

## ¿Qué se puede hacer para prevenir o resolver el *burnout*?

Creemos sinceramente que el *burnout* se puede prevenir y resolver. Se puede ser moderadamente optimista, aunque hay que tener cuidado, no es enemigo fácil, sobre todo porque cuando una persona está con *burnout* es peligrosamente contagiosa, es muy fácil entender sus quejas permanentes, sus actitudes negativas, sus celos y rechazos, etc. De hecho es claramente perceptible que cuando en un grupo hay una persona quemada, los demás tienen más riesgo de quemarse. Por lo tanto, es necesario procurar reconocerla y ayudarla en las fases iniciales. Cuando el síndrome está ya en fases avanzadas, el sujeto se percata de su malestar, lo predica, pero no suele aceptar que lo suyo sea un proceso patológico, simplemente cree que la culpa es del sistema y de los demás. Sin embargo, en las primeras fases, es posible que otros compañeros se den cuenta antes que el propio interesado de que se está quemado. Puede que éste no note los pequeños cambios de humor, en su actitud hacia los demás o hacia el trabajo. Si de todas las maneras notase algún cambio, probablemente lo negará o le restará importancia, atribuyéndolo a otra causa. Por este motivo, los amigos, colegas o superiores suelen ser el mejor sistema de alarma precoz para detectar el *burnout* y, por tanto, todos los profesionales del equipo deben ser conscientes que ellos mismos representan el sistema de alarma precoz de sus compañeros.

Las medidas de prevención y solución del *burnout* son diversas y son asequibles. Se puede aprender a cuidar y cuidarse a un tiempo, a sufrir estrés sin enfermar de estrés, a sentir y padecer la injusticia o la sobrecarga sin hundirse. Es cuestión de poner en práctica ciertas normas de higiene mental y física relativamente sencillas, y que casi todos conocemos, pero que casi nunca practicamos.

Veamos algunas.

### Consejos y adaptaciones personales

#### Centrarse en el «círculo de influencia»

Hemos visto que en el *burnout* pueden influir muchos factores externos. Ocurre que a veces nos preocupamos en exceso precisamente de los que (por ahora) no podemos modificar, lo que nos crea una molesta sensación de impotencia y bloquea la modificación de pequeños aspectos que sí está a nuestro alcance corregir para mejorarlos. No hay que olvidar que peque-

Tabla 6. Consejos personales para prevenir el *burnout*

Centrarse en el «círculo de influencia».
Suprimir pequeñas molestias y crear hábitos agradables.
Trabajar mejor en lugar de más: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Establecer objetivos realistas.</li> <li>• Hacer la misma cosa de manera distinta.</li> <li>• Planificar adecuadamente nuestro tiempo.</li> <li>• Permitirse pensar.</li> <li>• Tomar las cosas con más distancia.</li> </ul>
Cuidarse a sí mismo además de a los otros: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Acentuar los aspectos positivos.</li> <li>• Conocerse a sí mismo.</li> <li>• Establecer límites o fronteras.</li> <li>• Mantener la vida privada.</li> <li>• Tratar específicamente los trastornos psiquiátricos si aparecen.</li> <li>• Cambiar de trabajo.</li> </ul>

ños detalles pueden producir cambios significativos en nuestras emociones. Así, ante una situación determinada, en el momento presente, hay que analizar qué nos gustaría (o sería razonable) cambiar para trabajar mejor y que esté, al menos en parte, a nuestro alcance. Así, quizá, no podamos modificar el sistema sanitario o cambiar a nuestro gerente, pero podemos hacer otras cosas más cercanas y quizá más rentables para nosotros.

### Suprimir pequeñas molestias y crear hábitos agradables

Un resultado indeseable del *burnout* es que comenzamos a abandonarnos. Podemos dejar de colocar los papeles con el resultado de que luego perdemos mucho tiempo y energía en encontrarlos; podemos no prestar atención al aspecto del despacho con el resultado de que tendremos la sensación de que trabajamos en una pocilga; podemos incluso abandonar nuestro aspecto físico o nuestros modales con el resultado de que podemos proyectar una imagen que aumente nuestra sensación de deterioro y los conflictos desagradables. Se podría argumentar que no tendríamos por qué preocuparnos de estas cosas si nuestra empresa fuera «como debería ser». Pero esa actitud no nos servirá de consuelo y tampoco contribuirá a mejorar nuestro ánimo. Así que conviene que nos dispongamos a hacer una lista de las molestias que nos roban energía y que podríamos eliminar. Tener a mano los papeles de interconsulta y pruebas complementarias; organizar la información de las historias de forma que se visualice mejor; tener una mesa ordenada; conseguir que el despacho tenga un aspecto digno y agradable; detectar a los pacientes hiperfrecuentadores y elaborar una estrategia para manejarlos; decidir conscientemente la imagen que queremos proyectar y cuidarla (en la forma de vestir, en los modales) tener bien ordenados los libros, etc. Se puede comenzar priorizando diez tareas y dándonos un tiempo razonable para abordarlas (de uno a tres meses, por ejemplo).

Como tarea complementaria a la anterior podemos crearnos una serie de **hábitos diarios que realmente nos resulten agradables** y que esté a nuestro alcance hacer. Esto es algo muy personal, pero puede construir una disciplina del bienestar que puede ayudar a neutralizar situaciones adversas. Podemos tomarnos media hora para desayunar y leer el periódico; podemos escuchar música clásica mientras pasamos la consulta; podemos pararnos un poco con un paciente que nos resulte especialmente interesante; podemos llegar 15 minutos antes a la consulta y leer sistemáticamente un texto o artículo de calidad; podemos charlar un rato con un compañero de forma agradable... Sé que mucha gente pensará que todo esto son tonterías que no cambian su consulta masificada o sus conflictos con los pacientes. Pero si lo intentaran, quizá descubrirían otra perspectiva. Ciertos hábitos ayudan a sobrellevar la adversidad y a conectarnos con lo mucho que también hay en nuestra realidad de enriquecedor. Sin llegar a la disciplina de aquel oficial inglés de la película *El puente sobre el río Kway*. Sobre todo no convendría que nos arrebataran fácilmente **el hábito de trabajar con una mínima calidad, de sentirnos profesionales competentes y la sensación de que eso depende en una parte importante de nosotros**. Por suerte, las nuevas tecnologías nos lo facilitan enormemente respecto a épocas anteriores.

- **Trabajar mejor en lugar de más** significa hacer pequeños cambios que puedan hacer el trabajo menos estresante, más eficiente y más llevadero. Siguiendo a Maslach, una serie de estrategias pueden ser útiles en este sentido.
  - **Establecer objetivos realistas.** Es frecuente en las profesiones humanitarias la presencia de ideales elevados, cuando no utópicos (la injusticia, el hambre, etc.). La mayoría de estas situaciones son imposibles de solucionar en la vida del individuo, por lo que, si no se orientan los objetivos, cada día de trabajo estará destinado a ser un fracaso. Más que objetivos abstractos debemos procurar conseguir cosas más específicas, más factibles, teniendo en cuenta nuestras capacidades y limitaciones.
  - **Hacer la misma cosa de manera distinta.** Intentar huir de la rutina, siempre será útil, nos proporcionará mayor sentido de autonomía y libertad personal.
  - **Planificar adecuadamente nuestro tiempo.** Es importante ser consciente de cómo estamos utilizando nuestro tiempo. Podemos llevar unos días un registro pormenorizado y a partir de ahí organizarlo de una forma

eficiente que permita utilizarlo precisamente en lo que nos interesa, sin que «nos lo roben» o tengamos la sensación de que no lo controlamos.

- **Permitirse pensar.** Proporcionarse la oportunidad de darse un respiro, de reflexionar, antes de dar una respuesta ante una situación delicada o impertinente. La pausa del café a media mañana, puede ser útil para relajarse. Es importante evitar las prolongaciones de jornada gratuitas y frecuentes (a veces para seguir el ritmo de otros) que pueden contribuir al «agotamiento» y aversión hacia usuarios y colegas. En algunos trabajos se pueden hacer cambios de turno (menos estresante) por un tiempo limitado.
- **Tomar las cosas con más distancia.** El *burnout* aumenta cuando el profesional se implica demasiado con la gente. La empatía también supone distancia. No se puede ayudar profesionalmente sin ella. Eso implica asumir que no podemos «satisfacer» a todos nuestros pacientes (la satisfacción depende de variables que, en su mayor parte, no controlamos). También el saber «desconectar» y no llevarnos trabajo a casa (ni en las manos ni en la cabeza).
- **Cuidarse a sí mismo además de a los otros.** Será imposible que ayudemos a los demás si, en primer lugar, no nos cuidamos de nosotros mismos. Para ello, podemos poner en práctica alguna de estas estrategias.
  - **Acentuar los aspectos positivos.** En las relaciones de ayuda es frecuente la tendencia a los pensamientos negativos, focalizándose en los malos resultados, de modo que pasa inadvertido el lado bueno que pueda tener el trabajo, a través de los éxitos y gratificaciones. Pensar en éstos puede contrapesar las frustraciones. Esta situación suele acentuarse porque los usuarios no suelen agradecer el cuidado que han recibido; creen que quien les ha ayudado ha cumplido simplemente con su trabajo. Esta ausencia de refuerzo positivo que tanto necesita el profesional puede contribuir a la frustración.
  - **Conocerse a sí mismo.** Es importante tener capacidad de introspección, analizar nuestras propias reacciones y poder reflexionar sobre el porqué de tales reacciones. Este autoanálisis debe ser constructivo, no destructivo. Reconocer nuestros límites y aprender de nuestros errores, no significa un acto victimista, sino, por el contrario, un paso hacia el crecimiento personal. En el apartado de técnicas cognitivas para el autocuidado personal se comentan algunos recursos para trabajar este aspecto esencial.

- **Establecer límites o fronteras.** Es importante diferenciar lo que es el trabajo y lo que es el hogar. Aunque a veces no es fácil, hay que intentar establecer una frontera entre ambos ámbitos. Maslach habla de «descompresión», como en las personas que practican el buceo. Si se ha descendido a mucha profundidad, no se debe ascender demasiado deprisa, para evitar accidentes por entrada de nitrógeno en el torrente sanguíneo. Algo similar se puede hacer al volver del trabajo a casa, por ejemplo, haciendo ejercicio físico caminando de regreso.
- **Mantener la vida privada.** Sería una consecuencia de los anteriores. Muchas personas alivian su carga de tensión con amigos o con un cónyuge comprensivo. Es importante tener aficiones que ocupen nuestro tiempo libre, pero ni el trabajo ha de invadir nuestro tiempo libre, ni un «hobby» debe ocupar nuestro tiempo de trabajo, pues esto suele ser un signo o consecuencia del *burnout*.
- **Cambiar de trabajo.** Como último recurso o alternativa para profesionales «quemados» se puede considerar esta decisión que suele ser difícil en la sociedad en la que vivimos, pero no imposible. En la práctica así sucede, y profesionales afectados del síndrome acaban cambiando de trabajo, incluso de profesión. Si se cambia de trabajo hay que procurar que sea un auténtico cambio de trabajo. Por ejemplo, un médico no solucionará su problema si cambia de hospital para seguir haciendo lo mismo. No hay que olvidar la posibilidad de haberse equivocado a la hora de escoger nuestra profesión. Y si eso se percibe claramente —y es factible—, quizá hay que plantarse seriamente un cambio.
- **Tratar específicamente los trastornos psiquiátricos si aparecen.** Como hemos visto, los síntomas del *burnout* se solapan con los de trastornos específicamente psiquiátricos, como ansiedad o depresión, siendo difícil, en muchas ocasiones, determinar si las condiciones laborales son la causa o el efecto de la perturbación emocional. A veces, por ejemplo, una desmotivación en el trabajo puede constituir una evidencia de la anhedonia que acompaña a las depresiones. Es evidente que estos casos precisan una evaluación psiquiátrica y un tratamiento adecuados.

## Manejo social e institucional

### Manejo social

Muchas veces, en situaciones de «agotamiento» un buen soporte puede ser el cónyuge, el resto de la familia o los amigos. Pero casi siempre va a ser más útil la ayuda de los propios compañeros de trabajo, que conocen los proble-

mas que pueden haber conducido a esta situación. Con frecuencia ellos mismos pueden tener o haber tenido sensaciones similares. Los colegas pueden ayudar reduciendo la tensión emocional, actuando sobre la fuente del estrés o induciéndonos a afrontar la situación de forma más eficaz. Un compañero puede suministrarnos asistencia ante un usuario especialmente estresante, incluso sustituirnos provisionalmente. Un buen compañero, se ofrecerá gustoso como apoyo permitiendo la expresión de estados emocionales, lo cual es a veces muy útil. Es más fácil contar las penas a alguien amigable y que además está familiarizado con la situación. Este conocimiento comparativo contribuye a evitar la tendencia a autoculpabilizarse y puede ayudar a resolver una situación difícil, dándonos una visión distinta de la misma. Muchas veces al hablar con los compañeros, nos damos cuenta que ellos tienen problemas similares a los nuestros, y que quizás los hemos magnificado en exceso. Los colegas también nos darán ánimo, y con frecuencia son los únicos que reconocen nuestro trabajo bien hecho. Sería una buena costumbre que cuando un compañero hace algo bien se lo dijésemos y sobre todo **institucionalizar reuniones**, habiendo conseguido formación previa en recursos eficaces, para generar una autoayuda efectiva en los equipos o servicios. Estos conocimientos y rutinas deberían formar parte del cuerpo de conocimientos profesional de un médico de cualquier especialidad.

Por desgracia, a veces hay entornos de trabajo donde el ambiente se ha deteriorado tanto y donde el porcentaje de «quemados» es tan grande que no es fácil que se presten mutuamente ayuda, sino que por el contrario el propio ambiente de trabajo contribuye aún más al *burnout*. Estas situaciones deberían detectarse y la empresa tendría que tener institucionalizada una ayuda externa. Esto tendría que hacerlo por motivos puramente egoístas. Cada vez hay más evidencia de que los profesionales con *burnout* pueden generar más gasto (últimamente se ha estudiado la relación entre *burnout* y gasto farmacéutico, por ejemplo) y todo tipo de pérdidas más o menos intangibles (imagen, satisfacción de usuarios, etc.).

Las sociedades científicas y los colegios profesionales pueden cumplir un papel importante, generando actividades y foros donde los médicos puedan desarrollarse en todas las facetas incluida la formación continuada, las relaciones personales y las habilidades de autocuidado.

### **Gestión institucional**

Este es el punto más lejano de nuestro círculo de influencia, pero, desde luego, no el menos importante. El que nos hayamos centrado en lo que nosotros podemos hacer no quiere decir, ni muchísimo menos, que las condiciones de

trabajo no sean importantes. En una actividad como la sanitaria son esenciales. Y es obvio que en muchos casos no lo son. Y lo que es peor, no existe la sensación de que alguien esté observando y pensando una estrategia para mejorarlas. No existen los profesionales que, en hospitales o Atención Primaria, se dediquen precisamente a observar la calidad de los puestos de trabajo y a elaborar estrategias y proveer recursos para mejorarla. La sanidad pública, mayoritaria en nuestro país, es una estructura muy anquilosada y difícil de cambiar. Pueden coexistir en un mismo hospital la medicina de mayor calidad (trasplantes, última tecnología) con la situación más caótica (por ejemplo, un servicio de urgencias colapsado con profesionales que superan un horario de trabajo razonable, mal pagados, con falta de recursos y sin ninguna sensación de control sobre su situación). Pueden prometerse todo tipo de servicios a la población y luego no proveer los recursos suficientes, con lo que los profesionales de Atención Primaria se pueden encontrar con expectativas a las que no pueden responder de ninguna manera, con masificación, con instalaciones insuficientes, con insuficiencia de recursos.

Es muy importante que la administración sanitaria clarifique los derechos y los deberes de los usuarios del sistema y priorice los servicios que quiere dar tomando las medidas estructurales necesarias. Que provea los recursos necesarios para que los profesionales puedan realizar su trabajo en una situación confortable y adecuadamente reconocida. Que desarrolle instrumentos adecuados de gestión que estimule a los profesionales y coordine a los distintos niveles asistenciales. Luchar por esto de forma organizada y firme no tendría que ser solo una cuestión sindical, sino una prioridad de todo el colectivo sanitario.

## Técnicas cognitivas para el autocuidado emocional

Frente al modelo psicoanalítico que ve la perturbación emocional como el reflejo de un conflicto inconsciente ocurrido en alguna fase del desarrollo infantil, la teoría cognitiva, cuyos representantes más conocidos son Albert Ellis y Aaron Beck, la conceptualizan como el resultado de procesar de forma inadecuada la información que recibimos, de tener ciertas *distorsiones cognitivas* o *creencias irracionales* que hacen que el individuo construya un sistema de significados no adaptativo. Por tanto, el terapeuta cognitivo ayuda al paciente a identificar sus pensa-

Tabla 7. Algunas técnicas cognitivas conductuales

Manejo de la autoestima.
Reestructuración cognitiva.
Habilidades sociales: asertividad.
Técnicas de afrontamiento.
Relajación y visualización.
Aserción encubierta.
Inoculación del estrés.

Tabla 8. Criterios de salud psicológica

1.	Interés en uno mismo.
2.	Interés social.
3.	Autodirección.
4.	Alta tolerancia a la frustración.
5.	Flexibilidad.
6.	Aceptación de la incertidumbre.
7.	Comprometerse en ocupaciones creativas.
8.	Autoaceptación.
9.	Capacidad de asumir riesgos.
10.	Hedonismo de largo alcance.
11.	Antiutopías rígidas (no a los sistemas cerrados de creencias).
12.	Asumir la propia responsabilidad de las emociones.

mientos automáticos o sus creencias irracionales y a cambiarlos por otros más realistas en la hipótesis que «al cambiar las cogniciones cambiarán las emociones». Los recursos cognitivos pueden utilizarse también como prevención de la perturbación emocional o, dicho de otro modo, como cuidado de la salud mental. En los textos médicos son frecuentemente reseñadas, pero casi nunca expuestas de una manera lo suficientemente amplia que permita una mínima intervención o la posibilidad de acceder a la biblio-

grafía original. Nos ha parecido que el médico puede beneficiarse de estas técnicas y las hemos aplicado a casos prácticos que suelen crearnos malestar. Esto supone que abogamos por una postura activa de prevención ante el *burnout*. Más adelante comentaremos que es una habilidad esencial saber pedir ayuda cuando estamos muy desbordados, pero también es verdad que no tenemos que sucumbir fácilmente ante la menor frustración y caer en la pasividad y la indefensión. Podemos utilizar la voluntad y el conocimiento para conquistar un estado razonable de bienestar emocional en nuestro trabajo. Los criterios de salud psicológica que se manejan el paradigma cognitivo pueden verse en la **tabla 8**.

### Técnicas de reestructuración cognitiva

«Las cosas que ocurren no son las que te perturban, sino la opinión que tienes de ellas». Epícteto.

*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 voces con poner una reclamación y llamándole «gilipollas».*

Vamos a imaginar que esta situación la sufren tres médicos diferentes. **El médico A** siente una gran sensación de cólera, nota cómo se le calienta la

cara, cómo todo su cuerpo se llena de tensión, comienza a tener una gran sensación de hostilidad que mantiene toda la mañana, lo que le procura algún conflicto con otros pacientes y del que luego se siente culpable. **El médico B** se siente muy triste y tiene ganas de llorar. **El médico C** siente miedo, observa cómo le invade un sudor frío y cómo se le pone un nudo a la altura del epigastrio. **El médico D** se siente un poco frustrado, pero también con curiosidad por la verdadera demanda de la paciente y así lo anota en la historia.

Según los psicólogos cognitivos Albert Ellis y Aarón Beck la diferencia en las emociones de los cuatro médicos depende de cómo están interpretando lo que les ha ocurrido, de cómo procesan la información que tienen. **El médico A pensó:** «La mayoría de la gente es estúpida e insoportable; esto es injusto no lo aguanto más, se van a enterar». **El médico B pensó:** «Si fuera un médico competente no me pasarían estas cosas, soy un fracasado, no valgo nada, me falta carácter, soy débil». **El médico C pensó:** «Me va a poner una reclamación, seguro que le dan la razón, me va a llamar el gerente y me van a quitar la interinidad». **El médico D pensó:** «Esta mujer me ha proyectado una gran hostilidad. Debe estar perturbada por algo, quizá esté deprimida o muy asustada o haya tenido una mala experiencia o cualquier otra cosa (puede ser simplemente una maleducada). Si vuelve, trataré de abordar directamente sus expectativas. Si insiste en su actitud, cortaré la relación y le diré que se cambie de médico».

En cada caso, la emoción del médico fue consecuencia de la forma en que fue juzgado, interpretado y etiquetado el suceso. A veces los acontecimientos que nos ocurren los interpretamos de una forma racional, flexible, concreta y entonces tenemos **emociones adaptativas**, como tristeza, si hemos perdido a un ser querido; enfado, si nos han perjudicado en algo; miedo, si nos vemos envueltos en una situación amenazante; o alegría, si nos ha ocurrido algo agradable. En otras ocasiones, dependiendo de múltiples variables en las que influye de forma determinante el proceso de aprendizaje, los eventos los interpretamos de forma irracional, inadecuada, cometiendo errores lógicos en el procesamiento de la información que nos pueden llevar a tener **emociones perturbadoras y poco adaptativas (tabla 9)** en el sentido de que no nos ayudan a cambiar para vivir mejor, sino que, por el contrario nos hunden en actitudes que nos perjudican como la depresión, la ansiedad o la irritabilidad. La hipótesis es que podemos darnos cuenta de nuestra forma de procesar la información y podemos hacer algunos cambios para sentirnos mejor y relacionarnos más adecuadamente con los demás. Podemos aprender que detrás de una emoción hay siempre unos **«pensamientos automáticos»** que nos creemos acríticamente y que algu-

Tabla 9. Distinción de emociones negativas

Racionales	Irracionales
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inquietud.</li> <li>• Tristeza.</li> <li>• Responsabilidad.</li> <li>• Desilusión.</li> <li>• Disgusto.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ansiedad.</li> <li>• Depresión.</li> <li>• Culpabilidad.</li> <li>• Vergüenza/apuro.</li> <li>• Ira.</li> </ul>
<p><i>Son adaptativas y suponen:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluar como negativo.</li> <li>2. Tolerancia a la frustración.</li> <li>3. Autoaceptación.</li> </ol>	<p><i>No son adaptativas y suponen:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tremendismo.</li> <li>2. «No soportar».</li> <li>3. Autocondena.</li> </ol>

nos de ellos pueden tener «**distorsiones cognitivas**», errores lógicos contenidos en los pensamientos automáticos, que podemos cuestionar y modificar, de tal forma que nuestras emociones se sitúen en un margen adaptativo o racional. También podemos darnos cuenta de nuestro estilo de relacionarnos con el mundo, de algunos de nuestros «**esquemas cognitivos**» que contienen las reglas básicas para escoger, filtrar y codificar la información que proviene del entorno.

Así, cuando tengamos una emoción perturbadora, tenemos que aprender a seguir los siguientes pasos:

### **Prestar atención a los pensamientos automáticos**

Todas las personas tenemos continuamente una «autocharla» (*self talk*) con nosotros mismos o, dicho de otra manera, una *corriente de conciencia* en forma de «*pensamientos automáticos*», que son los que producen las emociones y que tienen las siguiente características:

- Son mensajes específicos y parecen taquigrafiados. Suelen estar compuestos por pocas y esenciales palabras o por una imagen visual breve que, a veces funciona, como el encabezamiento de un grupo de recuerdos temidos, autorreproches o temores. Son como relámpagos, a veces, muy difíciles de percibir. **El médico B** se decía: «soy un fracasado, me falta carácter, soy débil» y se imaginaba viejo y abandonado.
- Se viven como espontáneos y suelen ser creídos acriticamente, no importa lo irracionales que sean. Como generan emociones muy rápidamente «se sienten y evalúan como verdaderos» (razonamiento emocional), no tenemos la necesidad de probarlos. Muchas veces se confunden con «la intuición» (cosa con mucho prestigio para algunas personas). **El médico A** se decía: «la mayoría de la gente es estúpida...».

- Tienden a ser dramáticos, predicen catástrofes, ven peligros por todas partes. **El médico C** se decía: «me va a denunciar, me van a echar...».
- En muchos casos se expresan en términos de «debería o tendría que». Albert Ellis dice que tras una emoción perturbadora siempre hay un debería, una exigencia absoluta hacia algo: «debería haberme tratado bien», «no debería haber cometido este error», «no debería tener problemas», «todos los pacientes deberían ser correctos conmigo».
- Son difíciles de desviar porque forman un flujo de conciencia muy rápido que crea emociones que, a su vez, desatan otros nuevos en una espiral cada vez más intensa. Las expresiones «comerse el coco» o «tener un nudo en la cabeza» es ilustrativa.
- En general, los pensamientos automáticos dependen de «**esquemas cognitivos**» (tabla 10) que son aprendidos. Pueden derivarse de experiencias infantiles y de las actitudes de los padres y compañeros y forman parte del sistema de creencias del individuo. Muchos de los esquemas cognitivos desadaptativos están reforzados culturalmente y suelen activarse en situaciones que afectan a áreas relevantes del individuo como aceptación-rechazo, éxito-fracaso, salud-enfermedad o ganancia-pérdida. Por ejemplo, algunos de los que predisponen a depresión y que, cuando existen, se pueden activar fácilmente en el trabajo médico (Beck, 1967) son:
  - Para sentirme bien tengo que tener éxito en lo que me proponga.
  - Para sentirme bien, debo obtener la aceptación y aprobación de todo el mundo en todas las ocasiones.

Tabla 10. Esquemas cognitivos adaptativos y desadaptativos

Adaptativos	Desadaptativos
No importa lo que ocurra, ya saldré adelante.	Debo ser perfecto en todo para ser aceptado.
Si me esfuerzo en algo puedo llegar a dominarlo.	Si elijo hacer algo, debo tener éxito.
Soy un superviviente.	Soy un fracaso.
Los demás pueden confiar en mí.	Sin una mujer (u hombre) no soy nadie.
La gente me respeta.	No importa lo que haga, no triunfaré.
Puedo resolver los problemas.	No se puede confiar en los demás.
Si me preparo con antelación, generalmente hago mejor las cosas.	Nunca puedo sentirme cómodo entre la gente.
Me gustan los retos.	Si cometo un error, lo perderé todo.
No hay muchas cosas que puedan asustarme.	El mundo es demasiado aterrador para mí.
Lo normal es que las cosas me vayan bien.	Aunque ahora las cosas me vayan bien terminarán yendo mal.

- Si cometo un error significa que soy un inepto.
- Si alguien se muestra en desacuerdo conmigo significa que no le gusto.
- Mi valía personal depende de lo que otros piensen de mí.

Por tanto, ante cualquier situación (o recuerdo) que nos cause una emoción desagradable, tenemos que tener la actitud de buscar activamente los pensamientos automáticos que se nos rondan en ese momento por la cabeza. Con un cierto hábito esto se puede hacer de una forma rápida, bien en el mismo momento o mejor en un tiempo que se dedique específicamente a ello. Se trata de rememorar la situación y escuchar el diálogo interno. A medida que se van detectando, se los anota, y entonces ya puede pasarse al paso siguiente.

### **Identificación de distorsiones cognitivas y su reestructuración**

¿Puede afirmarse con un grado de probabilidad aceptable, como hizo el **médico A**, que *la mayoría de la gente es estúpida* porque una paciente hubiera tenido un comportamiento inadecuado? ¿Puede el **médico B** afirmar con una lógica racional que *un médico competente no tiene conflictos de relación con los pacientes* y de ahí dar el salto a que él es una persona débil y sin carácter? Evidentemente, no. Pero si nos acostumbramos a observar nuestros pensamientos automáticos, nos daremos cuenta que en muchas ocasiones nos decimos, en algunas facetas de nuestra vida, cosas igual de tremendistas e ilógicas que nos hacen sentirnos muy mal. La causa de ello es que algunos pensamientos automáticos presentan algún tipo de errores lógicos que Aarón Beck denomina **distorsiones cognitivas**. Son errores sistemáticos que se producen en el procesamiento de la información, lo que nos produce un sesgo en la interpretación de las relaciones con los demás, de los sucesos que nos ocurren o de nuestra propia autoimagen, haciéndonos llegar a conclusiones absolutas, exageradas y excesivamente generales. Tendría un pensamiento primitivo frente a un pensamiento más maduro que podría tener (**tabla 11**).

Es importante, después de detectar los pensamientos automáticos ligados a una emoción, saber detectar si tienen alguna distorsión cognitiva para «reestructurarla»; es decir, para detectar su error lógico y de una manera racional cambiarlo por otro aserto más adaptativo, lo que, en general, ayuda a cambiar la emoción. Para ello hay algunas **técnicas de reestructuración** que se reseñan a continuación. Cuando se analice más adelante cada dis-

Tabla 11. Tipos de pensamiento

Pensamiento primitivo	Pensamiento maduro
1. No dimensional y global <i>Soy un miedoso.</i>	1. Multidimensional <i>Soy medianamente miedoso, bastante generoso e inteligente en algunos aspectos.</i>
2. Absolutista y moralista <i>Soy un despreciable cobarde.</i>	2. Relativo: no emite juicios de valor <i>Tengo más miedo que la mayoría de las personas que conozco.</i>
3. Invariable <i>Siempre fui y siempre seré un cobarde.</i>	3. Variable <i>Mis miedos varían de un momento a otro y de una situación a otra.</i>
4. Diagnóstico basado en el carácter <i>Hay algo extraño en mi carácter.</i>	4. Diagnóstico conductual <i>Evito en gran medida muchas situaciones y tengo diversos miedos.</i>
5. Irreversibilidad <i>Como soy intrínsecamente débil, no hay nada que pueda hacer con mi problema.</i>	5. Reversibilidad <i>Puedo aprender modos de afrontar situaciones y de luchar contra mis miedos.</i>

Adaptado de Aarón Beck. *Terapia cognitiva de la depresión*. DDB1983.

torsión, en el apartado reestructuración se darán algunas sugerencias para neutralizarlas.

## La interrogación socrática o descubrimiento guiado

Se trata de hacerse preguntas inductivas que ayuden a cambiar la «percepción rígida» de la realidad por un estado de curiosidad. Se trata de darse cuenta de que hay otras alternativas a la interpretación de lo que le ocurre. En momentos de perturbación puede ser difícil hacerlo uno mismo. Aún así, puede desarrollarse el hábito de cuestionar las distorsiones cognitivas haciéndose preguntas por escrito. Puede utilizarse el truco (que funciona) de escribir un diálogo entre uno mismo y un *alter ego* terapeuta (médico K):

*Médico K: ¿Qué significa que eres un «desastre»?*

*Médico: Que hago todo mal.*

*MK: ¿Cómo puedes hacer todo mal?*

*M: Si no, no me hubiera pasado este mes en el gasto de farmacia.*

*MK: ¿Estás seguro de que porque te hayas pasado en los objetivos de farmacia (arbitrarios) que te han marcado eres un «desastre» como persona o como médico?*

*M: No estoy seguro.*

*MK: Además, ¿puede una persona hacer TODO mal? ¿Se puede ser un «desastre» como persona sólo por un incidente profesional?*

### **La evaluación de la evidencia**

Los pensamientos automáticos específicos o grupos de pensamientos automáticos, son expuestos como hipótesis y se trata de buscar pruebas tanto a favor como en contra. Se trata de ver si las premisas en las que se basa el silogismo lógico son correctas. Porque la aceptación de una premisa falsa lleva a una conclusión falsa. Esto también conviene hacerlo por escrito siguiendo el mismo sistema. Veamos el médico del ejemplo:

*Médico: «Si fuera un médico competente no me pasarían estas cosas, soy un fracasado, no valgo nada, me falta carácter, soy débil».*

*Médico K: Piensa en un médico que tú creas competente, el que más respetes.*

*M: El Dr. X.*

*MK: ¿Puedes asegurar que nunca ha tenido ningún problema con ningún paciente?*

*M: No. Yo mismo he presenciado algunas interacciones problemáticas con algunos pacientes.*

*MK: Y ¿lo consideras un fracasado?*

*M: No, en absoluto.*

*MK: ¿Entonces...?*

### **Técnicas de retribución**

Es frecuente autoatribuirse la culpa o la responsabilidad de acontecimientos negativos. La técnica de retribución se utiliza cuando nos atribuimos de forma poco realista, las consecuencias negativas de un evento a una deficiencia personal, como la falta de capacidad o esfuerzo. Se trata de estimular un pensamiento maduro, cuestionando las interpretaciones globales, no dimensionales y referidas al carácter y de una forma lógica, según la información disponible, atribuir la responsabilidad a quien realmente corresponda. Lo importante no es liberarse de toda responsabilidad, sino definir los múltiples factores que pueden intervenir en una experiencia adversa.

*Médico K: ¿Qué error has cometido en concreto para que ese paciente se haya enfadado?*

*Médico: La verdad creo que ninguno. Sólo he tratado de hacerle una historia clínica.*

*MK: ¿No pudiera ser que la paciente estuviera, por ejemplo, perturbada o asustada y que su reacción no fuera, en su mayor parte, responsabilidad tuya?*

*M: Es verdad, es lo más probable.*

*MK: Porque, ¿quién es en último término el responsable de una emoción, de una conducta?*

Cuando un paciente está en una terapia cognitiva, es el terapeuta el que le ayuda y le enseña a reestructurar. Esto a veces puede ser necesario porque el proceso de comunicación con otro es en sí mismo terapéutico y además el terapeuta tiene una visión externa que puede ayudar a encontrar cogniciones más distanciadas y equilibradas. Esto quiere decir que, a veces, si nos sentimos muy perturbados, puede ser necesario pedir ayuda a un profesional competente, aunque a los médicos

nos cueste bastante hacerlo. Sin embargo, también podemos ayudarnos a nosotros mismos aprendiendo algunos de los recursos aquí reseñados. A continuación se describen algunas de las distorsiones cognitivas más frecuentes y se sugieren técnicas para reestructurarlas. Es importante darse cuenta del error lógico, de lo que sería deseable desde el punto de vista racional y luego convertir eso en una frase clara que nos podamos decir a nosotros mismos, con fuerza, para neutralizar los pensamientos automáticos distorsionados. De lo que se trata es de encontrar el argumento en concreto que para nosotros es relevante y neutraliza la distorsión o el esquema (lo que, en el mejor de los casos, supone un cambio en las emociones). No puede esperarse un resultado inmediato. Hay que tomárselo como un entrenamiento para cambiar hábitos muy arraigados, lo que va a necesitar disciplina y persistencia en el tiempo.

Tabla 12. Algunas distorsiones cognitivas

Abstracción selectiva o filtraje (AS)
Inferencia arbitraria (IA)
Sobre generalización (IA/SG)
Pensamiento polarizado o dicotómico (PP)
Pensamiento catastrofista (C)
Interpretación del pensamiento (IP)
Personalización (P)
Falacias de control (FC)
Falacia de la justicia (FJ)
Falacia de la recompensa divina (FRD)
Falacia del cambio (Fc)
Razonamiento emocional (RE)
Deberías (D)

## **Abstracción selectiva o filtraje (relativo al estímulo)**

Consiste en centrarse en un detalle extraído fuera de su contexto, ignorando otras características más relevantes de la situación y conceptualizar toda la experiencia sobre la base de ese fragmento. Se resalta un simple detalle y todo el resto del evento se ve teñido por ese detalle. *Un médico terminó la jornada con la sensación de que todos sus pacientes eran «unos estúpidos» sólo porque una señora le había recriminado a gritos que no la hubiera mandado al especialista que ella quería. Olvidó al resto de pacientes de la mañana con los que había tenido una relación correcta y a una señora que le había hecho unas pastas por mejorarle el dolor de espalda.*

Aquí se filtra la realidad, se ve con una *visión de túnel*, seleccionando sólo algunos aspectos. Y cada persona tiene su túnel particular, sus esquemas cognitivos, con los que observa el mundo. Así, por ejemplo, los depresivos seleccionan elementos que sugieren pérdidas, los que tienen ansiedad seleccionan peligros y los coléricos buscan evidencias de injusticia. Además, «sentimos» que ese túnel es el verdadero. Por otra parte, los mecanismos del recuerdo son también muy selectivos. De una historia completa sólo se recuerdan algunos detalles muy cargados de emocionalidad, con lo que un paciente depresivo puede revisar el pasado y sentir que todo ha sido negativo. El resultado es que todos los temores, carencias e irritaciones se exageran en importancia porque llenan la conciencia con exclusión de todo lo demás.

- **Reestructuración.** Hay que utilizar la lógica para **identificar aspectos positivos** que se pasan por alto una vez identificado el tema mental primario. Si el tema es pérdida, se prestará atención a todo lo que de valor se tiene. Si el tema es peligro, se prestará atención a las cosas del ambiente que representan comodidad y seguridad. Si el tema es injusticia (incluyendo estupidez, incompetencia, etc.), se prestará atención a lo que hacen las personas que merecen su aprobación. Siempre hay que combatir la exageración. Esta suele estar representada por palabras como *terrible, repugnante, «no puedo resistirlo»*, etc. La historia humana demuestra que casi todo se puede resistir y uno puede acostumbrarse y afrontar casi todo. Además, en cualquier caso siempre «estamos resistiendo» lo que nos ocurre, así que se trata de que el problema no haga más daño que el que objetivamente hace. Otra posibilidad es **centrar la atención en las estrategias de afrontamiento** que el problema puede tener más que obsesionarse en interpretarlo de una manera sesgada.

### **Inferencia arbitraria (relativo a la respuesta)**

Consiste en el proceso de adelantar una conclusión sin la suficiente evidencia que la apoye o a pesar de que la evidencia sea contraria a la conclusión. *Si cometo un error en un diagnóstico significa que «soy un mal médico». Si me suspenden en un examen pienso que nunca seré capaz de aprobarlo porque soy poco inteligente. Si me rechazan en un trabajo pienso que nunca voy a ser capaz de encontrar trabajo porque tengo un carácter débil. Si un paciente es desagradable conmigo es porque no tengo carácter.*

- **Reestructuración.** Hay que *examinar qué cantidad de evidencia* existe, en realidad, para llegar a las conclusiones que obtenemos. Tratar siempre

las premisas como hipótesis. Para esto es útil la **técnica de las tres columnas**: pruebas a favor de mi conclusión/pruebas en contra/conclusión alternativa. También se utilizan las **técnicas de reatribución** para combatir la culpa o la responsabilidad incorrectamente atribuida. *El paciente se ha comportado de forma desagradable: ¿qué tiene que ver eso con mi comunicación con él en la consulta?, ¿qué podría haber hecho para evitarlo?, ¿qué sabe el paciente de mi carácter?, ¿es racional hablar de carácter de forma global?, ¿tengo yo toda la responsabilidad en un proceso de comunicación?...*

## Generalización excesiva (relativo a la respuesta)

Se refiere al proceso de elaborar una regla general o una conclusión a partir de uno o varios hechos aislados y de aplicar el concepto tanto a situaciones relacionadas como a otras inconexas. Se asume que si algo es cierto en un caso se puede aplicar a otro que sea mínimamente similar. *Si me suspenden en un examen significa que «nunca voy a ser capaz de aprobar nada en la vida». Si se me complica una técnica significa que «siempre seré un negado para la cirugía». Si me da miedo afrontar una situación supone que siempre seré un «maldito cobarde». Si me rechaza una persona que me gusta supone que me van a rechazar siempre y nunca me va a querer nadie.* Esta distorsión conduce inevitablemente a una vida cada vez más restringida, ya que se termina viviendo como si existieran leyes absolutas que gobernarán nuestra existencia. Lo peor es que muchas veces esto termina resultando cierto porque los asertos *siempre* (*seré un fracaso...*), *nunca* (*seré apreciado...*), *nadie* (*se merece...*), terminan convirtiéndose en profecías autocumplidoras que operan en la medida en que uno se las cree y afectan a nuestra conducta.

- **Reestructuración.** Hay que sospechar generalización cuando se utilicen las palabras *siempre*, *nunca*, *todos*, *ninguno*, *nadie*, lo cual supone no permitirse un lenguaje tremendista en ningún caso. El lenguaje tiene mucha importancia en nuestras emociones, para bien y para mal. Hay que **combatir los absolutos**. Así si, por ejemplo, nos decimos «siempre he sido así» hay que cambiarlo de inmediato por «hasta ahora bastantes veces he actuado así». Esto es una afirmación mucho más adecuada que incluye la posibilidad de cambiar. El médico, llevado por experiencias previas, puede desarrollar con facilidad, en la rutina de su trabajo, pensamientos automáticos que incluyan la generalización excesiva, lo que le lleva a «profecías autocumplidoras» que le impiden modificar conductas o emociones que le son desagradables.

## Pensamiento polarizado o dicotómico

Es un pensamiento del «todo o nada». Consiste en clasificar todas las experiencias en dos categorías opuestas. Todo es «blanco o negro» no existen grises. *Un médico pensaba que sus artículos o eran buenos o eran malos. Otro pensaba que un colega tenía o no tenía talento. Un médico de familia clasificaba a los especialistas del hospital en magníficos o fatales.*

Esto es especialmente peligroso cuando se aplica a cómo una persona se juzga a sí misma o a las demás. *O tiene éxito en algo o es un perdedor. O es brillante o es un mediocre. O es perfecto o es un estúpido.* Pensar así inevitablemente lleva a un bamboleo emocional que habitualmente termina paralizando porque, aunque uno pueda sentirse bien cuando algo le sale bien, terminará sintiéndose muy mal cuando fracase en algo y se sienta inferior a los demás. Estar continuamente comparándose y valorándose respecto a los otros, además de ser irracional, conlleva inevitablemente que esos juicios se vuelvan contra uno mismo. Si una persona piensa que los que se deprimen lo hacen porque son débiles o inferiores, puede sentirse muy mal si algún día se siente deprimido.

- **Reestructuración.** Hay que **cuestionar cualquier juicio en blanco o en negro**. Esto está ligado con el concepto de autoaceptación que puede verse más adelante. La gente no es feliz o triste, valiente o cobarde, buena o mala. Los seres humanos somos demasiado complejos como para ser reducidos a juicios dicotómicos. Por suerte, todos tenemos un poco de todo, navegamos en una escala de grises y tenemos tantas facetas que somos inclasificables. Puede ser de utilidad **pensar en términos de porcentaje**: «un 30% de mí tiene miedo a la muerte, pero el 70% aguanta y se enfrenta a ella». Hay que ser conscientes que la competitividad que actualmente se da en la Medicina alienta esta forma de ver las cosas y que esto puede ser muy destructivo, porque en una dinámica de pensamiento polarizado nunca se tiene lo suficiente, siempre se está al borde del fracaso total, aunque se hayan conseguido muchos retos.

## Pensamiento catastrofista

Una persona con pensamientos catastróficos «siempre se pone en lo peor» y se siente como si lo peor ya hubiera ocurrido. Ignora totalmente la probabilidad de que un suceso amenazante suceda. Aunque sea muy improbable él se siente como si la peor de las hipótesis fuera inminente. El resultado es una ansiedad permanente. La clave está en la palabras «y si». *¿Y si este dolor de cabeza es un cáncer?; ¿y si mi hijo se estrella con el coche?; ¿y si*

*secuestran el avión; ¿y si al paciente le da una reacción alérgica al fármaco que le he dado?; ¿y si la paciente me pone una demanda y el gerente me quita la interinidad? La lista es interminable y una imaginación catastrofista fértil es inagotable.*

- **Reestructuración.** Hay que ser conscientes de que la vida tiene siempre un cierto grado de incertidumbre, pero está regida por la probabilidad. Así, buscar la seguridad absoluta es poco adaptativo. Se terminan corriendo más riesgos (para la salud mental) cuando no se asume que hay que correr algunos riesgos para vivir. Hay que tratar de **pensar en términos de probabilidad**. *¿Cuánto es el riesgo aproximado en porcentaje?* Además hay que tener en cuenta que el miedo no demuestra nada, que no hace más probable que lo que se teme ocurra. Creer esto es un mecanismo supersticioso muy alentado por nuestra cultura («las corazonadas»). Por el contrario, hay que recordar las veces que nos hemos equivocado anteriormente en nuestras sospechas cuando nos pusimos en lo peor y esto no ocurrió.

## Interpretación del pensamiento

Las relaciones entre las personas están muy condicionadas por lo que «pensamos que piensan los demás». Algunas personas tienden a ser demasiado tajantes en esto y hacen interpretaciones repentinas e infundadas de la conducta de los otros y de los que les motiva. *Un médico, al observar el rostro de un paciente, pensó que venía a montarle una bronca y se sintió asustado y desalentado. Sin embargo, sólo venía a pedirle ayuda porque había ocurrido un accidente de tráfico. Un médico se fue quedando cada vez más aislado en el Centro de Salud porque interpretaba que sus compañeros no lo apreciaban porque no le cambiaban las guardias cuando él quería.* Una vez más, el hacer atribuciones rígidas sobre las intenciones de los demás lleva a profecías que se autocumplen. Como estas cosas no suelen hablarse, lo que se suele hacer es cambiar la conducta. Así, si atribuimos que nuestros compañeros nos critican, comenzaremos a tener conductas recelosas que harán que de verdad nos critiquen y se deteriore la relación con ellos. Este tipo de pensamientos tienen a menudo que ver con el miedo «al qué dirán». Atribuimos a los demás pensamientos que muchas veces son proyecciones de los nuestros. Así, muchas veces, se da la paradoja que el que más critica, más se preocupa porque le critiquen. Esto es muy frecuente en las comunidades pequeñas y es bien conocido por los médicos que trabajan en ellas. Pero también afecta mucho a la relación médico-paciente.

- **Reestructuración.** Conviene «darse cuenta» que, a la larga, es mejor no hacer inferencia alguna sobre lo que piensa la gente. Hay **que tratar todas las atribuciones que tenemos sobre los demás como si fueran hipótesis que deben ser probadas**. Si es necesario puede hablarse directamente con la persona interesada. Si se carece de información directa, pero se poseen otras evidencias, hay que evaluar la conclusión usando la técnica de las tres columnas citada anteriormente. Para un médico tiene que formar parte de su profesionalidad saber establecer una distancia con «la interpretación del pensamiento» que inevitablemente hace en ocasiones de los pacientes. Tiene que ser consciente de sus propias proyecciones para poder elaborarlas y guardar una distancia terapéutica eficaz.

### Personalización

Es la tendencia de relacionar cosas del entorno con uno mismo, de atribuirse a sí mismo fenómenos externos cuando no existe una base firme para hacer tal conexión. *Una médico se sentía culpable cada vez que veía que un tratamiento no producía los efectos esperados. Un médico creía que cuando hablaban de que la Seguridad Social funcionaba mal, hablaban de él. Una mujer creía que cuando su marido decía que estaba cansado es que estaba cansado de ella.*

Un aspecto importante es el hábito de estar comparándose continuamente con los demás. *Es mejor médico que yo. Tengo más talento que él. Soy el más inteligente. Siempre he sido inferior a él.* La presunción subyacente es que el valor de las personas es cuestionable. Por tanto, una persona con esta distorsión siempre se verá forzada a probar el suyo, midiéndose a sí mismo en relación con los demás. El error básico es que se interpreta cada experiencia, cada conversación, cada mirada, como una pista para analizarse y valorarse a sí mismo.

- **Reestructuración.** Hay que recurrir a la **técnica de la desatribución**, utilizando la lógica para probar sistemáticamente las personalizaciones, incluso preguntando directamente a la persona interesada. Si no se puede preguntar, puede usarse el método de las tres columnas. El método socrático también es eficaz para neutralizar esta distorsión. Además, siempre hay que **cuestionar el hábito de compararse con los demás**, demostrando la irracionalidad de la idea. El valor global de una persona es algo que no puede calcularse. Ni siquiera es fácil comparar cualidades específicas porque no son algo estático. Se trata de autoaceptarse y creerse igual de válido que los demás, teniendo objetivos propios y persiguiéndolos de manera sistemática.

## Falacias de control

- **Hay personas que se sienten indefensas**, que se creen externamente controladas, que piensan que no pueden hacer nada para construir sus vidas. Allí donde miran, sólo ven pruebas de indefensión. Otra persona o una situación son las responsables de su dolor de sus pérdidas, de su fracaso. *Un médico se sentía «quemado» y pensaba que eso no podía mejorar hasta que no cambiara todo el sistema sanitario de manera radical. Un hombre pensaba que no podía ser feliz porque no tenía pareja. Una mujer pensaba que mientras su marido no cambiara, ella sufriría.* Sin embargo, las personas estamos tomando decisiones continuamente, y en cierta medida tenemos alguna responsabilidad en lo que nos ocurre. Y siempre podemos hacer algo por cambiar lo que no nos gusta o para asumirlo, por el momento, mientras encontramos otra salida, pero impidiendo que eso arruine toda nuestra experiencia.
- **Otras personas, por el contrario, se creen omnipotentes**, responsables de todo y de todos, llevan al mundo sobre sus hombros. *Los compañeros de trabajo dependen de ellos; los amigos, también. Se sienten responsables de la felicidad o la soledad de otros. Deben hacer justicia a todas las ofensas, saciar toda necesidad, y curar todas las heridas. Y si no es así, se sienten culpables.* Detrás de todo ello está una creencia exagerada en su poder para satisfacer todas las necesidades y la expectativa de que son ellas y no los demás los responsables de satisfacerlas.
- **Reestructuración.** Hay que darse cuenta de que **las personas somos, en cierta medida, responsables de nuestras emociones y también de lo que nos sucede.** Así hay que aprender a evaluar las elecciones que hemos hecho y tratar de realizar los cambios que dependen de nosotros mismos, de nuestro «círculo de influencia». Actualmente existe una cultura, muy difundida en los medios de comunicación, en la que se transmite que siempre hay un culpable de lo que ocurre, que el individuo concreto siempre es una víctima de algo: de su pareja, del sistema, de su infancia, etc. Sin embargo, una persona siempre puede tomar decisiones que la puedan llevar a sentirse mejor, aunque supongan un riesgo inicial. Así, una mujer que no tolera a un marido alcohólico que no deja de beber, puede decidir hacer algo en vez de deprimirse. Puede optar, incluso, no vivir con él, a pesar de las dificultades que esto tenga. Por otro lado, una parte del respeto a los otros supone dejarlos vivir sus propias vidas, solucionar sus propios problemas, dejarlos que sean (de hecho lo son) responsables de ellos mismos y de sus emociones. Eso no significa no ser

solidarios con los demás, pero nunca hay que olvidar que cada uno pilota su propio proyecto de vida y es responsable de él como un individuo autónomo. El médico puede ayudar al paciente, pero no puede (ni debe) sustituirlo en las decisiones que tome libremente sobre su vida.

### **Falacia de justicia**

Consiste en aplicar normas legales y contractuales a los caprichos de las relaciones interpersonales. Se considera justo lo que uno espera o necesita de la otra persona, según el tipo de relación que se haya tenido con ella. El problema es que esto es una evaluación siempre subjetiva y el concepto puede ponerse fácilmente al servicio de los propios intereses, con lo que cada persona queda inmovilizada en su propio punto de vista.

Se expresa generalmente con frases condicionales: *si me quisiera, vendría conmigo de viaje; si fuera un buen compañero, me cambiaría la guardia; si me apreciara, no me hubiera dicho que no le gustaba mi artículo*. Resulta tentador hacer suposiciones sobre cómo cambiarían las cosas si la gente jugara limpio y nos valorara «adecuadamente». Pero las otras personas casi nunca ven justo lo que nosotros creemos y al final terminamos llenos de resentimiento.

- **Reestructuración.** Hay que **tratar de clarificar y expresar claramente nuestras preferencias o necesidades sin vestirlas con el disfraz de la justicia**. Y también aprender a no dejarse manipular por otros que lo utilicen. Fuera de un juzgado, el concepto de justicia es una abstracción que puede producir gran irritación (está en la base de los pensamientos automáticos que producen cólera) e infelicidad y suele utilizarse para encubrir intereses personales que podrían ser legítimos sin recurrir a él. Hay que tener la lucidez de darse cuenta de que efectivamente en la vida no existe simetría respecto a cómo se distribuyen las cosas positivas. Las personas nacemos con capacidades y habilidades diferentes y parece que las experiencias positivas y negativas se distribuyen aleatoriamente. Nadie podemos esperar una protección mágica contra la adversidad y hay que asumir que todos navegamos en la incertidumbre.

### **Falacia de la recompensa divina**

Hay personas que siempre renuncian a sus propios intereses para tratar de comportarse «correctamente» con los demás, incluso sin que éstos se lo pidan, en espera de que luego serán recompensados de alguna forma, por ejemplo, suponiendo que los demás los apreciarán más: *un médico de*

*familia siempre estaba pensando en cómo agradar a sus pacientes. Los veía sin cita, incluso cuando había terminado su jornada de trabajo, en las guardias —sin ser situaciones urgentes— e incluso les daba a todos los que se lo pedían el teléfono de su casa por si lo necesitaban para algo. Así terminaba cada día más tarde la consulta y, cada vez con mayor frecuencia, le llamaban a casa interfiriendo en su vida privada con gran malestar de su familia. En muchos casos renunciaba a actividades de ocio para satisfacer demandas banales que le hacían en cualquier momento. Para él la medicina de familia precisaba continuidad en la atención y creía que esto terminaban agradeciéndolo siempre todos los pacientes en forma de respeto y admiración. Sin embargo, cuando pasó el tiempo se fue dando cuenta de que las demandas aumentaban y que muchos pacientes, a los que había hecho favores, dejaban de confiar en él sin motivo aparente o se irritaban airadamente cuando dejó de atenderles por teléfono. Tras una denuncia, para él infundada, cayó en un estado depresivo que precisó tratamiento médico.*

- **Reestructuración.** Para sentirse bien hay que satisfacer algunos intereses personales básicos. *Hay que procurar hacer cosas que recompensen en sí mismas.* Las relaciones, la consecución de fines, el cuidado que se da a la gente que se ama, conviene que sean intrínsecamente gratificantes. Es necesario organizar las actividades para conseguir, aquí y ahora, alguna recompensa. *Es parte de la responsabilidad de cada uno no hacer cosas que le llevarán a estar resentido,* así como no desear que los demás hagan cosas que nosotros no queremos hacer. Aunque el trabajo médico tenga que tener una parte de abnegación, no hay que olvidar que hay que poner límites a las demandas de los pacientes (y de los jefes) y no caer en la tentación de tratar de «satisfacerlos siempre, en cualquier momento». Eso puede no tener límite y paradójicamente no suele generar el respeto y el agradecimiento de la gente, sino más bien la banalización y la protesta airada a la más mínima frustración.

## **Falacia del cambio**

La única persona sobre la que tenemos cierto control y podemos intentar cambiar somos nosotros mismos. La falacia del cambio supone que una persona cambiará para adaptarse a nosotros si se la presiona lo suficiente. *El doctor X pensaba que la mejor manera de trabajar era en equipo, sobre todo compartiendo protocolos de trabajo. Pero, por distintos motivos, sus compañeros de centro de salud no pensaban lo mismo. A pesar de eso, se empeñaba en organizar sesiones clínicas que sólo empeoraban las rela-*

ciones personales y a las que sus compañeros iban con desgana. El doctor X creía que con el tiempo sus compañeros comprenderían que ésa era la mejor manera de trabajar y cifraba su bienestar profesional en ese cambio. Al ver que esto no ocurría, comenzó a sentirse cada vez irritable y pesimista, comprometiendo su propio trabajo con los pacientes y sus posibilidades profesionales. Aquí la energía se dirige hacia los demás porque la esperanza de felicidad se encuentra en que los demás satisfagan nuestras necesidades. Así se les trata de cambiar presionándolos de muchas maneras: culpándoles, exigiéndoles, ocultándoles cosas, negociando. Pero generalmente la otra persona se resiste a cambiar y se suele sentir atacada y resentida.

- **Reestructuración.** Cuando una persona trata de obligar a los demás a cambiar, está pidiéndoles que sean diferentes para que pueda ser feliz. Esto supone que cree que su felicidad depende de los demás y de su conducta. Pero *la felicidad depende de cada uno, de las decisiones que tomamos, de lo que hacemos*. Ha de decidir si se va o se queda, si trabaja de médico o de electricista, si dice que sí o que no. *Tenemos que asumir a los demás como son aquí y ahora y no exigirles cambios radicales*. Ésa es, por ejemplo, la base de muchos conflictos de pareja. El método socrático es un buen sistema para trabajar este pensamiento distorsionado.

## Razonamiento emocional

Casi todas las distorsiones anteriores están teñidas de razonamiento emocional. *Los humanos tendemos a creer como verdad lo que sentimos*. Si nos sentimos débiles o feos o culpables, asumimos que lo somos. Pero las emociones no demuestran nada, como mucho pueden ser profecías autocumplidoras si condicionan nuestra conducta.

Las emociones suelen ser producto de los pensamientos automáticos, y si una persona tiene distorsiones cognitivas, las emociones reflejan esas distorsiones.

- **Reestructuración.** Hay que darse cuenta de que *lo que sentimos depende mucho de cómo interpretamos la realidad*. Si tenemos distorsiones cognitivas, nuestras emociones pueden mentirnos; sólo son el producto de esa distorsión. No hay nada sagrado o «verdadero» en lo que una persona siente. Las emociones hay que tenerlas en cuenta, en muchos casos son adaptativas y nos permiten reaccionar rápido, pero no asumir-las acriticamente.

## Los «debería»

Albert Ellis cree que, tras una perturbación emocional, hay siempre un *debería*, una *exigencia perturbadora* que está en la base de la creencia irracional de los que nos ocurre. En general, tendemos a *exigir absolutamente* actuar siempre bien y encontrar la aprobación de ciertas personas significativas; que los demás nos traten siempre de forma correcta y amable; que todo nos salga bien y sin contratiempos en la vida. Y si no, solemos pensar que los demás o el mundo son estúpidos o faltos de valor. Entramos en una actitud de «no soportar» la frustración y de centrarnos de forma obsesiva en lo que no podemos tener. Trabajar de médico tiende a desarrollar multitud de exigencias perturbadoras. A veces exigimos la aprobación de todos los pacientes; no cometer ningún error y ser perfectos de forma continua; que todos nos traten de forma correcta; no tener dificultades y que no surjan situaciones desagradables. Y si no ocurre esto, tenemos tendencia a sentirnos culpables o irritados, clamando la injusticia de que la gente o la realidad sea así.

- **Reestructuración.** El secreto está en **mantenerse en las preferencias**. Todos preferimos, por ejemplo, que la gente sea amable o que nos aprueben nuestros pacientes. Pero podemos asumir que no siempre esto va a ser así. Y no por ello tenemos que ser tremendistas y «dar el salto» a pensar cosas perturbadoras e inciertas, como «no puedo soportar haber cometido un error» o «si este paciente es desagradable, es que es una mala persona» o «debería encontrar fácilmente trabajo o si no es que no valgo lo suficiente». Se trata de asumir que todos somos humanos, podemos cometer errores y estamos en un proceso continuo de aprendizaje. En los libros de Albert Ellis (ver bibliografía) se ilustran multitud de recursos para neutralizar los debería.

En el **anexo 1** se indica la forma de utilizar un registro para reestructurar algunos de los ejemplos vistos en este apartado con la bibliografía básica para seguir aprendiendo.

## Manejo de la autoestima

Todos tenemos una percepción del valor que nos damos a nosotros mismos y eso afecta de forma decisiva a todos los aspectos de nuestra experiencia. Muchas personas se sienten menos que otros, inferiores, y esa sensación está en la base de muchas de sus conductas, frecuentemente desadaptativas y causantes de dolor y conflictos interpersonales.

Las personas, a veces, tenemos tendencia a juzgarnos por nuestros logros, por lo que hemos conseguido en función de las expectativas que tenemos. En una sociedad donde el éxito social es sumamente valorado, mucha gente se cree inferior si se compara con los triunfadores. Parecería que una alta autoestima estaría relacionada con el éxito que una persona ha conseguido en relación con sus expectativas previas. Pero también hay triunfadores sociales que se sienten mal consigo mismos. Gente rica y muy reconocida socialmente que en su interior se siente un impostor, alguien sin valor, que está engañando a los demás, que no se siente merecedor de ese reconocimiento y no puede disfrutarlo.

Natahaniel Branden plantea que la **autoestima** no debe venir determinada por el éxito social, el aspecto físico, la popularidad o cualquier otro valor que no se halle directamente bajo el control de nuestra voluntad. Al contrario, dependería de vivir conscientemente, aceptándonos a nosotros mismos y actuando con responsabilidad, racionalidad, autenticidad, benevolencia e integridad. El individuo se valoraría a sí mismo porque ha actuado inteligente, correcta y competentemente, con independencia de si consigue sus objetivos.

Albert Ellis reconoce que el ser humano tiene tendencia a tener una imagen global de sí mismo, pero esto le parece una idea irracional. Para él, el concepto de *valía* es un término que no tiene sentido cuando se refiere al ser humano. Frente a esto plantea el concepto de **autoaceptación**. El individuo puede vivir sin ninguna autoimagen global de su *ego* y puede aceptarse, total e incondicionalmente, sin depender de cómo se comporta o de la opinión que sobre él tienen los demás. En vez de valorarse globalmente a sí mismo y a los otros, el individuo puede valorar solamente sus actuaciones concretas. Si, por ejemplo, fracasa en un examen, sólo podrá decir que ha hecho mal ese examen por los motivos que sean, pero no podrá manifestar que es un «mal estudiante», un perdedor o que no vale nada como persona. Globalizar el *ego* y autoevaluarse es irracional e ineficaz porque:

- El ser humano no es un objeto inerte, sino un organismo en un continuo proceso. Estamos continuamente realizando acciones. ¿En cuál de ellas nos fijamos más para realizar la autoevaluación? Tendría que existir un sistema de medida especial para cada acción positiva y negativa. Además, ¿cómo se puede medir y valorar un proceso en continuo cambio? ¿Qué tipo de matemáticas podríamos utilizar para llegar a una valoración individual y total de la *valía* del ser humano?
- Valorar globalmente al individuo por unos pocos actos suyos, es una generalización excesiva y no racional.

- La autoevaluación positiva o negativa es ineficaz y a veces dificulta seriamente la solución de los problemas. El individuo puede estar más preocupado en su propio valor como persona que en solucionar un error si lo ha cometido. Además, la autoevaluación absorbe mucho tiempo y energía y puede inmovilizar al individuo si es negativa, impidiéndole rectificar un error.
- La autoevaluación lleva, casi inevitablemente, a rebajar la esencia humana. Si una persona se cataloga como buena normalmente, catalogará a los demás como malos o menos buenos. Eso es problemático. Es más racional pensar que podemos tener rasgos o cualidades mejores o peores que otras personas en un momento dado. Eso supone que todo el mundo tiene cualidades positivas.
- La intolerancia y la falta de respeto a las personas y a sus derechos son consecuencia de la autovaloración global de uno mismo y de los demás. Etiquetar globalmente a una persona está en la base de cualquier forma de intolerancia social.
- Dar a cualquier ser humano una valoración global puede ser un artefacto de la forma inexacta en que casi todos los seres humanos piensan y se comunican consigo mismos y con los demás. Es interesante analizar la utilización que habitualmente hacemos del verbo ser. *No es lo mismo decir: el doctor K es un médico excelente, que el doctor K posee excelentes conocimientos y habilidades en medicina de familia.* Hay un matiz diferencial entre las dos frases. La segunda es mucho más precisa y probablemente más «verdadera» que la primera. Admite implícitamente que el señor K es más que médico, que saber Medicina es sólo una parte de sus cualidades personales, y en absoluto algo que englobe toda su persona.

Hay un fuerte condicionamiento cultural para la autoevaluación global. Desde pequeños, cuando hacemos algo mal, nos dicen «que somos malos»; si nos equivocamos en algo, que «somos tontos», a la vez que nos recompensan cuando hacemos algo que se considera positivo por «ser buenos». El lenguaje coloquial se presta de forma natural a expresiones de este tipo, no tenemos más que observar lo que le decimos, en muchas ocasiones, a los niños o a nosotros mismos. Pero esta forma de hablar tiene una repercusión negativa en el pensamiento y en nuestras emociones. Cualquiera que vea enfermos con problemas de salud mental, sabe hasta qué punto frases de este tipo les atormentan: «No valgo para nada», «soy una ruina de persona», soy un perdedor», «soy un indeseable», suelen rumiar, por ejemplo, los pacientes con depresión.

También suele haber confusión entre autoestima y ciertas nociones falsas de egoísmo. El que una persona busque su autonomía, su autorrealización, es considerado por algunos como algo negativo y lo califican, a menudo, como conductas egoístas. Esta manera de pensar está apoyada por ideologías que proponen como ideal de vida la renuncia y el autosacrificio. En ellos se enseña a «no ser egoísta» y a ponerse al servicio de algún valor presuntamente superior: el faraón, el emperador, el rey, la tribu, la patria, la familia, la verdadera fe, la raza, el proletariado, la sociedad o el planeta. El esquema siempre es el mismo. Se trata de «vivir para los demás» y es inmoral buscar sentirse bien, perseguir un proyecto propio de vida y la realización personal. En estos sistemas se educa más en buscar la obediencia a alguna clase de figura autoritaria que el desarrollo y la felicidad de los individuos concretos. En algunos momentos históricos se han cometido atrocidades legitimadas por ideologías de este tipo. Frente a esto habría que recordar que cuanto más alto sea el nivel de autoaceptación de un individuo, más probable es que sea solidario y trate a los demás con respeto, amabilidad y generosidad. Y que, paradójicamente, muchos de los vicios atribuidos al egoísmo —como mezquindad, competitividad excesiva y agresividad— son el resultado de personas que se desprecian a sí mismas. Es posible tener una ética basada en el «amor propio» (el filósofo Fernando Savater la ha desarrollado ampliamente en sus obras) en la que es conciliable la búsqueda responsable y libre de la autonomía personal con la solidaridad y con el respeto del resto de los individuos. Esto es una postura humanista en la que puede situarse el modelo de autoestima o autoaceptación del que estamos hablando.

Según Ellis, lo único que puede demostrarse —o, más bien, no puede demostrarse lo contrario— es que el hombre vale porque vive y decide permanecer vivo y valorar su existencia. Puede autoaceptarse incondicionalmente. Ese hombre es un ser que va a realizar millones de acciones concretas que pueden calificarse como buenas o malas según muchos parámetros, pero ninguna tiene por qué llevarle a pensar que, globalmente, es «bueno» o «malo». Las personas además somos falibles, podemos cometer errores. Y la autocondena, la culpa, es frecuente que empeore las cosas porque suele llevar a la demonización personal y a centrarse en el pasado en vez de dedicar la energía a procurar no volver, en el presente, a cometer el error y a repararlo si es preciso. Así, hay que proponer responsabilidad frente a culpa, crítica de acciones concretas frente a demonización personal. Y una actitud orientada al cambio, a detectar las ideas irracionales que pueden estar en la génesis de las emociones perturbadas.

Los médicos tenemos cada día multitud de interacciones personales que ponen a prueba nuestra capacidad de autoaceptación. Es muy importante que tengamos en cuenta lo que pensamos sobre nosotros mismos y reestructuremos las ideas que pueden hacernos daño tratando de que la dimensión profesional no inunde toda la percepción de nosotros mismos. Es positivo que nos esforcemos en ser profesionales con un nivel alto de competencia, pero conviene que evitemos catalogarnos globalmente, como personas o como médicos, en función del reconocimiento externo alcanzado o de los múltiples acontecimientos profesionales que pueden sucedernos. Debemos ser conscientes de que esto es difícil en estos momentos, porque los códigos sociales alentados por los medios de comunicación estimulan precisamente el modelo contrario. Probablemente sería importante que se desarrollara una reflexión en el colectivo profesional sobre todos estos aspectos.

## *Entrenamiento en habilidades sociales*

Un médico comienza su consulta. El primer paciente va a pedirle la baja (con la expectativa de que se la va a dar) porque se encuentra algo acatarrado, aunque con buen estado general y sin fiebre. El quinto acude para que le haga la receta de una medicina (un antibiótico) que sacó de la farmacia hace dos meses porque le dolía la garganta. El noveno le pide una derivación al especialista porque quiere que le hagan una resonancia magnética por un dolor de espalda mecánico de cinco días de evolución. El vigésimo le reprocha «con que no tenía nada...» y le pone encima de la mesa un informe de una clínica privada en el que le han diagnosticado una rotura parcial de ligamentos de la rodilla...

Y así podríamos seguir hasta el infinito, porque la consulta de un médico es un escenario en el que el profesional tiene que estar tomando decisiones de manera constante, diciendo sí o no a múltiples demandas de todo tipo (no sólo sanitarias) en un escenario de presión e incertidumbre. Esto pone a prueba la capacidad emocional del profesional que, muchas veces, no ha entrenado de forma consciente la manera de abordarlas, lo que le deja al azar de las facultades psicológicas que naturalmente tenga. Por eso es importante que los profesionales sepamos que las habilidades sociales pueden entrenarse y deben ser parte ineludible de nuestro cuerpo de conocimientos.

Las personas existimos en un mundo de relación. Continuamente tenemos que resolver conflictos, pedir favores, iniciar relaciones o decir que no. La forma de interactuar con lo demás puede ser una fuente considerable de

problemas. Todos hemos tenido la experiencia de haber sido en algunas situaciones demasiado inhibidos o, en otras, haber reaccionado agresivamente. A veces un incidente sin importancia puede, sin embargo, tener una gran repercusión emocional o hacernos perder una relación valiosa. Al contrario, una respuesta adecuada puede hacernos sentir muy bien.

En un contexto cultural determinado, una **conducta socialmente habilidosa o asertiva** sería *aquella que permite a una persona actuar según sus intereses más importantes, defenderse sin ansiedad inapropiada, expresar cómodamente sentimientos honestos o ejercer sus derechos personales sin negar los de los demás* (Alberti y Emmons, 1978). El uso explícito del término *habilidades* significa que la conducta interpersonal consiste en un conjunto de capacidades de actuación aprendidas y que, por tanto, pueden entrenarse. Esto es algo que tal vez no coincida con lo que el sujeto piense de sí mismo. Mucha gente tiende a estereotiparse y a verse, por ejemplo, como tímido. Eso es vivido como una dimensión inmodificable del carácter, lo cual se convierte en una profecía que se cumple a sí misma.

El primer autor en utilizar el término *asertivo* fue Andrew Salter, en 1949. Lo definió como un rasgo de la personalidad que unas personas poseían y otras no. Posteriormente Wolpe (1958) y Lázarus (1966) hallaron en sus estudios que casi todo el mundo podía ser asertivo —«capaz de expresar sus derechos y sentimientos personales»— en algunas situaciones y totalmente ineficaces en otras. Jakubowski-Spector (1973) y Alberti y Emmons (1970) descubrieron que las personas que mostraban una conducta poco asertiva creían que no tenían derecho a sus sentimientos, creencias y opiniones. Se sentían inferiores a los demás, y muy a menudo tenían emociones perturbadoras, como tristeza, miedo o baja autoestima.

Lázarus (1973) fue uno de los primeros en establecer las principales conductas que abarcan las habilidades sociales. Son cuatro:

1. La capacidad de decir «no».
2. La capacidad de pedir favores y hacer peticiones.
3. La capacidad de expresar sentimientos positivos y negativos.
4. La capacidad de iniciar, mantener y terminar conversaciones.

El sistema de creencias desde el que hay que plantear el concepto de asertividad está ligado al anteriormente tratado de autoestima. Todos los seres humanos tenemos valor por nacer, somos iguales y, por tanto, poseemos unos **derechos humanos básicos (DHB) (tabla 13)** que podemos reivindicar para nosotros y respetar en los demás. Se trata de que cada persona

Tabla 13. Derechos humanos básicos

1.	Derecho a mantener tu dignidad y respeto comportándote de forma asertiva —incluso si la otra persona se siente herida— mientras no violes los DHB de los demás.
2.	Derecho a ser tratado con respeto y dignidad.
3.	Derecho a rechazar peticiones sin sentirte culpable o egoísta.
4.	Derecho a experimentar y expresar tus propios sentimientos.
5.	Derecho a detenerte y pensar antes de actuar.
6.	Derecho a cambiar de opinión.
7.	Derecho a pedir lo que quieres (dándote cuenta que la otra persona tiene derecho a decir que no).
8.	Derecho a hacer menos de lo que humanamente eres capaz de hacer.
9.	Derecho a ser independiente.
10.	Derecho a decidir qué hacer con tu propio cuerpo, tiempo y propiedad.
11.	Derecho a pedir información.
12.	Derecho a cometer errores y ser responsable de ellos.
13.	Derecho a sentirte a gusto contigo mismo.
14.	Derecho a tener tus propias necesidades y que esas necesidades sean tan importantes como las necesidades de los demás. También tenemos derecho a pedir (no exigir) a los demás que respondan a nuestras necesidades y decidir si satisfacemos las necesidades de los demás.
15.	Derecho a tener opiniones y a expresarlas.
16.	Derecho a decidir si satisfaces las expectativas de otras personas o si te comportas siguiendo tus intereses, siempre que no violes los derechos de los demás.
17.	Derecho a hablar sobre un problema con la persona involucrada y aclararlo, en casos límite en que los derechos no están del todo claros.
18.	Derecho a obtener aquello por lo que pagas.
19.	Derecho a escoger no comportarte de forma asertiva.
20.	Derecho a tener derechos y defenderlos.
21.	Derecho a ser escuchado y ser tomado en serio.
22.	Derecho a estar solo cuando así lo escojas.
23.	Derecho a hacer cualquier cosa mientras no violes los derechos de alguna otra persona.

pueda expresar sus deseos sin manipular a los otros, ejerciendo su libertad con firmeza, honestidad y respeto. Es una postura humanista que trata de no producir estrés innecesario a los demás y apoyar la autorrealización de las personas. Tanto si se trabaja la asertividad con uno mismo, un paciente o con un grupo hay que comenzar identificando los derechos humanos básicos y diferenciándolos de los *derechos de rol* (ligados al papel que una persona puede representar en un grupo o situación). Los DHB son la base desde la que una persona puede intentar ser asertiva. Así, podremos intentar ser asertivos aunque seamos criticados por ello, contraatacar cualquier

culpa irracional que tengamos y estar orgullosos de nuestra aserción aún en el caso en que a nadie más le agrade nuestra conducta.

El siguiente paso es identificar claramente la **diferencia entre una conducta asertiva, pasiva y agresiva:**

- **Conducta pasiva.** Una persona con una conducta pasiva permite que los demás violen sus DHB. Se calla cuando no quiere callarse, *dice «sí», cuando quiere decir «no»*, no sabe defender sus intereses, ni sus preferencias. Es frecuentemente manipulado por los demás que tienen tendencia a utilizarla pero a no valorarla. Se pasa la vida haciendo «favores», cuando muchas veces no le apetece y no expresa claramente sus deseos, con lo que los demás no tienen una idea clara de lo que quieren y tienen que pasarse la vida adivinándolo. Son personas que pasan por «buenas» y su ventaja es que raramente reciben un rechazo directo por parte de los demás, pero tampoco son auténticamente apreciados. La desventaja es que van acumulando resentimiento e irritación que, a veces, las hace explotar y las termina sumergiendo en la amargura. *Un médico tenía tendencia a dar todo lo que los pacientes le sugerían, aunque no estuviera justificado porque tenía miedo a la hostilidad que pudiera causarle el negarse. Sin embargo, en el fondo, no se sentía bien con su conducta y comprobaba cómo cada día los pacientes pedían cosas más irracionales y lo banalizaban como profesional.*
- **Conducta agresiva.** Para conseguir sus objetivos una persona con una conducta agresiva es capaz de arrasar los derechos de los demás. Es capaz de pelear, de agredir, de amenazar, de jugar sucio. En esta sociedad esas conductas pueden producir ventajas porque mucha gente tiene miedo a ellas —sobre todo los pasivos—, y muchas veces los individuos que las practican consiguen lo que se proponen. Sin embargo, los agresivos tienen muchos conflictos, la gente los evita, no los quiere y terminan siendo rechazados. Muchos varones pueden tener conductas agresivas en situaciones de estrés o depresión (luego se hunden en la culpa). Paradójicamente, personas con baja autoestima pueden manifestarse en ciertos momentos con agresividad, de manera manifiesta o encubierta en forma de agresión pasiva. *El médico del ejemplo anterior un día explotó y comenzó a dar voces a una señora que había venido en tres ocasiones por dolor de cabeza y le pidió una interconsulta para el neurólogo. La mujer se echó a llorar, y tras calmarse e interrogarla se dio cuenta de que tenía un cuadro depresivo por un problema familiar que no sabía cómo contarle.*

- **Conducta asertiva.** En cada situación interpersonal hay una respuesta asertiva. Supone la expresión directa de los propios sentimientos, necesidades, derechos legítimos u opiniones sin amenazar o castigar a los demás y sin violar los derechos de otras personas. El mensaje básico de la aserción es: *esto es lo que yo pienso; esto es lo que yo siento; así es como yo veo la situación*. No trata de degradar, ni humillar al otro y siempre está abierta a la negociación. La aserción implica respeto, no servilismo. Respeto hacia uno mismo y hacia los demás, que en todo momento saben que están frente a una persona que va a expresar sus necesidades o su disgusto, que va a actuar con libertad. La conducta asertiva suele ser más eficaz para conseguir objetivos personales que la agresiva o la pasiva, pero no está planeada para que el individuo consiga siempre los que quiere. Tampoco elimina la posibilidad de conflicto. La persona siempre tiene que sopesar las consecuencias a corto y largo plazo, y puede ser una conducta asertiva escoger, conscientemente, no ejercerla, después de calibrar las circunstancias concretas. El individuo que se comporta asertivamente suele defenderse bien en sus relaciones interpersonales, está satisfecho de su vida social y tiene confianza en sí mismo para cambiar cuando necesite hacerlo.

En la consulta médica suelen darse situaciones típicas que ponen a prueba nuestra capacidad de relación y para las que convendría tener pensadas respuestas asertivas bien entrenadas que limitaran el estrés recurrente que nos causan. Algunas de ellas son:

- Gestión de peticiones específicas de todo tipo: *¿me hace esta receta?; quiero que me dé la baja; vengo a que me firme un justificante porque ayer se me olvidó ir al paro; quiero que me mande al especialista...*
- Manejo de pacientes hostiles y desconsiderados: *usted tiene que conseguir que me vea rápido el especialista o si no aténgase a las consecuencias; usted ha estado a punto de matarme con estas pastillas...*
- Manejo de consultas triviales y de manipuladores: *estoy malísimo, no he podido ir a trabajar porque me ha levantado fatal, tengo la nariz taponada y casi no puedo respirar, ya le he dicho a la empresa que me va a dar usted la baja por lo menos una semana.*
- Manejo de hiperfrecuentadores y somatizadores.
- Manejo de percepción de error por parte de los pacientes: *me dijo que no me preocupara y me han dicho que tengo un tumor en la mama...*

- Manejo de presiones por parte de múltiples estamentos: *tiene que firmar este certificado de defunción porque soy el juez de paz y le aseguro que no hay ningún problema...*

Veamos un ejemplo de una situación habitual que pone a prueba la capacidad de ser asertivos.

*La señora María es paciente del doctor K. Habitualmente aparece por la consulta sin cita previa cuando el doctor K está a punto de marcharse para hacer avisos a domicilio y ya ha cerrado el ordenador. Generalmente consulta demandas banales (no urgentes) y trae varios «cartones de medicinas» para que le recete. Algunas veces trae algunos de otras vecinas y no es infrecuente que cuando ya parece que se va a ir musite con desparpajo: «bueno doctor ya que estoy aquí, podría usted...».*

Los pasos que podemos seguir son los siguientes:

- 1. Describir la situación problema de la forma más objetiva posible.** Este relato debe incluir *quién o quienes* son las personas implicadas, *cuándo* tiene lugar la escena, *qué* es lo que le molesta de la situación, *qué* es lo que teme en caso de mostrar una conducta asertiva. Se trata de ser muy explícito. *Al doctor K le molesta que la señora María acuda siempre sin cita, aprovechándose de que a él le cuesta no atender a un paciente cuando éste se lo pide. Teme su hostilidad y su crítica porque sabe que la señora María puede reaccionar de forma muy airada.*
- 2. Pararse especialmente en la conducta que se ha tenido hasta ahora y analizar qué aspectos hay que modificar.** *El doctor K con desgana le ha hecho las recetas para terminar cuanto antes, muchas veces sin abrir la HC del ordenador. En ocasiones la ha derivado al especialista ante demandas como «ya que estoy aquí ¿qué le parece esta mancha que tengo en la cara?». Piensa que debe decirle con firmeza que tiene que pedir cita y que no la verá sin ella a no ser que sea urgente o una situación excepcional.*
- 3. Identificar los derechos humanos básicos y de rol (profesionales) implicados en la situación.** *El doctor K tiene derecho a tener organizada su consulta y su tiempo y además las normas de su empresa se lo permiten. Eso asegura una atención más correcta. Tiene derecho a decir no a una demanda que considera injustificada y a mostrar su opinión al respecto.*

4. **Diferenciar lo que sería una conducta asertiva, pasiva y agresiva ante la situación problema y describir las tres posibilidades de respuesta.** *El doctor K cree que está teniendo una postura pasiva que lo está llenando de una mezcla de vulnerabilidad y resentimiento. A veces tiene ganas de gritar a la señora María y decirle que no vuelva a su consulta (esa sería la postura agresiva).*
5. **Hacer una reestructuración cognitiva, si es necesario, de las distorsiones cognitivas que pudiéramos tener en relación con la situación.** También se puede aprender alguna técnica de relajación que nos ayude a controlar nuestra respuesta psicofisiológica. *El doctor K cree que un buen médico no tiene que ser criticado por sus pacientes y piensa que éstos siempre deberían comportarse de la manera adecuada (ver apartado de reestructuración).*
6. **Identificar un objetivo adecuado, determinando exactamente lo que se pretende, concretado en una crítica honesta y la petición de un cambio de conducta concreto.** *El doctor K decide que la próxima vez que la señora María llegue sin cita se sentará con calma, respirará hondo, abrirá el ordenador y, con la HC delante, le preguntará qué le ocurre y, después de escucharla con atención, si no es un problema urgente, le dará una cita previa para otro día, sin acceder a ninguna otra petición injustificada en ese momento.*
7. **Elaborar una estrategia para poner en práctica la conducta asertiva**
  - Establecer un momento y un lugar adecuado para ambas partes y si es preciso negociarlo. *Cuando la señora María llegó otra vez sin cita, el doctor K la hizo pasar. Abrió el ordenador y, manteniendo el contacto visual, le preguntó, con voz neutra y tranquila, qué le ocurría.*
  - Describir la conducta ofensiva o molesta de una forma objetiva, sin juzgar o evaluar, controlando la comunicación no verbal. *Señora María, he observado que la mayoría de las veces que acude a mi consulta viene sin cita previa sin causa justificada.*
  - Expresar los sentimientos sobre la conducta problema de una forma objetiva y siempre en primera persona. *Yo no tendría problema en verla si el problema fuera urgente, pero en todas las ocasiones —y hoy también— se trata de cuestiones no urgentes. Yo necesito organizar mi tiempo y éste lo necesito para ver pacientes en su domicilio por lo que atenderla a usted me crea malestar porque retrasa actividades que ya tenía programadas.*

- Especificar de forma concreta el cambio de conducta que se pide a la otra persona. Tratar de no pedir más de uno o dos cambios que no sean muy grandes cada vez y que estén abiertos a la negociación. *Me gustaría que viniera a mi consulta con cita previa. Si le parece le voy a dar ahora mismo una... (o vaya a administración para que le den una para esta semana...).*
- Señalar las consecuencias positivas del cambio de conducta. Sólo en caso necesario se deben señalar las consecuencias negativas. *Así yo podré dedicarle más tiempo y con más sosiego, con lo que podré ayudarla mejor en sus problemas de salud.*
- Esto puede ensayarse teniendo en cuenta la comunicación no verbal: contacto ocular; postura erguida del cuerpo; hablar de forma clara, audible y firme, pero sin levantar la voz.
- Se pueden aprender algunas **técnicas para evitar la manipulación**:
  - **Técnica del disco rayado.** Repetir el punto de vista sin dejarse ganar por aspectos irrelevantes, sin enfadarse ni levantar la voz. *Sí pero... Sí, lo sé, pero mi punto de vista es...*
  - **Técnica del acuerdo asertivo.** Responder a una crítica reconociendo un error pero separándolo de ser una buena o mala persona. *Efectivamente quizá tendría que haber más líneas telefónicas para pedir cita pero...*
  - **Técnica de procesar el cambio.** Desplazar el foco de la discusión hacia el análisis de lo que ocurre emocionalmente con el interlocutor. *Nos estamos desviando de la cuestión. ¿Qué le ocurre? La noto nerviosa...*
  - **Técnica de la claudicación simulada.** Aparentar ceder terreno sin cederlo realmente. *Es posible que lleve razón, pero yo prefiero...*
  - **Técnica de ignorar selectivamente.** Ignorar la razón por la que el interlocutor está enfadado y aplazar la discusión para cuando se haya calmado. *La veo un poco nerviosa. Si le parece discutiremos esto cuando esté más tranquila.*
  - **Respuesta selectiva.** Si alguien nos critica por algo y nos hace ataques personales, podemos imaginar que un cristal blindado nos protege, no alterarnos y seleccionar sólo los hechos reales separándolos de los insultos personales. Se trata de responder verbalmente, con calma y voz neutra, sólo a los hechos. Sobre

éstos mantener un postura asertiva. Al final nos disculparemos si es preciso, por algo relevante, y hacemos una petición firme de que, en el futuro, no vuelvan a producirse ataques personales.

Animamos al lector a seguir estos pasos con las situaciones que habitualmente le resulten problemáticas. Puede entrenarlas con un compañero o ante un espejo o visualizándolas. Luego puede ponerlas en práctica y analizar los resultados para hacer los cambios pertinentes. Reiteramos que una postura asertiva no asegura que no puedan producirse conflictos, ni que éstos siempre vayan a resolverse de forma positiva para nosotros. Pero es la postura que tiene más posibilidades de proteger nuestros intereses y nuestra salud mental, ya que tiene una base firme desde el punto de vista ético y es la que con más probabilidad asegura la negociación y el compromiso.

Todas estas técnicas cognitivas y otras pueden aprenderse, y lo que es mejor: autoaprenderse. Porque hay muchos libros enfocados para el autocuidado que, en muchas ocasiones, no son conocidos en el mundo médico. En la bibliografía se reseñan algunos de calidad. Ésta puede ser la base de un método personal para autocuidarnos que cultivemos diariamente y que podemos aplicar a una gran cantidad de situaciones que pueden ocurrirnos en el curso de nuestro trabajo.

## Tratamiento farmacológico del burnout

### Ansiolíticos

La primera cuestión que debemos plantear es si el «estrés» debe considerarse o no como una «enfermedad», y, a continuación, si requiere o no tratamiento farmacológico. Obviamente, las mismas preguntas son pertinentes en el caso del *burnout*.

Desde un punto de vista práctico, resulta evidente que las situaciones de estrés y *burnout* descritas generan modelos de conducta «anómalos» o «patológicos», ya que dan lugar a incapacitación y sufrimiento.

Aceptado lo anterior, la siguiente cuestión es que aunque no existen tratamientos «oficialmente» indicados para el «estrés» o el *burnout*, en realidad existe el fenómeno de la «automedicación». Lo que implica que casi todas las personas estresadas consumen drogas para sedarse (alcohol) o para solucionar el agotamiento (cafeína), amén de los variados remedios caseros (tisanas), placebos de diversa índole (reconstituyentes) y soluciones «naturistas», «homeópatas» o «curanderiles» poco o nada validadas. Muchas personas

con estrés y *burnout* perciben en primer lugar niveles elevados de «ansiedad», lo cual implica el uso de **fármacos ansiolíticos**, ya que a su gran facilidad de uso se unen sus escasos riesgos y su indudable eficacia (De la Gándara, 1996). Pero su uso incorrecto (generalmente por autoprescripción, o incluso por abuso ilegal) puede generar sedación que comprometa la realización de tareas cotidianas (rendimiento, conducción, etc.) o dependencia. Ambos aspectos se evitan con un uso correcto de estos agentes, lo que implica manejar tipos de fármacos, dosis y tiempos adecuados.

Aun con todo, lo más habitual es que se usen sin un plan, sin orden y a dosis insuficientes. Las dosis y tiempos insuficientes no permiten alcanzar un correcto efecto ansiolítico y, por el contrario, merman la seguridad del paciente, incrementan la desconfianza en los fármacos y en el propio médico, generan incertidumbre y pesimismo y se asocian con riesgo de complicaciones de la ansiedad mal tratada, como depresiones, complicaciones somáticas, más morbilidad cardiovascular, así como fomentar el uso errático e incontrolado.

Por lo tanto, es esencial que si se hace un tratamiento ansiolítico se realice siempre mediante prescripción médica, con un proyecto terapéutico bien diseñado y que se mantengan las pautas indicadas con confianza y seguridad. Esta actitud es *per se* tranquilizadora, sobre todo en las etapas de crisis y riesgo (estrés agudo o intenso) cuando la incertidumbre, la inestabilidad o las exigencias sociales son predominantes.

En cuanto al tipo de sustancias a emplear, cabe mantener las indicaciones relativas de los diferentes tipos de ansiolíticos en función de su vida media plasmática (acción corta, media o larga), y de que sean más o menos hipnoinductores, miorrelajantes o ansiolíticos, en función del cuadro clínico dominante en cada paciente.

En resumen, los tratamientos ansiolíticos pueden y deben ser usados en el tratamiento del estrés y el *burnout*, de acuerdo con las siguientes pautas:

- Previa evaluación médica o psiquiátrica.
- Siempre en el marco de un plan terapéutico controlado.
- A corto o medio plazo, a lo sumo meses, salvo en el caso de la buspirona, que puede utilizarse a largo plazo.
- Bajo control médico (evitar autoprescripción).
- En conjunción con medidas higiénico-dietéticas, cambios en los patrones de vida y modificaciones psicosociales apropiadas.

## Antidepresivos

Es evidente que el concepto de *burnout* sirve para llenar un hueco importante, como es el de la relación patológica que algunas personas establecen con su trabajo. Antes de disponer del concepto, la mayoría de los clínicos aplicábamos el modelo de «reacción vivencial anormal», o mejor el de «inadaptación crónica a las circunstancias de la vida», con sintomatología de tipo depresivo preferente. De hecho, el comportamiento de una persona afectada de *burnout* es muy parecido al de una persona «depresiva» crónica. Así, pues, parece lógico que se piense en la utilización de antidepresivos para el tratamiento del *burnout*.

En primer lugar debemos señalar que la utilización de antidepresivos para el tratamiento del «estrés» crónico es una recomendación razonable. De hecho, el «**European CNS Advisory Board sobre «Management of stress»**» considera que la utilización de antidepresivos es una medida adicional, junto a las de tipo psicoterápico e higiénico-dietéticas. Obviamente, los fármacos más apropiados en el momento actual son los **ISRS**, dado que combinan sus efectos antidepresivos, con los ansiolíticos y estabilizadores de la respuesta al estrés a largo plazo (por este supuesto efecto clínico, no contrastado en investigaciones controladas, se ha denominado a estos fármacos como «serenizadores»).

Por lo que respecta al *burnout*, no conocemos, por el momento, estudios publicados sobre utilización de antidepresivos para su tratamiento. Por lo tanto, lo que podemos sugerir se basa en nuestra propia experiencia clínica. En este sentido, sobre la muestra de 112 personas que nos consultaron por alguna patología psiquiátrica relacionada con el trabajo, el 44% precisaron tratamiento antidepresivo. En el 40% de ellos el tratamiento se mantuvo a medio o largo (más de seis meses), con resultados favorables en cuanto a la reincorporación al trabajo, mejoría de la adaptación laboral, etc.

Así, pues, podemos concluir que el uso de antidepresivos juega un papel significativo en el manejo del estrés. Su utilización está recomendada bajo las siguientes condiciones:

- Previa evaluación psiquiátrica de la situación de estrés y una vez aclarada la relación con la clínica presente (de tipo depresivo).
- Siempre en el marco de un plan terapéutico controlado.

- Podrían ser útiles en los casos de trastornos de tipo psicofisiológico (psicosomáticos) de evolución prolongada y en relación con situaciones de estrés crónicas.
- Generalmente se debe iniciar después de haber ensayado un tratamiento ansiolítico. Su uso combinado podría ser correcto a corto o medio plazo.
- En los casos de *burnout* manifiesto se podría iniciar un tratamiento anti-depresivo si la presentación clínica incluye sintomatología depresiva clara.
- En el momento actual, los ISRS son los antidepresivos más recomendables para estos trastornos, dada su eficacia, buena tolerancia, facilidad de manejo a largo plazo y sus mínimas interferencias con los rendimientos laborales.
- Se deberán prescribir siempre en conjunción con medidas higiénico-dietéticas, cambios en los patrones de vida y modificaciones psicosociales apropiadas.
- En los casos de *burnout* una vez resuelto el episodio depresivo se deben plantear los cambios pertinentes en las actitudes, aptitudes y condiciones laborales.

Es evidente que «tomar una pastilla» no debe considerarse nunca como el remedio mágico para el estrés, pero, por desgracia, cuando a un paciente «estresado» se le sugiere que haga cambios en su estilo de vida, o que practique sistemáticamente deporte, o que adopte medidas higiénico-dietéticas saludables, o simplemente que aprenda una técnica de relajación, casi nunca «tiene tiempo para ello». ¡Es más fácil tomarse la pastilla! Y a veces el paso previo para que el paciente recupere la serenidad suficiente como para beneficiarse de una psicoterapia.

### El médico enfermo

El 3 de abril de 2003 un suceso conmovió al país. N.M.N. una médico residente de tercer año que trabajaba en la Fundación Jiménez Díaz (FJD) de Madrid supuestamente acuchilló en los pasillos de dicha clínica a ocho personas, de las cuales dos fallecieron en el acto y una tercera, un par de días después. El novio de una de las tres víctimas mortales que, casualmente, era compañera de residencia declaró que la presunta agresora «no estaba normal desde hacía varias semanas» y que hacía cosas extrañas, como «escribir los partes de los pacientes con el ordenador apagado, o reírse sola y pedir pruebas a los pacientes a quienes echaba de la consulta». Sin embargo, la

dirección de la FJD afirmó «que no tenía prohibido pasar consulta, ni había recibido quejas, ni tenía constancia de que estuviese en tratamiento»<sup>3</sup>.

Este caso, probablemente producido por un brote psicótico, ilustra de forma límite, los riesgos de ignorar que los médicos también somos personas que podemos enfermar y que esto puede influir de forma dramática en nuestro trabajo. Sin embargo, aunque todos hemos conocido casos de compañeros con problemas de salud mental o adicciones, por ejemplo, no hay ningún sistema institucionalizado (no, desde luego, en el sistema nacional de salud) de prevención, detección precoz, tratamiento y rehabilitación, si procede, en unas condiciones adecuadas de confidencialidad. Esto puede tener causas diversas: el miedo a la estigmatización de una sociedad que tolera mal la imagen del médico enfermo; la dificultad que los médicos tenemos para pedir ayuda en la posición de pacientes o para «meternos en la vida» de un compañero que puede problematizarnos; la desidia de una administración que prefiere mirar para otro lado.

Sin embargo, hace unos años surgió la iniciativa pionera del Colegio de Médicos de Barcelona del **Programa del médico enfermo (PAIME)** al que se han ido sumando otros colegios provinciales mediante convenios. En este caso la atención es gratuita para esos colegiados. Este programa, similar al de otros países europeos, se basa en una serie de principios básicos concretados, las Primeras Jornadas Europeas PAIME 2001:

1. Los sistemas sanitarios deben garantizar a los profesionales de la sanidad la misma accesibilidad al sistema sanitario que a la población general.
2. El derecho a la confidencialidad al acceder a los tratamientos es importante para todos los pacientes, pero se requieren medidas especiales para que los profesionales de la salud accedan a ellos. Sobre todo cuando se trata de trastornos psíquicos y los adictivos porque todavía son estigmatizantes.
3. Se tienen que crear programas y servicios asistenciales específicos, ambulatorios y de hospitalización, en nombre y en ubicaciones geográficas suficientes para que los profesionales afectados reciban el tratamiento adecuado y en las condiciones debidas.

---

<sup>3</sup> En un artículo publicado en Medicina Clínica (J.L. Puerta y J. Rodes. *¿Pudo haberse evitado lo que le sucedió a la médico residente N.M.N.? Med. Clin. (Barc.) 2003; 121(5): 186-8*) pueden leerse reflexiones interesantes sobre el caso y sobre las incógnitas que suscita sobre la selección y formación de los médicos.

4. Los colegios profesionales deben tener un papel central en la organización, gestión y control de la calidad de los programas asistenciales creados y la financiación debería corresponder a las instituciones públicas.
5. Es preciso, pues, que estos programas no sólo se desarrollen con el objetivo de mejorar la asistencia a los médicos y otros profesionales de la salud, sino también para mejorar la calidad de los servicios sanitarios y, sobre todo, para proteger la salud de los ciudadanos.
6. Estos programas también deben tener una clara vocación preventiva, intentando facilitar a todos los profesionales sanitarios, enfermos o no, las condiciones más idóneas para que los problemas que se detecten sean abordados con la mayor precocidad y efectividad posibles.
7. Es necesario desarrollar la investigación particularmente con relación a la salud mental de los profesionales de la sanidad y sus condiciones de trabajo.
8. La salud de todos los profesionales sanitarios debe ser promovida, tanto en el ámbito individual como organizacional, con énfasis especial en la salud mental.

En octubre de 2003 se celebró en Córdoba el 1<sup>er</sup> Congreso PAIME, que en sus conclusiones asume estos principios y reivindica la necesidad de un desarrollo del programa para que pueda llegar a todos los profesionales del país. Todos los detalles del programa pueden consultarse en Internet en [www.paimm.net](http://www.paimm.net), el teléfono **935 67 88 56**, así como los consejos concretos de la forma de pedir ayuda. También puede recabarse información en los Colegios de Médicos Provinciales. La asistencia médica se lleva a cabo en la **Unidad Clínica del PAIME (Barcelona)**, situada en un entorno confidencial, que tan sólo se comunica a los usuarios en el momento que precisan acceder a la misma. El acceso a estos servicios se realiza con un nombre supuesto diferente del verdadero. La confidencialidad está siempre garantizada. Además se procura atención social y asesoramiento y soporte legal.