestión de la IT es de gran importancia económica. Se calcula que su coste supone aproximadamente el 50% del gasto anual de un equipo de atención primaria que atiende a unos 18.000 habitantes, o del 1 al 5% del PIB de un país desarrollado de nuestro entorno. El tema implica a diversos estamentos con intereses no coincidentes: el trabajador, la Seguridad Social, la empresa, y el médico quien, como encargado por la sociedad de valorar el estado de salud desfavorable que impide temporalmente el desarrollo del trabajo (que la empresa pierde o ha de reemplazar), lo que da lugar a la prestación sustitutoria (que la Seguridad Social ha de cubrir), se encuentra en la difícil situación de árbitro.[...]”*

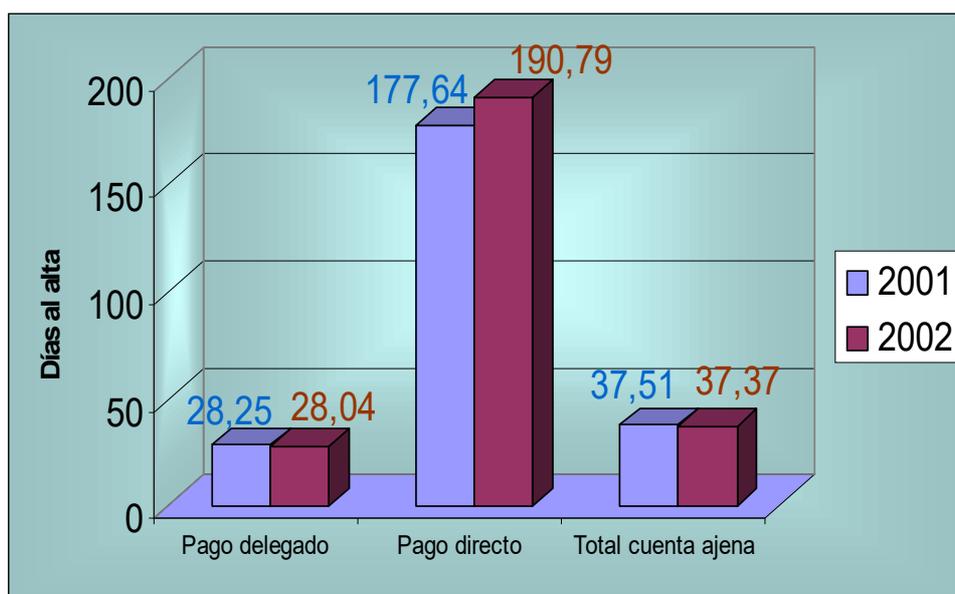
*La importancia económica de la IT y la presencia de conflictos de intereses obliga a la cumplimentación por el médico asistencial de una serie de documentos para permitir su control, lo que supone una carga de trabajo añadida. Dicha carga administrativa contribuye a que la IT, aun siendo intrínsecamente una prescripción médica, sea vista a menudo por los médicos más como un acto burocrático-administrativo que en su vertiente técnico-científica.[...]*

*Los datos presentados constituyen una aportación importante a futuras investigaciones y a la elaboración de protocolos y documentos de consenso que sirvan de base a la mejora de las estrategias de gestión y, así, limiten la carga burocrática y reduzcan el grado de conflictividad y judicialización asociado con la IT sin menoscabar el cuidado del paciente. Futuras investigaciones deben hacer más hincapié en el diseño de estrategias de control (lo que no debe ser considerado como una crítica al presente artículo, el cual resultaría apropiado como fase previa a dicha tarea) y en la estacionalidad –importante en la planificación de la asistencia– y sus factores subyacentes.” (López-Lázaro, 2006)*

Por último, desde la misma revista de AP, se reconoce el carácter de “refugio” de ésta prestación, con independencia de los aspectos puramente médico-sanitarios, entrando en los propiamente laborales o sociales:

*“En efecto, tal como se había señalado, la incapacidad es algo más que un problema de salud y la ocupación ha resultado ser el predictor de mayor peso en la incidencia de IT. Esto es, aunque se traten de problemas de salud no producidos por las condiciones de trabajo, las llamadas contingencias comunes, éstas determinan si el trabajador con una lumbalgia o una infección viral puede o no realizar su tarea habitual. En este sentido, la IT se puede entender también como un recurso para afrontar situaciones problemáticas (coping), ya sea como reacción a un problema de salud o a la percepción de las causas de su malestar. Algo similar han encontrado Buitrago et al, que observan una diferencia significativa por grupos laborales en una muestra de 1.098 episodios de corta duración en un centro de atención primaria.”(Benavides, 2005)*

Éste último aspecto es muy marcado, como ya hemos indicado arriba, en los trabajadores con contratos temporales que inician una IT o aquellos que son despedidos estando en IT. En éstos, la duración media de la ITCC es seis veces mayor (incluso para los mismos grupos de diagnóstico) cuando el trabajador ha concluido su relación laboral estando en IT, quedando en la situación de “pago directo”, es decir, percibiendo la prestación económica directamente de la MATEPSS o el INSS y sin tener un puesto de trabajo.



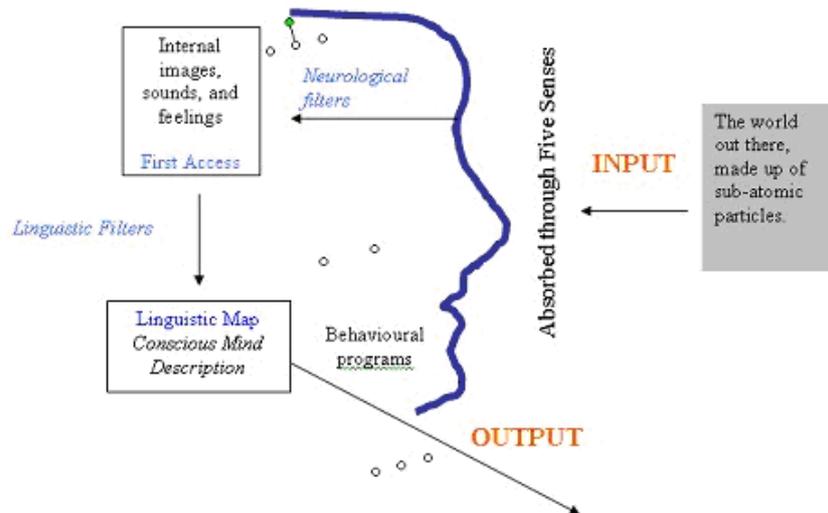
**SECTOR MATEPSS 2001-2002: Duración media de los procesos de IT en trabajadores por cuenta ajena, en función de si continuaban vinculados laboralmente a la empresa (pago delegado) o no (pago directo).**

En muchos casos, se trata de un fraude desde el principio; el trabajador –con conocimiento o no del empresario o el gestor- inicia un contrato laboral con la única intención de solicitar una IT por recaída de patología crónica, preexistente y, a veces, claramente incapacitante para el puesto a cubrir. En otros, pocos días antes del final de un contrato temporal y una vez el trabajador ha sido informado de la no renovación, inicia una IT en relación con un proceso psico-emocional (difícilmente objetivable) o con patología previa de la que, en realidad, no está padeciendo (hernias abdominales, discales, etc.).

En otros muchos, la IT se inicia, incluso tras asesoramiento por letrado o sindicato, como parte de un conflicto laboral entre el trabajador (habitualmente, la parte más débil) y su empresa. Éste tipo de IT ha sido bautizada, con acierto, por un Magistrado del Tribunal Supremo como la “IT estratégica”, aunque con frecuencia sería más bien una “IT táctica” por su evidente carácter de reacción a corto plazo ante determinados movimientos de la empresa.

**B-PROGRAMACIÓN NEURO-LINGÜÍSTICA (PNL)**

La Programación Neuro-lingüística es una escuela de pensamiento pragmática que provee herramientas y habilidades para el desarrollo personal y la obtención de objetivos mediante la generación de estados de excelencia en comunicación y cambio. Promueve la flexibilidad del comportamiento, el pensamiento estratégico y la comprensión de los procesos mentales. Se centra en el estudio de la experiencia humana subjetiva, de cómo organizamos lo que percibimos y cómo revisamos y filtramos el mundo exterior mediante nuestros sentidos. Además, explora cómo transmitimos nuestra representación del mundo a través del lenguaje.



Tomado de: Vision, 2005, <http://www.visioncoachingservices.com/life/nlp.htm>

Originalmente concebida para mejorar los procesos terapéuticos, los resultados que se obtuvieron lograron que su utilización trascendiera esa frontera. Profesionales individuales -médicos, psicólogos, educadores y de otras diversas áreas- e importantes entidades públicas y privadas aplican actualmente la PNL, tanto para el desarrollo individual como para la optimización de cada grupo humano.

Una de las mayores dificultades es definir lo que es PNL, una formulación lógica cuando se conoce su génesis en Santa Cruz (California) en 1976, por Bandler y Grindler (O'Connor, 1993) pero disuasoria para el no iniciado. La versión más reducida, aunque no exenta de encanto, sería la que considera la PNL como “el know-how del éxito”.

En versión más extendida, propondría ésta otra definición encontrada en la bibliografía consultada:

*“Según González (1996), la PNL es un meta-modelo porque va más allá de una simple comunicación. Este meta-modelo adopta como una de sus estrategias, preguntas claves para averiguar que significan las palabras para las personas. Se centra en la estructura de la experiencia, mas que en el contenido de ella. Se presenta como el estudio del “cómo” de las experiencias de cada quien, el estudio del mundo subjetivo de las personas y de las formas como se estructura la experiencia subjetiva y se comunica a otros, mediante el lenguaje. Es un modelo de comunicación, un modelo de comportamiento, que busca describir y sistematizar unos cuantos aspectos sutiles de la comunicación y que de alguna forma contribuyen a que se produzca algún resultado requerido. La PNL, estudia la manera como las personas se comunican entre sí y como se comunican consigo misma para usar sus recursos en una forma óptima para crear ciertas alternativas de comportamiento y para obtener ciertos resultados. Esto permite que la conducta sea concebida como consecuencia o resultado de complejos procesamientos neurofisiológicos de la información percibida por los órganos sensoriales. Procesamientos que son representados, ordenados y sistematizados en modelos y estrategias, a través de sistemas de comunicación como el lenguaje. Estos sistemas tienen componentes que hacen posible la experiencia y pueden ser*

*intencionalmente organizados y programados para alcanzar ciertos propósitos. Bandler y Grinder (1993), logran englobar tres aspectos con respecto al término PNL:*

*Programación: se refiere al proceso de organizar los elementos de un sistema (representaciones sensoriales), para lograr resultados específicos. Define la capacidad para producir y aplicar programas de comportamiento. Se refiere a la organización mental, cómo están organizadas las categorías mentales, las cuales sirven para interpretar el mundo exterior.*

*Neuro: (del griego Neurón, que quiere decir nervio), se refiere a las percepciones sensoriales que determinan el estado interior, tanto desde el punto de vista neurológico como en el subjetivo. Representa el principio básico de que toda conducta es el resultado de los procesos neurológicos.*

*Lingüística: (del latín Lingua, que quiere decir lenguaje), indica que los procesos nerviosos están representados y organizados secuencialmente en modelos y estrategias mediante el sistema del lenguaje y comunicación. Se refiere a los medios de comunicación humana. Es la comunicación verbal y no verbal, que se observa en el comportamiento externo, que expresan al comunicarse.*

*La Programación se refiere a organizar las representaciones sensoriales a fin de lograr resultados específicos, representa los resultados neurológicos a fin lograr mejora en la conducta y representa una característica que no es común en todas las especies y que forma parte de la comunicación, que organizados secuencialmente en modelos y estrategias pueden mejorar los sistemas nerviosos.*

*Desde la perspectiva de la PNL, es esta intersección la que produce comportamientos efectivos e inefectivos, y es responsable del proceso atrás de la excelencia y de la patología humana. Muchos de estos patrones fueron derivados de la observación de patrones de excelencia de expertos en diversos campos de la comunicación humana, incluyendo: psicoterapia, administración, hipnosis, derecho y educación*

*El concepto PNL, fue creado por Jonh Grinder y Richard Bandler, a principios de los años setenta. Al respecto cabe citar la opinión de Bandler (1982, p.7) quien afirma: “La programación Neuro-Lingüística es el nombre que inventé para evitar la especialización de un campo o en otro... una de las maneras que la (PNL) representa, es enfocar el aprendizaje humano... básicamente desarrollamos maneras de enseñarle a la gente a usar su propia cabeza.”*

*Robbins, también aporta un concepto significativo sobre la PNL al considerar que es el estudio de cómo el lenguaje, tanto el verbal como el no verbal, afecta el sistema nervioso, es decir, que a través del proceso de la comunicación se puede dirigir el cerebro para lograr resultados óptimos. Podría pues, decirse, que la PNL es un conjunto de herramientas, procedimientos, destrezas y estrategias que resultan muy útiles en cualquier situación de interacción humana. De allí, su utilidad en diversos campos La PNL es un estudio de excelencia humana, puesto que da la oportunidad de crecer continuamente en los aspectos emocionales, psicológicos, intelectuales, artísticos sociales y económicos y al mismo tiempo contribuye en forma positiva con el progreso de los demás. Estos aspectos tienen un alto valor en el campo educativo, porque de allí parte la idea de utilizar la PNL como herramienta estratégica para la*

*eficacia del proceso de enseñanza-aprendizaje. Siendo así muy probable que la aplicación adecuada de un modelo de comunicación como lo es la PNL, ayude a ese profesional a aumentar su poder comunicador y su potencial persuasivo en el contacto con las personas de su entorno y, por consiguiente, a incrementar su efectividad en su respectivo rol.*

*La PNL es una ciencia del comportamiento que incluye:*

*Una Epistemología--Un sistema de conocimiento y valores.*

*Una Metodología--Procesos y procedimientos para aplicar los conocimientos y valores.*

*Una Tecnología--Herramientas para ayudar a la aplicación de conocimientos y valores.” (Quintero, 2005)*

En una analogía clásica, se compara la PNL con el software del cerebro humano, esta técnica describe cómo la mente trabaja y se estructura, cómo las personas piensan, aprenden, se motivan, interactúan, se comunican, evolucionan y cambian. Mediante el estudio detallado de la comunicación, verbal o no verbal, la PNL se plantea como un medio útil y accesible de autoconocimiento y evolución personal.

## **Principios básicos de PNL**

Como cualquier otra disciplina, la PNL se basa en ciertos principios que, en general, ya habían sido postulados previamente (Carrión, 2003) y fueron progresivamente incorporados a la PNL en las sucesivas estructuraciones. La comprensión de estos principios es la que permitiría las mejoras resultantes de la PNL cuando se aplica a las situaciones cotidianas.

### ***1. El mapa no es el territorio.***

Basada en el constructivismo, corriente de pensamiento surgida hacia mediados del siglo XX de la mano de investigadores de disciplinas muy diversas (psiquiatras, físicos, matemáticos, biólogos, etc.), su orientación fundamental parte de Kant cuando distingue entre el fenómeno y la cosa en sí; Kant, afirma que la realidad no se encuentra “fuera” de quien la observa, sino que en cierto modo es “construida” por el aparato cognitivo.

En éste sentido, y a fin de eliminar la presunción de realidad en la explicación del conocimiento, Von Glasersfeld (1996) enuncia los siguientes principios básicos:

El conocimiento “no se recibe pasivamente, ni a través de los sentidos, ni por medio de la comunicación, sino que es construido activamente por el sujeto cognoscente”.

“La función del conocimiento es adaptativa, en el sentido biológico del término, tendente hacia el ajuste o la viabilidad”.

“La cognición sirve para la organización del mundo experiencial del sujeto, no al descubrimiento de una realidad ontológica objetiva”.

Existe una necesidad de socialización, en los términos de “una construcción conceptual de los “otros” y, en este sentido, las otras subjetividades se construyen a partir del campo experiencial del individuo. Según esta tesis, originada en Kant, la primera interacción debe ser con la experiencia individual.

La PNL considera que todos interpretamos lo que sucede a nuestro alrededor a través de nuestros cinco sentidos. Lo que uno cree sobre lo que ve, oye y siente se basa en características individuales, tanto genéticas como ambientales (experiencias de su vida, contexto, circunstancias) que filtran cualquier información que le llega a través de los sentidos. Lo que es útil a una persona a otra puede no servirle. Nuestra interpretación única de todo lo que nos rodea se convierte en un mapa mental personal. Este mapa personal conforma nuestra realidad: nuestra comprensión o conciencia del mundo. Pero el mapa mental de cada persona es diferente al de otra.

Así, cada uno de nosotros vemos las cosas de forma diferente, y ninguno de nuestros mapas es la realidad objetiva. Es decir, nadie conoce el territorio del mundo exterior, objetivo; sólo se trata de interpretaciones subjetivas. Ninguno de nosotros puede afirmar que percibe con objetividad; sólo hemos filtrado los hechos y las circunstancias de distintas maneras. Todos tenemos creencias diferentes acerca de multitud de cosas, dado que tenemos mapas diferentes del mismo territorio a los que consideramos como el propio -el auténtico- territorio. Esto explica para la PNL los diversos conflictos y los numerosos problemas entre personas bienintencionadas, provocados por esos diferentes mapas del mismo territorio. Al mismo tiempo, nos abre la posibilidad de comprender las percepciones de otras personas y los enormes beneficios de una mejor comunicación.

Entender cómo el mapa de alguien difiere del nuestro no sólo evita la pérdida de tiempo y esfuerzo, desperdiciados en una mala comunicación, sino también nos permite saber qué mueve a otras personas y cómo se puede influir positivamente para ayudarles y que consigan alcanzar sus metas.

La PNL establece una distinción entre nuestro comportamiento y nuestras intenciones; Lo que hacemos y lo que queremos alcanzar. Asume que existe una intención positiva detrás de todo lo que hacemos, con independencia del comportamiento y su valoración. Siempre apuntamos hacia algún objetivo que es positivo y valioso para nosotros, sin importarnos que tenga que ser igualmente valorado por los demás y sin que de un comportamiento determinado e inapropiado pueda deducirse una intención negativa.

## ***2. Las interacciones humanas se estructuran como un Sistema Cibernético:***

Bandler y Grindler fueron muy influenciados (favorablemente, sin duda) por su vecino Gregory Bateson, del Mental Research Institute de Palo Alto. En círculos académicos, éste es una figura de culto cuyo atractivo incluye su discreción, excentricidad y diversidad de intereses. Un creciente interés en el holismo, los sistemas y la cibernética ha impulsado posteriormente a educadores y estudiantes a estudiar los trabajos de Bateson. Éste, no tenía mucho respeto por los estándares contemporáneos de escritura académico-científica, sus trabajos tenían frecuentemente la forma de un ensayo más que de una disertación científica, utilizaba metáforas y una inusual elección de las fuentes, citando a antiguos poetas e ignorando las fuentes científicas recientes, por ejemplo.

Al mismo tiempo, escribía en un nivel muy abstracto. De cualquier manera, como ocurre a menudo con los heterodoxos, muchos expertos consideran que sus trabajos contienen un gran aporte de pensamiento original al que vale la pena acercarse, aunque necesite de una lectura cuidadosa. Fue una fuente de inspiración en el campo de la terapia familiar y la PNL, como mentor de Richard Bandler y John Grinder así como

por sus vínculos con el médico Milton Erickson, figura clave de la hipnosis. Otro de los lazos, quizá el principal, que conecta la PNL con el trabajo de Bateson es la conexión con la naciente teoría general de sistemas y la cibernética. Bateson ha abordado los centros de estos campos, así como su relación con la epistemología y éste interés central provee las tendencias de su pensamiento.

La segunda idea clave de la PNL plantea que las relaciones humanas no siguen un modelo de acción-reacción, sino que intervienen mucho más elementos que interactúan. Así, las interacciones humanas son un circuito sistémico de feedback (retroalimentación). Como ejemplos, si una persona puede hacer algo, cualquier otra puede aprender a hacerlo. Nuestras capacidades están latentes. El que no las hayamos desarrollado no significa que no podamos hacerlo. Las personas estamos dotadas de todos los recursos que necesitamos.

La elección es mejor que la no elección. Disponer de opciones significa disponer de una mayor libertad para actuar, y también tener una mayor posibilidad de conseguir lo que se desea. Gran parte de la PNL se ocupa de aportar más opciones o ideas. Para PNL una opción no es realmente una opción; dos opciones pueden ser un dilema y serían tres o más opciones las que nos proporcionan la libertad para conseguir los objetivos que buscamos.

Cada persona procesa y piensa de forma distinta, según sea su forma de percibir el mundo y el uso de los sentidos que utiliza para ello. Nuestra programación (sistema representativo y sistema director, ver más adelante) es individual y se ve afectada por nuestros filtros mentales, además de por nuestros modos de percepción preferidos, que serían principalmente; Visual (vista, imágenes), Auditivo (sonidos, palabras) y Cenestésico (tacto, sensaciones). Todo ello influye en nuestra forma de procesar la información, elaborar el pensamiento, usar la memoria y comunicarnos con los demás.

El significado de la comunicación es la respuesta que produce. Si una comunicación que emitimos no genera el efecto buscado, nuestra reacción inicial podría ser culpar a la otra persona, la del extremo receptor. El enfoque alternativo a través de la PNL es el de tratar el resultado (comunicación ineficaz) sólo como una información, que nos sirve de base para cambiar nuestro comportamiento, si es necesario de forma repetida, hasta que se obtengan los efectos deseados. Si tenemos problemas de comunicación, debemos ser nosotros quienes hemos de aprender a cambiar la forma de “emitir” los mensajes, ya que el “receptor” responderá a los estímulos que reciba. No podemos no comunicar.

Cada comportamiento es útil en alguna situación o contexto, no hay saber inútil y todo conocimiento puede ser usado en algún contexto determinado para obtener un objetivo. Nuestra flexibilidad personal determinará nuestro éxito; ésta flexibilidad es necesaria para adaptarse al cambio -lo único seguro en la vida es, precisamente, el cambio- del medio en el que nos encontremos (Johnson, 2000).

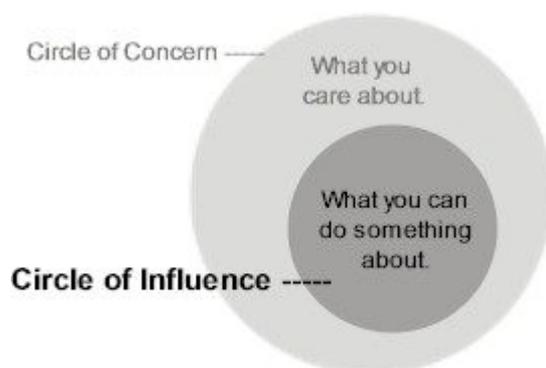
No hay fracasos (failures), sólo retroalimentación (feedbacks). Si las cosas no salen del modo en que las planeamos, pensamos que hemos fracasado. El punto de vista en PNL es que lo que sucede como resultado de un intento no es bueno ni malo, sino mera información a tener en cuenta. Si se produjeron demasiados errores en el proceso, no significa que fracasamos, sólo que debemos aprender dónde están los puntos críticos y cuales son los resultados de actuar de una determinada manera.

Si lo que hacemos no funciona, hagamos cualquier otra cosa. ¿Para qué seguir haciendo más veces lo mismo? Dado que ya conocemos el resultado y no es el que buscamos, cualquier otra cosa que hagamos, menos la que ya sabemos que no funciona, nos dará un resultado diferente y puede que sea el que corresponde a nuestra intención.

## Planificar con PNL

Los textos de PNL insisten en el aprovechamiento sistemático de las capacidades de ambos hemisferios del cerebro para establecer objetivos concretos y nítidos, que tendrán la mejor posibilidad de éxito. En el momento de planificar debemos preguntarnos:

1. ¿Son específicos nuestros objetivos? Se debe ser muy preciso respecto a lo que queremos o pretendemos alcanzar.
2. ¿Están nuestros objetivos dentro de nuestro control personal? Debe verificarse que cada objetivo se encuentra razonablemente dentro del ámbito de nuestras posibilidades, es decir dentro del llamado “circulo de influencia” (Covey, 1989).



### Características de los Círculos de influencia y Círculos de Preocupación; Tomado de [www.changezone.co.uk/STEVE/NLP.htm](http://www.changezone.co.uk/STEVE/NLP.htm).

3. ¿Tenemos lo que nos hace falta para realizar nuestros objetivos? Es preciso verificar que contamos o podemos contar fácilmente con los recursos que necesitamos utilizar para alcanzar los objetivos.
4. ¿Cómo sabremos cuándo hemos alcanzado nuestros objetivos? No sólo se debe ser específico y concreto en cuanto a los objetivos a alcanzar, sino también debemos ser capaces de medir de alguna manera, usando nuestros sentidos cuando habremos alcanzado los logros.
5. ¿Están nuestros objetivos expresados positivamente? Esto implica pensar acerca de lo que queremos, en vez de en lo que no queremos. Se considera que, en algunos aspectos nuestra mente subconsciente tiene dificultades en el manejo de las negativas.

Incluso a nivel consciente, si nos solicitan que visualicemos (imaginemos) un elefante de color fucsia y, una vez conseguido, nos piden que NO le pongamos un sombrero de copa amarillo...nuestra mente nos mostrará al elefante con el sombrero amarillo puesto. La meta debería fijarse de forma positiva; es mucho mejor plantearse “mantener la habitación ordenada” que “que no esté toda la habitación desordenada”, ya que entonces nuestra mente se concentra en el “orden”.

6. ¿Están nuestros objetivos en el nivel adecuado? ¿Es la meta lo bastante importante, o lo es demasiado dados los recursos que disponemos? Si es excesiva, nos preguntaremos ¿Qué me está impidiendo alcanzar esto?. ¿Cómo podemos superarlo?
7. ¿Qué o quien más se podría ver afectado? Siempre debemos pensar en que efectos tendrá en el resto del sistema el logro de determinados objetivos. De tal forma se busca, no sólo armonizar objetivos, sino además evitar efectos adversos.

### **Identificando las preferencias de pensamiento y los Sistemas de Representación.**

Se debe identificar tanto nuestra forma de pensar como la de nuestros interlocutores, sean estos subordinados, pares, colegas, superiores, o pacientes. Conocer sus preferencias de pensamiento nos permitirá una mejor comunicación, haciéndonos comprender mejor, al tiempo que comprendiendo con mayor intensidad el mensaje de nuestros interlocutores. Las preferencias fundamentales, que PNL llama Sistemas de Representación (SR), son:

- Visual (V)
- Auditiva (A)
- Cenestésica (K)

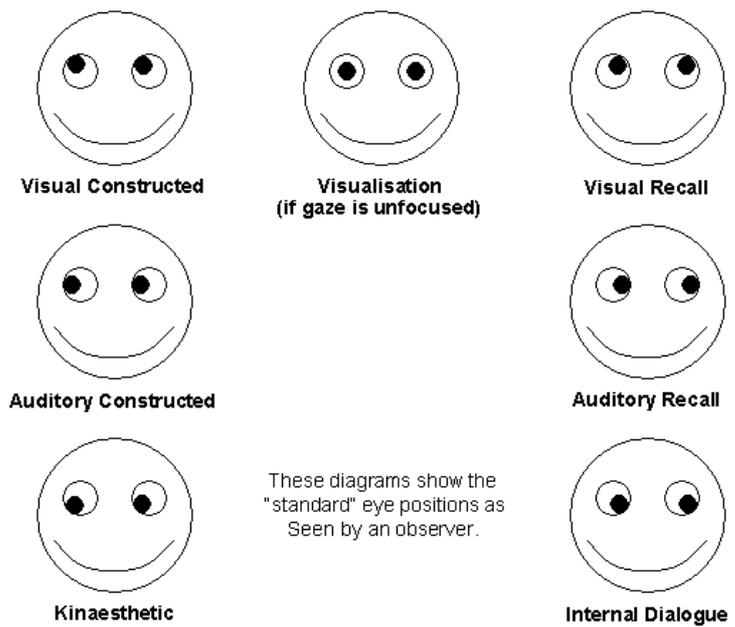
Unidos al Olfativo (O) y Gustativo (G), forman el sistema **VAKOG**, de gran utilidad en PNL para establecer las estrategias y analizar la comunicación verbal y la no verbal. Prestar atención tanto a las palabras como a las frases hechas, en lo verbal, y al lenguaje no verbal, nos ayudaría a desentrañar las preferencias de pensamiento. Esto tiene importancia principalmente a la hora de capacitar, enseñar, solicitar, ofrecer, negociar, influir y motivar a otras personas. A nivel de palabras propias de cada SR tenemos, como ejemplos:

- Visuales: Ver, mirar, cuadro, escena, brillante, color, pintar, negro, visión, ojo, visualizar, reflejar, percepción, enfoque, ojo, brillar.
- Auditivas: Escuchar, oír, sonar, claro, alto, contar, decir, preguntar, grabar, comentar, testimonio, melodía, sonido, música, ritmo, voz, armonía.
- Cenestésicas: Sentir, notar, tocar, empujar, sólido, suave, oprimir, limitar, envolver, contacto, mover, presión, manejar, impulsar, aferrar, peso, cálido, firme, tangible.

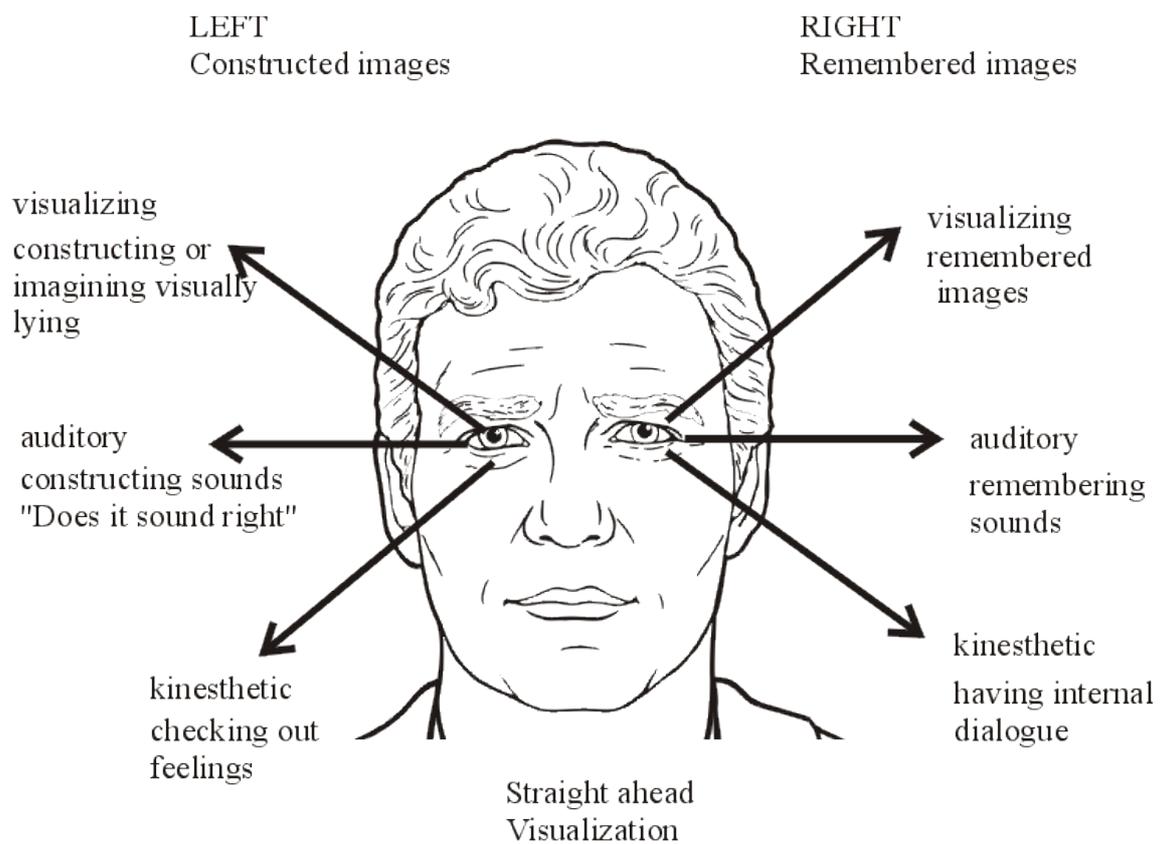
Y en cuanto a frases hechas:

- Visuales: “Veo lo que dices”, “mirándolo detenidamente”, “pinta mal”, “no lo veo claro”.
- Auditivas: “Clamando en el desierto”, “que tal te suena?”, “recuerdo la música pero no la letra”, “estamos en sintonía” .
- Cenestésicas: “Perder el hilo”, “una persona cálida”, “estaremos en contacto”.

Ésta no es la única manera en que podemos determinar la preferencia de pensamiento (SR) de una persona. Así, la PNL considera que el movimiento de los ojos permite dilucidar si la persona está recordando, creando, pensando o sintiendo pensamientos o sensaciones. Son las llamadas pistas de acceso ocular (PAO) y están sometidas a la correcta lateralización del hemisferio dominante en el lado izquierdo. Con independencia de esto, una vez confirmadas las PAO en una persona, son constantes.



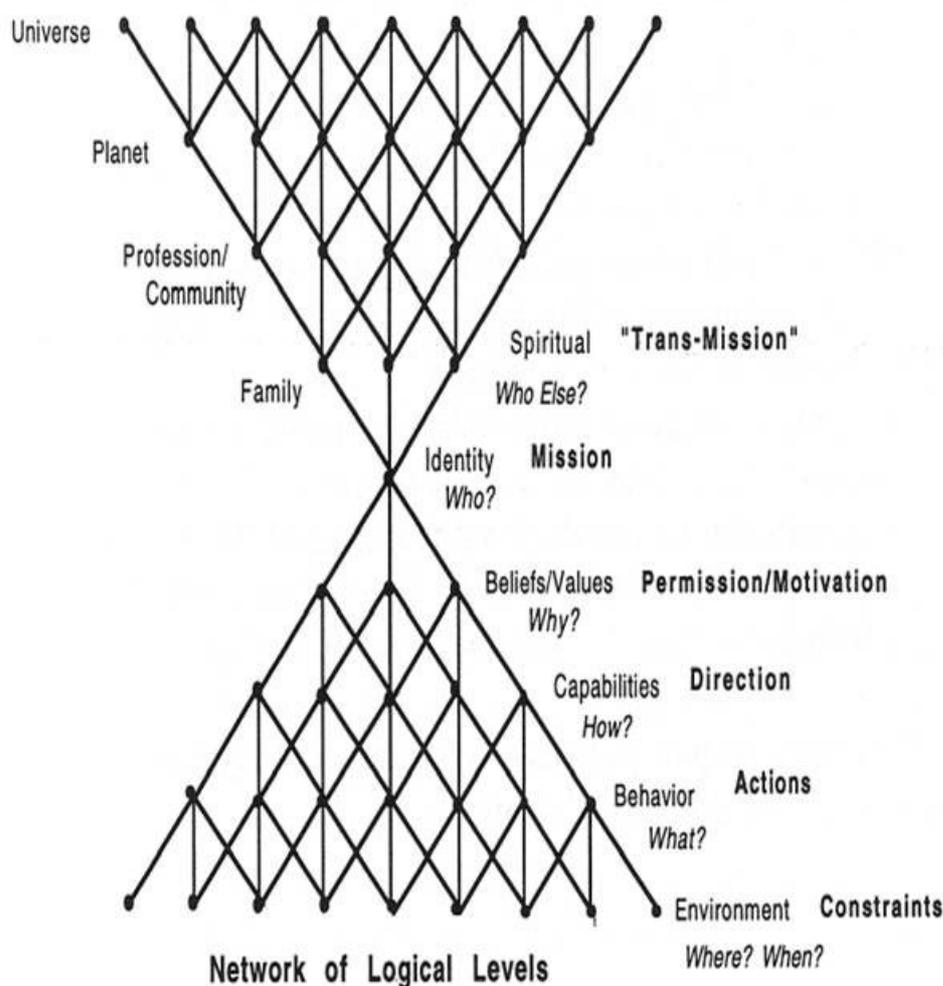
**Pistas de Acceso Ocular habituales en PNL; O'Connor J. Introducción a la PNL. Ed. Urano (arriba) y Roger Ellerton (abajo) Renewal Technologies Inc.**



Eye positions as looking at another person

## Descripciones de la realidad; el Campo Unificado en PNL

Ésta fue una aportación de Robert Dilts, integrando las ideas de contexto, relaciones, niveles de aprendizaje y posición perceptiva. Mediante los Niveles Lógicos, se puede analizar la manera en que una determinada persona se comporta dentro del contexto de las relaciones familiares, laborales, sociales o culturales a las que pertenece, es decir, con quién se relaciona o relacionará la persona. En otras palabras, cuál es la visión del individuo con respecto al objetivo de sus comportamientos, habilidades, creencias, valores e identidad dentro de los sistemas más amplios a los que pertenece. Habitualmente, esta visión es la que confiere a todos los demás niveles su significado. La relación entre estos elementos se puede visualizar como una red de sistemas generativos que se centran o convergen sobre la identidad del individuo como el núcleo del proceso de reproducción de modelos.



Tomado de: Dilts, R. Creación de modelos con PNL. Ed. Urano, Barcelona, 1999

En resumen, la creación de modelos puede comprender la exploración de las interacciones de diversos niveles de experiencia (ver gráfica arriba), entre ellos:

1. **Espiritual Visión y objetivo. ¿Por qué estamos aquí?**
2. **Identidad. Misión. ¿Para qué estoy aquí?**
3. **Mi sistema de creencias o convicciones. Motivación.**

#### **4. Capacidades o habilidades. Dirección.**

#### **5. Comportamientos o conductas. Acción.**

#### **6. Entorno exterior. Reacción.**

Así, moviéndonos de fuera a dentro, el entorno determina las oportunidades o limitaciones externas a las que una persona debe reaccionar. Comprende el dónde y cuándo de una destreza o habilidad específica:

- Las conductas (el comportamiento) son las acciones o reacciones específicas de una persona dentro del entorno. Comprende el qué de una destreza o habilidad específica.
- Las capacidades orientan y otorgan una dirección a las acciones conductuales mediante un mapa, un plan o una estrategia mental. Comprende el cómo de una destreza o habilidad específica.
- Las creencias y los valores proporcionan el refuerzo (motivación y autorización) que apoya o inhibe las capacidades. Comprende el porqué de una destreza o habilidad específica.
- La identidad se relaciona con la función de las personas, la misión o el sentido de sí mismas. Comprende el quién de una destreza o habilidad específica.
- Lo espiritual se relaciona con el sistema más amplio al que pertenecemos. Comprende el quién más o para quién de una destreza o habilidad específica.

Para obtener procesos de cambio verdaderamente duraderos han de tenerse en cuenta todos los niveles lógicos del sujeto. El concepto de Ecología es definido por O'Connor y Seymour (1992) como: *“Ecología es un interés global entre un ser y su entorno. Así pues, si nos referimos a la ecología interna; la relación global entre una persona y sus pensamientos, estrategias, comportamientos, capacidades, valores y creencias; el balance dinámico de los elementos dentro de cualquier sistema.”*

Además, debemos añadir la línea del tiempo (pasado, presente y futuro) sobre las que trabajar de forma específica en función de las necesidades de cada caso y las llamadas posiciones perceptivas o puntos de vista. La PNL distingue tres posiciones perceptivas principales:

**PRIMERA POSICIÓN:** Mirando hacia el mundo desde nuestro punto de vista. Conocemos nuestros propios pensamientos y sentimientos. Cuando alguien dice algo parecido a “Bueno, por lo que a mí concierne...”, nos está mostrando su punto de vista.

**SEGUNDA POSICIÓN:** Mirando el mundo desde el punto de vista de otra persona, habitualmente la que tenemos delante. Un compañero de trabajo, el jefe, un paciente, un proveedor o un competidor. Cuando decimos, “Si estuviera en su lugar...”, tomamos efectivamente esta segunda posición y procuramos captar el modo de sentir y hacer de esa otra persona.

**TERCERA POSICIÓN:** Desde ella podemos ver no tan sólo las dos perspectivas precedentes, sino también las interacciones entre ellas. Se trata de una perspectiva amplia y sistémica, la del observador imparcial. Constituye también el campo de actuación del negociador o mediador experimentado, que empieza normalmente desde la primera posición, partiendo de cualquier impresión que recibe, para pasar acto seguido a la segunda posición y analizar desde ella cómo ve cada parte la situación o el problema. Luego pasa a la tercera posición, desde la que puede contemplar la situación

de forma despegada para obtener una visión completa. Esta tercera posición incorpora todo lo que ha aprendido de los puntos de vista de las partes implicadas, pero es diferente a cualquiera de las dos.

Así, el campo unificado puede usarse para entender el equilibrio y la relación entre los distintos elementos de nuestro interior y el de los demás. La clave estaría en el equilibrio. Por ejemplo, alguien puede estar poniendo excesivo énfasis en acontecimientos del pasado, dejando que tengan una influencia indebida en su presente y su futuro o bien, estar intentando cambiar conductas sin haber modificado las creencias que la sustentan. Igualmente, es posible que alguien no sea capaz de moverse de la primera posición y, así, no pueda entender el punto de vista de otra persona.

### **Estrategias de modificación de conducta con PNL.**

Quintero nos resume lo recogido por diversos autores (Carrión, 2004; Sambrano, 1997) y despliega una serie de técnicas de manejo del actuar humano como medios de la PNL para programar y transformar conductas:

**Anclaje:** Proceso mediante el cual, un estímulo externo, sensorial, se asocia con un conducta que desea adquirir. Las anclas pueden ser colocadas deliberadamente o producirse de manera espontánea, originando nuevo estados mentales que disparan automáticamente procesos mentales: estas anclas pueden ser una palabra, un gesto, un color etc. Ejemplo, tocarse el lóbulo de la oreja derecha cada vez que desee sentirse bien. Se unen las dos cosas una vez de forma consciente, y luego, el cerebro inconsciente repite la sinestesia.

**Reencuadre:** Consiste en modificar el marco de referencia en el cual una persona percibe los hechos para cambiar su significado. El mejor ejemplo, es el cuento del patito feo, que en un contexto de crías de pato no era un ejemplo de belleza, pero al crecer se da cuenta de que en realidad es un cisne y pertenece a un contexto distinto.

**Submodalidades:** Variantes de los modelos de los sistemas de representación que determinan su cualidad de forma analógica, son las maneras como nuestro cerebro clasifica y codifica la experiencia, modifica la experiencia pasada, utilizando las imágenes y la fantasía. Se puede modificar un pasado infeliz, restándole brillo, o color o tamaño a las imágenes que nos llegan de la película mental que recordamos.

**Relajación:** Estas técnicas están basadas en tres parámetros fundamentales: la distensión muscular, la ampliación de la conciencia perceptiva y la liberación de la mente. Una técnica efectiva es la relajación con ejercicios de respiración.

**Calibración:** Significa aprender a conocer en forma precisa, el estado mental de las personas, es hacer consciente (para mejorar nuestra capacidad al respecto) algo que normalmente hacemos de forma inconsciente; por intuición muchas veces sabemos distinguir a una persona disgustada de una tranquila.

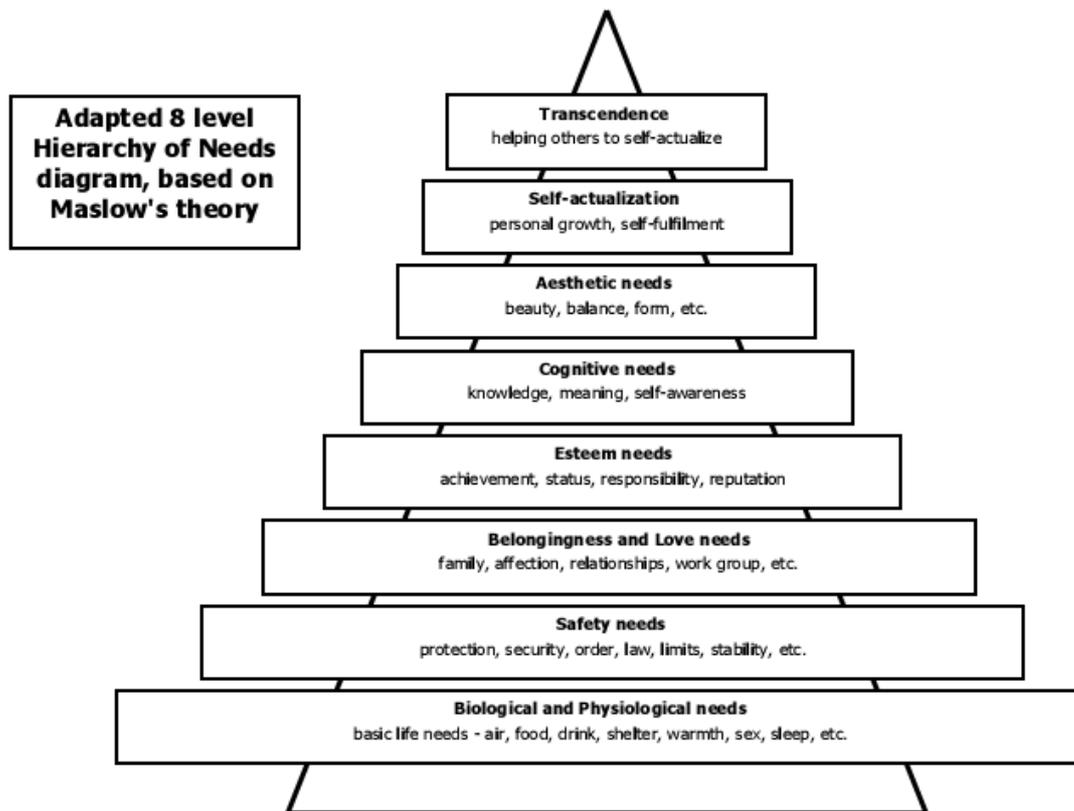
**Modelaje (o reproducción de modelos):** Es una técnica que consiste en estudiar los cuatro ejes fundamentales sobre los que se basa la conducta humana. El comportamiento observable, las estrategias, los sistemas de creencias y las características del lenguaje. Para ello cuando el modelo ejecuta sus acciones, el

observador esta atento a todos los procedimientos que usa el modelo para luego adaptarlos a su propia experiencia.

**Inducción:** Describe el proceso de conducir a alguien a un estado de conciencia determinado, mediante palabreas, ademanes. etc.

### CONSIDERACIONES:

Partiendo de una consideración de Abraham Maslow (cuya pirámide de valores revisada reproducimos abajo) acerca de que cada individuo posee una naturaleza interior y espiritual que es inalterable, que es única y que puede ser explorada científicamente mediante las experiencias cumbre, y que no se puede conocer al hombre estudiando sólo sus aspectos patológicos; podemos decir que la PNL constituye una herramienta útil para acercarnos al conocimiento práctico de la experiencia humana subjetiva y la obtención de la eficacia, con aplicaciones dentro del campo de la salud, en sus diferentes ámbitos.



Tomado de: Alan Chapman 2001-7 © – Basado en [Maslow's Hierarchy of Needs](#)

De esta manera, siendo la PNL un modelo que estudia la forma en que los seres humanos percibimos, representamos y comunicamos nuestras experiencias que está basada en principios humanistas, desarrollaría los recursos existentes en las personas y organizaciones para facilitar el logro de sus objetivos; siendo factible su aplicabilidad en la gestión de la IT ya que constituye un conjunto de herramientas prácticas y de

inmediata aplicación para lograr una comunicación eficaz y una relación adecuada entre el profesional y el trabajador.

El uso de la PNL en el campo de la salud aún no ha tenido, en nuestro sistema sanitario público, importantes repercusiones en la relación de los profesionales con los pacientes ni ha obtenido los resultados esperables de muchos de sus tratamientos (técnicas simples de psicoterapia) que sí describen como útiles cuando son aplicados por profesionales sanitarios (médicos, psicólogos, etc.) en otros países (Walker, 2004) al promover una sana influencia del lenguaje del profesional en las creencias y conductas perjudiciales que limitan y retrasan la recuperación de los pacientes.

Éstas técnicas de PNL no son ninguna panacea y su abordaje inicial para el no iniciado ha de superar las limitaciones y desconfianzas que, por la sana prudencia del profesional, despiertan unas técnicas que han sido tan prostituidas –desde el punto de vista científico- por los ámbitos comercial y esotérico que tan ávidos están de “fórmulas mágicas” de las que apropiarse, dejándolas “contaminadas” para la ciencia más oficial. No obstante, desde la más humilde consideración de científico que cabe pensar –la de un médico clínico dedicado a la gestión de la IT- y con una orientación personal desde el inicio de la actividad profesional hacia una concepción psicósomática y abierta a las terapias complementarias (así consideradas, no las llamadas “alternativas” ya que no son tales); considero que la integración de técnicas útiles como la PNL, aplicadas por profesionales con claros criterios deontológicos, como parte de un nuevo paradigma largamente reclamado (Engel, 1977) que contribuya tanto a dar una mejor respuesta a las necesidades de nuestros pacientes (Mann, 2004) como al desarrollo científico mediante la formulación de nuevos paradigmas que superen el filtro del método científico, sin descartar aquello que no es susceptible de ser abordado -¿aún?- por éste.

Así, como ya planteábamos (Domínguez, 2003) en el Editorial del número especial de la revista “Cuadernos de Medicina Psicósomática” dedicado al Congreso de la Sociedad Andaluza de Medicina Psicósomática (SAMP) al respecto, precisamente, de la medicina psicósomática:

*“Supone, en términos neurofisiológicos, la reivindicación para la ciencia médica del hemisferio cerebral no dominante, el no lógico. Éste es, en palabras de Rof Carballo “la clave y razón de nuestro equilibrio espiritual y el que nos pone en contacto con lo trascendente”. Sus estrechas conexiones con el sistema límbico lo hacen básico para nuestra vida emocional y en él reside, junto con la orientación visoespacial, la percepción holística, negada para el hemisferio dominante, centrado en el lenguaje, lo lógico y lo analítico.*

***Evidentemente, la ciencia debe basarse en la razón que representa el hemisferio dominante, pero no puede (ni debe) prescindir de todo un hemisferio si quiere abarcar al ser humano y no seguir negando aquello que no comprende.***

*Nada humano debe ser ajeno... La Medicina está constituida por un conjunto de conocimientos y habilidades destinadas a la persona que sufre, con un sentido holístico e integrador. Partiendo de su herencia genética y los valores culturales familiares troquelados durante la infancia y pasando por la anamnesis biográfica, llegaremos al balance vital del presente con su proyección hacia el futuro. Sólo así entenderemos el qué, el porqué y el para qué de su enfermarse como destino; para que engranando sus*

*funciones biológicas y su biografía personal, encontremos la manera de ayudarle a culminar su proyecto vital.*

*Sin embargo, hace demasiados años que la Sanidad Pública ha impuesto una forma de trabajar sin tiempo -una aberración de la que esta profesión tardará mucho en recuperarse - de forma que “la medicina socializada nos escamotea la realidad más interesante y profunda de la clínica” (Rof Carballo 1984). Se impide así la práctica psicosomática - nacida de la falta de prisa - de internistas y generalistas, que es sustituida por la Psiquiatría de Interconsulta y Enlace, una subespecialidad psiquiátrica, llegada a España en los años sesenta, cuyo ámbito básico de actuación son los hospitales generales, para el estudio, diagnóstico, tratamiento y prevención de la morbilidad psiquiátrica en las enfermedades físicas (Cirera Costa, 1997). No obstante, la Asistencia Primaria es la puerta de entrada al sistema asistencial y dónde se establece el criterio de evaluación de la mayoría de los pacientes y por ello, además de reivindicar unas condiciones dignas, el paciente debe ser valorado en su realidad biológica y en su red de conexiones psicosociales, de acuerdo con el modelo engeliano, sin olvidar la dignidad de su condición humana...*

*¡Cuántas exploraciones complementarias y prescripciones serían así innecesarias; cuánta frustración profesional y cuánto sufrimiento podríamos evitar de esa forma ¡ [...] Mientras, bienvenida sea una Asistencia Primaria psicosomática, familiarizada con los diagnósticos DSM-IV, el uso racional de los psicofármacos y colaborando en sus propios Centros de Salud con psicólogos y psiquiatras. Médicos abiertos a integrar todo el arsenal terapéutico que, pronto, incluirá muchas de las terapias que hoy llamamos complementarias, ya que “si creemos en la multifactoriedad etiológica, debemos aceptar la multidisciplinariedad terapéutica” (Rodríguez Franco, 2000).”*

No podemos dejar de contar con lo inesperado, lo imprevisto pero útil ya que el azar, a veces, juega a nuestro favor. Esto es lo que llamamos Serendipia (Campos, 2002) palabra utilizada por primera vez por Horacio Walpole para denominar los descubrimientos de aquellas cosas que no se están buscando y que es uno de los mecanismos básicos que los seres humanos han utilizado para acceder al conocimiento. Probablemente, a la larga lista de grandes descubrimientos por Serendipia (América, la penicilina, las células madre...) hay que añadir el más modesto de la Programación Neuro-lingüística, hallazgo inesperado (Dilts, 1980) realizado por John Grinder y Richard Bandler, una “extraña pareja” de lingüista y matemático orientados al estudio de los patrones de comunicación eficaz de los grandes psicoterapeutas (F. Perls, V. Satir y M. Eriksson) en la ebullición cultural y científica de las Universidades de California de los años 70 del siglo XX.

¿Cual sería, pues, la aportación realizada por la PNL (aunque no sólo de forma original, sino recogiendo y estructurando diversos conocimientos preexistentes, lo que no es mérito escaso -Stein, 2004-) que podemos aprovechar desde cualquier ámbito de conocimiento?

En mi opinión, la PNL es una herramienta –conjunto de técnicas- que nos permite una profundización en aspectos relativos a la percepción del mundo, el manejo de las emociones, la comunicación y el conocimiento del ser humano –uno mismo y los demás- lo que facilita revisar de manera constante nuestra forma de hacer las cosas para mejorarla, en cualquier ámbito de aplicación. Todo ello son aspectos claves para la búsqueda de la felicidad de los seres humanos, un auténtico viaje de resultado incierto,

que nos ha posibilitado el conocimiento científico mediante el aumento de la expectativa de vida (Punset, 2007)...pero esa es otra historia, que supera con mucho los objetivos de éste trabajo. Lo que sí podemos argumentar es que existe una PNL honesta, profesional y útil para el profesional sanitario clínico (desde el médico hasta el psicólogo) además de la, más visible, PNL prostituida que podría justificar las críticas realizadas desde la psicología oficial –en concreto, desde el ámbito académico universitario en nuestro ejemplo, que la considera una “pseudo-ciencia” (Álvarez, 2005), signifique esto lo que signifique- aunque no por ello, dejemos de encontrarla entre las titulaciones de postgrado de universidades españolas.

Igualmente, aunque probablemente más difícil de constatar para quienes no hemos vivido, desde el ejercicio profesional, la evolución (mejor, revolución) de las neurociencias desde los años 70 del siglo pasado hasta ahora, debemos reconocer que – además de polémicas y planteamientos discutidos, equívocos o erróneos (Dixon, 1987; Lichtemberg, 1994)- la PNL ha recibido respaldo para varios de sus postulados clave desde la investigación científica más reciente:

- La confirmación de la hipótesis de la superioridad del manejo de la información por el inconsciente; para obtener una buena idea que nos permita solucionar un problema lo mejor es abstraerse y dejar que el cerebro reorganice pensamientos a nivel subconsciente (Sandkuhler, 2008).
- La demostración de que el aprendizaje se puede producir en el cerebro humano sin que exista un procesamiento consciente de los estímulos del entorno. El estudio, que supone la primera prueba de la existencia del aprendizaje subliminal, se publica en la revista “Neuron”. (Pessiglione, 2008).
- Las neuronas espejo (Rizzolatti, 2006; Gallese, 2007); En principio se pensó que “simplemente” se trataba de un sistema de imitación. Sin embargo, los múltiples trabajos que se han hecho desde su descubrimiento, varios de ellos publicados en Science y en Nature, indican que las implicaciones trascienden, y mucho, el campo de la neurofisiología pura. El sistema de espejo permite hacer propias las acciones, sensaciones y emociones de los demás. Su potencial trascendencia para la ciencia es tanta que el Dr. Vilayanur Ramachandran (Director del Center for Brain and Cognition y Profesor del Psychology Department and Neurosciences Program en la Universidad de California San Diego) ha llegado a afirmar: “El descubrimiento de las neuronas espejo hará por la psicología lo que el ADN por la biología”. Su principal descubridor (por serendipia...), el Dr. G. Rizzolatti nos explica algunas de sus principales implicaciones: *“Somos criaturas sociales. Nuestra supervivencia depende de entender las acciones, intenciones y emociones de los demás. Las neuronas espejo nos permiten entender la mente de los demás, no sólo a través de un razonamiento conceptual sino mediante la simulación directa. Sintiendo, no pensando.[...] Por ejemplo, la imitación. ¿Cómo podemos imitar? Cuando se observa una acción hecha por otra persona se codifica en términos visuales, y hay que hacerlo en términos motores. Antes no estaba claro cómo se transfería la información visual en movimiento. Otra cuestión muy importante es la comprensión. No sólo se entiende a otra persona de forma superficial, sino que se puede comprender hasta lo que piensa. El sistema de espejo hace precisamente eso, te pone en el lugar del otro. La base de nuestro*

*comportamiento social es que exista la capacidad de tener empatía e imaginar lo que el otro está pensando.*” Existen tres implicaciones inmediatas para la PNL, la primera se deriva directamente de lo recogido arriba, es la implicación sistémica de las interacciones humanas (segunda presuposición de la PNL) y el sustrato neuronal de la empatía.

- La segunda es la base neural de la forma de aprendizaje por imitación de actos complejos (prevista por la PNL como crear modelos o modelar), demostrándose que es la más rápida y eficaz herramienta que posee el cerebro para aprender nuevas tareas o modificar las ya aprendidas. Es la forma natural de aprendizaje de prácticamente todos los mamíferos, observando. No porque se memoricen los movimientos, como se creía antes de los descubrimientos de las neuronas espejo, sino por que el cerebro los siente como propios.
- La tercera se deriva de las implicaciones de algunas de las zonas de la corteza prefrontal (F4) en las que *“del registro de neuronas concretas se deduce que la mayor parte de éstas no sólo se activa durante la ejecución de actos motores sino que también responde a estímulos sensoriales, lo cual ha permitido subdividir éstas últimas neuronas en dos grupos diferenciados: las neuronas llamadas “somatosensoriales” y las neuronas “somatosensoriales y visuales”, llamadas también neuronas bimodales. Recientemente, se han descrito también neuronas trimodales, es decir neuronas que responden a estímulos somatosensoriales, visuales y auditivos.”* (Rizzolatti, 2006). Además de remitir a los sistemas representativos de la PNL simplemente cambiando “somatosensoriales” por “cenestésicos”, nos muestra en un capítulo llamado “el espacio que nos rodea” cómo debemos: *“insistir en el carácter esencialmente activo de la representación del espacio codificada a nivel de la corteza promotora y del lóbulo parietal inferior, no hacemos sino recuperar la sabia lección de un gran físico y fisiólogo (amén de filósofo, aun cuando a él no le gustaba demasiado declararse tal) como Ernst Mach, el cual, hace ya más de un siglo afirmó que “los puntos del espacio fisiológico” no son otra cosa que “metas de movimiento varios: movimientos prensiles, de la mirada y locomotores.” Es a partir de esos movimientos como nuestro cuerpo cartografía el espacio que lo rodea y es en virtud de sus metas como el espacio adopta una forma concreta para nosotros.”* (Rizzolatti, 2006). Nos parece una buena manera de sostener que “el mapa no es el territorio” (primera presuposición de la PNL) en las mismas áreas cerebrales que permiten la empatía y el aprendizaje complejo por imitación de modelos sustentando así el carácter sistémico –social- de las interacciones del ser humano en el mundo.
- El funcionamiento cognitivo del inconsciente y la capacidad del cerebro anestesiado para aprender (Mashour, 2008) que supone la demostración de un funcionamiento dual consciente/inconsciente, ya que en estado de completa inconsciencia se puede obtener, procesar y almacenar información del entorno.
- La influencia de la cultura (lo ambiental, aprendido que PNL llama filtros) en el procesamiento neuronal de la información (Hedden, 2008): “el trasfondo cultural individual, así como el grado en que un individuo da crédito a sus valores culturales, modera la activación de las redes del cerebro implicadas, incluso durante la realización de tareas visuales y de atención muy simples”.

- El gran peso de nuestras emociones en nuestra conducta (Baumeister, 2007) y la posibilidad de influir y persuadir mediante el manejo adecuado de las mismas (Scarantino, 2008) incluso de manera escasamente visible (Laurens, 2008).
- La importancia de los aspectos verbales y no verbales en la capacidad de persuasión (Blankenship, 2005) y la posibilidad de inducir contextos y marcos de actuación en otros (Ariely, 2008) mediante el uso de “asepticas” listas de palabras.
- La utilidad de las técnicas derivadas de la PNL (Eye Movement Desensitization and Reprocessing –EMDR-, hipnosis, etc.) en la práctica clínica diaria del médico (Ellis 2004; Walker, 2004). Más concretamente, en casos de fobias (Andreas, 1999); dolor y patología traumatológica (Gordon, 2003), cuidados paliativos (Marcus, 2003), deshabitación tabáquica (Capo, 2002), trastorno de Angustia con Agorafobia (Fernández, 2007), psicoterapia de grupo (Kroll, 1995) o trastorno de estrés postraumático (Stein, 2004; Dietrich 2000).

### **Posibilidades de empleo de la PNL en gestión de IT.**

Ante todo, la PNL defiende la necesidad de abordar cualquier tarea en la que deseemos tener éxito desde un estado “cargado de recursos” y no hay duda que para ello y siguiendo a Covey y Dilts, debemos tener una vida basada en principios y participar de una misión que enlazaremos (ver niveles lógicos y campo unificado) con nuestra propia identidad. Éste es un aspecto crítico para la implicación de los profesionales, que se reconoce incluso desde los ámbitos –mucho más prosaicos- de la economía, en concreto de la economía conductual (Ariely, 2008).

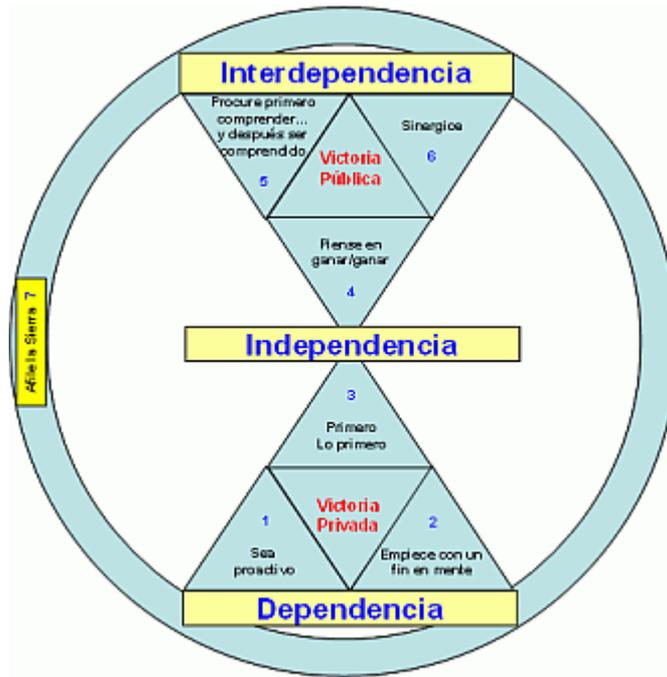
Dada la importancia de gestionar un derecho de base constitucional, administrando fondos públicos y tratando con personas, habitualmente enfermas e impedidas, no es necesario exagerar para concienciar a los médicos dedicados a la gestión de la IT, desde los diferentes ámbitos, de la importancia de su labor. Por ello, desde las entidades “mixtas” como las MATEPSS, resulta especialmente delicada la coexistencia de una doble orientación, comercial por una parte (la obtención de cuotas de mercado es un factor clave para el peso de la entidad, que está en función del volumen de cuotas gestionadas) y gestora de fondos públicos –para cubrir derechos constitucionales de los trabajadores- por otra.

En ausencia de competencia real por ser un “pseudo-mercado”, en el que cada empresa tiene la posibilidad de elegir MATEPSS, lo que habitualmente no es por coste – idéntico- ni por una mejor gestión de las cuotas de SS, sino por un mayor celo en la defensa de los intereses –a menudo legítimos- de las empresas frente a los trabajadores, o por un mayor número de prebendas e incentivos repartidos a los diversos agentes con capacidad de decidir. Como consecuencia, evitar las interferencias comerciales y liberar a los médicos (y al resto de la estructura) de las MATEPSS de dichas hipotecas supondrá una mayor identificación con la misión fundamental y dotará de gran fuerza moral las acciones, realizadas con un planteamiento pericial y desde el mejor saber y entender, de cada uno de los profesionales.

Aún así, surgirán a diario conflictos éticos que deberán ser tratados individualmente, por parte de médicos responsables –que no recaderos de otros, en la terminología de Stephen Covey– que tendrán que elegir su mejor opción teniendo en cuenta al paciente, la empresa y la sociedad en conjunto. La buena noticia es que, desde el propio Código Deontológico Médico, se reconoce que sólo la justicia está por encima del deber de beneficencia de un médico hacia su paciente y, en ese sentido, en 2001 se realizó una “Declaración de la Comisión Central de Deontología sobre ética y deontología de los partes y certificados de bajas y altas laborales en atención primaria y especializada y la función de los médicos inspectores en su control y supervisión” (Revista OMC, 2001). La propia aplicación de los principios básicos de la PNL resultan de gran utilidad para no caer en los habituales errores propios de un contexto tan especial de comunicación; tanto generalizar (“todo en IT es fraude”, “el paciente siempre tiene razón”) como omitir (“aún no estoy en condiciones” – ¿de qué? – “se me junta todo” – ¿a qué se refiere? –) o distorsionar (supeditando a unos beneficios directos e indirectos) están presentes en la entrevista clínica de gestión de IT y debemos tener el mejor mapa que seamos capaces de generarnos para afrontar la ingrata tarea de cada día cargados de ilusión y responsabilidad.

Con una interpretación excelente de diversos aspectos de la PNL, Stephen R. Covey estructura magistralmente la mejor base para afrontar esta tarea en “Los siete hábitos de la gente altamente efectiva” (1989). Plantea que las personas altamente efectivas se hacen, desde el interior hacia el exterior, mediante el desarrollo de hábitos que acaban generando una auténtica ética del carácter. Combinan el conocimiento (qué hacer y por qué), la habilidad (cómo hacer) y la motivación (el deseo). Las conductas primero y hábitos después que caracterizan a estas personas, son:

1. Proactividad. Es uno mismo quien tiene la responsabilidad de actuar y la libertad última de dar respuestas a las circunstancias del entorno.
2. Comenzar con un fin en la mente (Liderazgo).
3. Primero lo primero.(Administración). Éstos tres son los hábitos necesarios para alcanzar la independencia, los siguientes para la interdependencia.
4. Pensar en Ganar/Ganar.
5. Primero comprender y después ser comprendido.
6. Generar sinergias: la suma de la partes es más productiva que cada una de ellas.
7. Potenciar el crecimiento personal (afilarse la sierra).



Tomados (arriba y abajo) de: Covey, SR. Los 7 hábitos de la gente altamente efectiva. 1997.

*Matriz de la administración del tiempo*

	Urgente	No Urgente
Importante	<b>I</b> <b>Actividades:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Crisis</li> <li>• Problemas apremiantes</li> <li>• Proyectos cuyas fechas vencen</li> </ul>	<b>II</b> <b>Actividades:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prevención, actividades de CP</li> <li>• Construir relaciones</li> <li>• Reconocer nuevas oportunidades</li> <li>• Planificación, recreación</li> </ul>
No Importante	<b>III</b> <b>Actividades:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Interrupciones, algunas llamadas</li> <li>• Correos, algunos informes</li> <li>• Algunas reuniones</li> <li>• Cuestiones inmediatas, acuciantes</li> <li>• Actividades populares</li> </ul>	<b>IV</b> <b>Actividades:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Trivialidades, ajetreo inútil</li> <li>• Algunas cartas</li> <li>• Algunas llamadas telefónicas</li> <li>• Pérdidas de tiempo</li> <li>• Actividades agradables</li> </ul>

Para ilustrar lo anterior de modo práctico, podemos considerar que uno de los hábitos más importantes para la gestión de IT – si bien, los siete lo son, y mucho– es la capacidad de administrarse y generar las prioridades. El autor distingue para ello cuatro cuadrantes según los criterios de la importancia y urgencia de cada una de las tareas. Debemos orientarnos hacia el II (ver arriba) y evitar el III (difícil) y el IV. Éste aspecto aclara muchas de las situaciones cotidianas sobre lo que debemos priorizar, y lo hace de manera elegante y absolutamente lógica.

## APORTACIÓN: DECÁLOGO PNL-IT:

Como resumen y con una orientación muy práctica, presentamos un decálogo que contiene las principales utilidades –cada una de ellas podría dar lugar a un desarrollo específico– que desde la PNL pueden mejorar la gestión de la IT por los distintos médicos implicados:

1. Potenciar la motivación del médico de gestión de IT mediante el estímulo de su desarrollo personal y profesional, la implicación en la misión de su entidad y el máximo compromiso con la administración de fondos públicos y el servicio a la sociedad. Para ello, el conocimiento y la aplicación de las herramientas de PNL en el médico (desarrollo personal, motivación) y la institución (motivación, incentivo de creatividad, formación continuada, comunicación corporativa eficaz, etc.) serán una aportación muy positiva.
2. Integración de las habilidades perceptivas del médico de gestión de IT mediante la mejora de las capacidades de observación que permita contemplar el máximo de los aspectos –biopsicosociolaborales– y de detección de las distorsiones (uso racional de la calibración del paciente) que supongan un motivo justificado para considerar simulación, fraude, etc.
3. Optimizar la relación médico-paciente (rapport) con unos planteamientos comunicativos adecuados (el lenguaje verbal, el no verbal y el uso del metamodelo) para superar las dificultades propias del contexto (gestión de IT, clima de sospecha, etc.) para generar una relación de tipo deliberativo basada en la confianza -evitando prejuicios por ambas partes- que incluya la prevención y anticipación de conductas agresivas y el manejo de situaciones conflictivas.
4. Formación continuada aplicada (aprender, desaprender, reaprender...) tanto de aspectos propiamente clínicos, como de competencias del marco jurídico y habilidades específicamente orientadas. El proceso de imitación de modelos (modelling) mediante PNL podría permitir un aprendizaje más práctico y eficaz, basado en los médicos de gestión de IT con mejores capacidades y resultados.
5. Estimular la participación en la investigación, dado que no existirían fracasos sino resultados que no deseamos, debemos conocer de forma estructurada cuales son los nuestros para obtener las conclusiones que nos permitan (mediante feedback) planificar y modificar los parámetros hasta obtener el “estado deseado”. Junto con los aspectos recogidos en los puntos 4 y 6, este punto redundará en una adecuada gestión del conocimiento. Como muestra, se incluye en el Anexo un “Cuestionario de IT” propio que puede tener interesantes implicaciones para la gestión diaria, así como aportar un sustrato de investigación modesto pero suficiente para comenzar.
6. Promover la Docencia del médico de gestión de IT; de esa forma se estimulan de manera directa los aspectos recogidos en los puntos 4 y 5 ya que no hay mejor manera de aprender que tener que formar a otros, se potencian los aspectos de la comunicación eficaz y se mantiene alta la motivación. Adicionalmente, éste aspecto favorecería compartir tiempo de formación con los médicos de AP en los Centros de Salud, uno de los lugares naturales – junto con las empresas, la

Universidad y los Colegios de Médicos– para la docencia de los médicos de gestión de IT.

7. Aplicar técnicas de psicoterapia breve, semi-estructurada y basada en las técnicas de PNL aplicadas en el entorno clínico, de utilidad para el abordaje de problemas como fobias, conflictos laborales, trastornos leves de ansiedad, distimia, etc. Es de destacar aquí el excelente libro escrito por el Dr. Walker -General Practitioner en Reino Unido- que incluye las técnicas más útiles en su experiencia (“Changing with NLP”) comentadas paso a paso.
8. Mejora de la comunicación (metamodelo, rapport, etc.) entre los diferentes agentes (personales e institucionales) implicados en la gestión de la IT tanto intra (Departamentos de las MATEPSS o el INSS, niveles del Servicio Público de Salud...) como interinstitucional, con una clara visión sistémica (y cibernética) de la complejidad de éstas relaciones (INSS, MATEPSS, SPS, trabajador-paciente, empresa, familiares...) que resulta en un enriquecimiento mutuo y una razonable garantía para el trabajador.
9. Favorecer la adaptación a los constantes cambios operados (legislativos, institucionales, corporativos...) en el sector de los médicos implicados en la gestión de IT. Favorecer la actitud de flexibilidad, oportunidad y alerta que va a requerir una constante adaptación, por ejemplo al periodo –siempre convulso- de las fusiones y agrupamientos que están sucediendo en el sector de las MATEPSS
10. Contribuir al equilibrio entre los diferentes ámbitos vitales del médico como persona, favoreciendo y estimulando una buena calidad de vida y un adecuado desarrollo profesional y personal mediante la conciliación de la vida familiar y laboral, porque “un médico feliz es un buen gestor de recursos”.

**Con todo esto podríamos llegar a las siguientes:**

## CONCLUSIONES

El conocimiento de Programación Neuro-lingüística puede ser una opción útil que nos permita a los médicos implicados en la gestión de la IT otro punto de vista en la forma de vernos a nosotros mismos y a nuestras organizaciones, proporcionándonos una serie de métodos, herramientas e instrumentos para generar cambios positivos en nosotros mismos y en nuestra actividad profesional como médicos.

Una mayor comprensión de la forma en que los seres humanos pensamos nos permite lograr mejorar nuestra comunicación, con todo lo que ello implica para la relación médico-paciente y las relaciones interpersonales dentro de nuestras instituciones (INSS, MATEPSS, SPS) entre las mismas y con los demás agentes implicados en el sector (empresas, sindicatos, etc.).

En un entorno tan complejo como la gestión de la IT (a menudo denominado “poliédrico” y no sin razón) en el que a los aspectos médicos clínicos se unen otros

aspectos legales, inspectores, periciales, etc. La PNL puede resultar una aportación de valor para el médico en su práctica clínica diaria.

## ANEXOS

### A-REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Álvarez González CJ. La psicología científica y las pseudopsicologías. Publicado ARP-SAPC 2005. En: <http://www.arp-sapc.org/articulos/psicologia.html>.

Álvarez Theurer E, Vaquero Abellán M. Mejora continua de la calidad en una unidad médica de valoración de incapacidad temporal. Med Segur Trab 2007; Vol LIII N° 207: 21-34.

Andreas S. Neuro-Linguistic Programming (NLP): Changing Points of View. The Family Journal 1999; 7; 22-28

Ariely, D. Las trampas del deseo. Ed. Ariel. 1ª Edición, 2008.

Arnold M y Osorio F. Introducción a los Conceptos Básicos de la Teoría General de Sistemas. Cinta de Moebio No.3. Abril de 1998. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Chile. <http://rehue.csociales.uchile.cl/publicaciones/moebio/03/frames45.htm>

Baumeister RF, Vohs KD, DeWall CN and Zhang L. How Emotion Shapes Behavior: Feedback, Anticipation, and Reflection, Rather Than Direct Causation. Pers Soc Psychol Rev 2007; 11; 167-203

Benavides FG. Utilidad sanitaria de la incapacidad laboral. Aten Primaria. 2005; 36 (7):388-389.

Blankenship Kl. Holtgraves T. The Role Of Different Markers Of Linguistic Powerlessness In Persuasion. Journal Of Language And Social Psychology 2005; 24 (1)3-24

Campos, A. Investigación y Salud: Serendipia y Planificación. Conferencia magistral pronunciada en el acto inaugural de la Fundación AstraZéneca. Madrid, 14/11/ 2002. En: [www.azprensa.com/docs/inf/2003021224\\_antonio\\_campos.doc](http://www.azprensa.com/docs/inf/2003021224_antonio_campos.doc)

Capo, I. "Dejar de fumar con PNL". III Congreso Virtual de Psiquiatría 1 de Febrero - 28 de Febrero 2002; Disponible en: [www.psiquiatria.com/articulos/tratamientos/pnl/17668/](http://www.psiquiatria.com/articulos/tratamientos/pnl/17668/)

Castejón J et al. Calidad del diagnóstico médico en la certificación de la incapacidad temporal por enfermedad común y accidente no laboral. Aten Primaria. 2006; 37(3):142-7.

Covey SR. Los 7 hábitos de la gente altamente efectiva. Ed. Círculo de Lectores 1997.

Dietrich AM. A Review of Visual/Kinesthetic Disassociation in the Treatment of Posttraumatic Disorders: Theory, Efficacy and Practice Recommendations. *Traumatology* 2000; 6; 85-107.

Dilts R, Grindler J, Bandler R and DeLozier J. *Neuro-Linguistic Programming: Volume I*. Meta Publications. 1ª Edición, 1980.

Dixon P, Parr GD, Yarbrough D & Rathael M. Neurolinguistic Programming as a Persuasive Communication Technique. *The Journal of Social Psychology* 1987;126 (4):545-550.

Domínguez A, Domínguez Muñoz A, Muñoz Ariza S y Rodríguez Linares MV. Número Monográfico 2003 “Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace” del IV Congreso de la Sociedad Andaluza de Medicina Psicosomática (Málaga).

Ellis C. Neurolinguistic programming in the medical consultation. *SAMJ* 2004;94(9):748-749.

Engel GL. The Need for a new Medical Model: A challenge for Biomedicine. *Science* 1977;196;129-136.

Fernandez I and Faretta E. Eye Movement Desensitization and Reprocessing in the Treatment of Panic Disorder With Agoraphobia. *Clinical Case Studies* 2007; 6: 44-63.

Gallese V, Eagle MN and Migone P. Intentional Attunement: Mirror Neurons and the Neural Underpinnings of Interpersonal Relations. *J Am Psychoanal Assoc* 2007; 55; 131-176.

Gimeno D, Benavides FG, Benach J, Amick DG. Distribution of sickness absence in the European Union countries. *Occup Environ Med* 2004; 61:867–869.

Gisbert Calabuig, JA y Villanueva Cañadas, E. *Medicina legal y toxicología* 6ª Edición, 2004.

González-Barcala FJ et al. Determinantes de la duración de la incapacidad temporal y la vuelta al trabajo en un área sanitaria de Galicia. *Aten Primaria*. 2006;37(8):431-8.

Gordon CM, Gruzelier J. Self-Hypnosis And Osteopathic Soft Tissue Manipulation With A Ballet Dancer. *Contemporary Hypnosis* 2003;20 (4):209-214

Hedden T, Ketay S, Aron A, Markus HR, Gabrieli JDE. Cultural Influences on Neural Substrates of Attentional Control. *Psychological Science* 2008;1 (19):12-17.

Johnson, S. ¿ Quien se ha llevado mi queso?. Ediciones Urano, 2000. 26ª Edición.

Kroll L, Mikhailova E, Serdiouk E. Taking Turns Before the Mirror I Theory and Setting. *Group Analysis* 1995;28:281-289.

Kuhn T. *The Structure of Scientific Revolutions*, University of Chicago Press, Chicago, 1962 y 1969.

- Laurens S. Hidden Effects of Influence and Persuasión. *Diógenes* 2008; 55; 9-21.
- Lichtemberg JW and Moffitt WA. The Effect of Predicate Matching on Perceived Understanding and Factual Recall. *Journal of Counselling and Development*. 1994; 72:544-548.
- López-Lázaro L. Incapacidad temporal: Por el conocimiento hacia la superación de los conflictos. *Aten Primaria*. 2006; 37(8):438.
- Mann D, Gaylord S and Norton S. Moving Toward Integrative Care: Rationales, Models, and Steps for Conventional-Care Providers. *Complementary Health Practice Review* 2004; 9; 155-172.
- Marcus J, Elkins G and Mott F. The Integration of Hypnosis into a Model of Palliative Care. *Integr Cancer Ther* 2003; 2; 365-370.
- Mashour GA. Toward a General Theory of Unconscious Processes in Psicoanálisis and Anesthesiology. *J Am Psychoanal Assoc* 2008; 56; 203-222.
- Marcus J, Elkins G and Mott F. The Integration of Hypnosis into a Model of Palliative Care. *Integr Cancer Ther* 2003; 2; 365-370.
- Navarro Arribas, C y Chicano Díaz S. Gestión de la incapacidad laboral: La incapacidad temporal: hacia un modelo de gestión. *MEDIFAM* 2003; 13 (1): 29-34.
- O'Connor J y Seymour J. *Introducción a la PNL*. 8ª Edición. Ed. Urano 1993.
- Organización Médica Colegial (OMC). Declaración de la Comisión Central de Deontología sobre ética y deontología de los partes y certificados de bajas y altas laborales en atención primaria y especializada y la función de los médicos inspectores en su control y supervisión. (Revista OMC, 2001). En: [www.unav.es/cdb/ccdomc01a.pdf](http://www.unav.es/cdb/ccdomc01a.pdf)
- Pessiglione M, Petrovic P, Daunizeau J, Palminteri S, Dolan RJ and Frith CD. Subliminal Instrumental Conditioning Demonstrated in the Human Brain *Neuron* 2008; 59 (4): 561-567.
- Punset, E. *El viaje a la felicidad. Las nuevas claves científicas*. 1ª Edición. Ed. Destino, 2007
- Quintero, A. Programación Neuro-lingüística y Análisis Transaccional. *Monografias.com* 2005. [www.monografias.com/trabajos26/programacion-Neuro-lingüística/programacion-Neuro-lingüística.shtml?monosearch](http://www.monografias.com/trabajos26/programacion-Neuro-lingüística/programacion-Neuro-lingüística.shtml?monosearch)
- Rizzolatti, G y Sinigaglia, C. *Las neuronas espejo. Los mecanismos de la empatía emocional*. 1ª Edición. Ed. Paidós, 2006.
- Sambrano J. *Programación Neuro-lingüística (PNL) para todos*. Editorial Alfadil (Caracas) 1997.

Sandkuhler S, Bhattacharya J. Deconstructing Insight: EEG Correlates of Insightful Problem Solving. PLoS ONE (2008) 3(1):e1459.doi:10.1371/journal.pone.0001459.

Scarantino LM. Persuasion, Rhetoric and Authority. Diogenes 2008; 55: 22-36.

Stein D, Rousseau C and Lacroix L. Between Innovation and Tradition: The Paradoxical Relationship Between Eye Movement Desensitization and Reprocessing and Altered States of Consciousness. Transcult Psychiatry 2004; 41; 5-30

Walker, L. Changing with NLP: A casebook of neuro-linguistic programming in medical practice. Ed. 2004. Radcliffe Medical Press

### **B-CUESTIONARIO PARA PACIENTES EN IT (A. Domínguez Muñoz 2008): CUESTIONARIO**

---

1. **¿Ha tenido algún otro periodo de baja laboral en los últimos 12 meses?**  
 NO  SI, (ampliar la información)  
\_\_\_\_\_
2. **¿Está pendiente de alguna consulta con especialista o prueba médica, aunque no tenga que ver con su actual motivo para estar de baja laboral?**  
 NO  SI,  
\_\_\_\_\_
3. **¿Está pendiente de alguna intervención quirúrgica, aunque no tenga que ver con su actual motivo para estar de baja laboral?**  
 NO  SI,  
\_\_\_\_\_
4. **¿Realiza seguimiento habitual (anual o más frecuente) en Hospital o CARE por alguna enfermedad?**  
 NO  SI,  
\_\_\_\_\_
5. **¿Tiene concedida alguna pensión (Incapacidad Permanente, Minusvalía, jubilación en el extranjero, etc.) ?**  
 NO  SI,  
\_\_\_\_\_
6. **¿Tiene concertado algún seguro de salud (Asisa, Adeslas, Caja Salud, Previsión Médica, etc.)?**  
 NO  SI,  
\_\_\_\_\_
7. **¿Ha sufrido algún accidente (de tráfico, etc.) en relación con su actual motivo para estar de baja laboral?**  
 NO  SI,  
\_\_\_\_\_
8. **¿Ha solicitado la jubilación por enfermedad en alguna ocasión?**  
 NO  SI,  
\_\_\_\_\_
9. **¿Tiene más de un empleo o realiza más de una actividad laboral?**  
 NO  SI,  
\_\_\_\_\_

**10. ¿Ha terminado su relación laboral con su empresa o sabe que concluye pronto?**  
 NO  SI,

---

**11. ¿Cuándo se realizó su última revisión médica laboral? ¿Puede aportarnos el informe?**  
 NO  SI,

---

**12. ¿Tiene concertado algún seguro privado que le abone una cantidad adicional en casos de baja médica (MAPFRE, AXA, MUTUA MADRILEÑA, etc.) ?**  
 NO  SI,

---