

Anexo: Registros para la reestructuración cognitiva y bibliografía básica

Una paciente le dice a su médico que quiere ir al especialista por un dolor de espalda que le comenzó hace 24 horas. El médico la invita a sentarse y comienza a preguntarle por las características de su dolor, pero la paciente aparenta estar muy tensa y al momento vuelve a pedir el volante para ir al especialista. El médico trata de explicarle que tiene que hacerle una mínima historia, pero ella se levanta y se va dando un portazo, amenazando a veces con poner una reclamación y llamándole «gilipollas».

Acontecimiento Una paciente hace una petición injustificada	Emoción	Pensamientos automáticos	Distorsiones	Reestructuración
Médico A	Cólera.	«La mayoría de la gente es estúpida e insoportable». «Esto es injusto, no lo aguanto más, se van a enterar».	Abstracción selectiva. Falacia de la justicia.	Tema mental primario o: injusticia. ¿realmente puedo afirmar que la mayoría de la gente es...? ¿Acaso conozco a la mayoría de la gente? ¿Realmente nadie es amable conmigo? Pensar en gente que se haya comportado amablemente.
Médico B	Tristeza.	« Si fuera un médico competente no me pasarían estas cosas», «Soy un fracasado», «no valgo nada», «me falta carácter, soy débil».	Inferencia arbitraria. Sobre generalización.	¿Qué significa ser un médico competente? ¿Quién es para ti un médico competente en estos momentos? ¿Acaso ese médico no ha tenido nunca un desencuentro con un paciente? ¿Cómo se puede decir que no valgo nada? ¿Cómo se puede medir eso? ¿Qué significa que no tengo carácter? ¿Se puede decir que por este incidente soy débil?
Médico C	Miedo.	«Me va a poner una reclamación». ¿Y si le dan la razón?, ¿y si me llama el gerente y me quitan la interinidad?».	Catastrofismo.	Todavía no ha puesto una reclamación. No te anticipes. Si pusiera la reclamación defendería mi punto de vista. ¿Qué probabilidades hay de que me quiten la interinidad por un episodio así?: realmente muy bajas. ¿Has visto alguna vez que a alguien le quiten una interinidad por un episodio así? Escribiré lo sucedido en la historia y esperaré acontecimientos.

Afrontamiento para casos similares

No perder la calma. Controlar la comunicación no verbal y el tono de voz. Concentrarse en tener una postura asertiva. Hacer la anamnesis de una forma profesional sin caer en la trampa de discutir las pretensiones del paciente hasta no tener una idea clara del problema. No olvidar explorar con minuciosidad (eso además de dar seguridad diagnóstica reubica los roles). Si después de todo esto el paciente insiste en su demanda injustificada, analizar su actitud y sus posibles causas (pensar siempre que es una forma frecuente de presentación de los problemas de salud mental). En condiciones normales se puede utilizar la técnica de procesar el cambio: la noto preocupada y nerviosa, ¿le ha ocurrido algo que le haga desconfiar? En muchos caso puede generarse un «flash» (Balint) que ayude a discriminar la demanda. Dependiendo de ella y de la actitud del paciente se pueden utilizar las técnicas del acuerdo asertivo, de la claudicación simulada o la respuesta selectiva (si el paciente tiene una postura abiertamente hostil). Si el paciente insiste en su actitud, puede ser razonable cualquier salida que evite una confrontación abierta, pero deje clara nuestra posición y derechos. Esto incluye una sugerencia clara y firme de que cambie de médico (por desgracia esto no siempre es posible). Recordar siempre que cualquier persona es responsable de sus emociones y que, por tanto, nosotros no lo somos de las de nuestros pacientes. Por el mismo motivo un paciente sólo puede perturbarnos si nosotros lo permitimos; es decir, si exigimos, que no se comporte de la manera que no nos gusta o nos culpabilizamos de cualquier forma por ello, o nos exigimos una perfección absoluta. No olvidar que los conflictos en nuestra profesión forman parte de los «gajes del oficio».

Se anima a los lectores a utilizar un registro similar para reestructurar las emociones que les causan problemas y a elaborar unas respuestas de afrontamiento asertivas para situaciones problemáticas que puedan ponerse en marcha casi automáticamente (actuando «como si» fuéramos un médico X asertivo). Pueden utilizarse algunos de los ejemplos incluidos en este texto. El uso de estas técnicas no asegura que nunca volveremos a perturbarnos, ni que vamos a controlar todas las situaciones. Pero son recursos valiosos para recobrar la calma y elaborar nuevas estrategias. También las podemos utilizar para enseñarlas a los pacientes en la psicoterapia de apoyo.

Bibliografía práctica

Mckay M y col. Técnicas cognitivas para el tratamiento del estrés. Biblioteca de psicología, psiquiatría y salud. Ed. Martínez Roca; 1985.

Davis M y col. Técnicas de autocontrol emocional. Biblioteca de psicología, psiquiatría y salud. Ed. Martínez Roca.

Beck A y col. Terapia cognitiva de la depresión. DDB; 1983.

Ellis A y col. Manual de terapia racional-emotiva. DDB; 1981.

Ellis A y col. Práctica de la terapia racional-emotiva. DDB; 1989.

Ellis A y col. Aplicaciones clínicas de la terapia racional-emotiva. DDB; 1990.