

**Belén Jiménez Gómez**

# MANUAL DE GESTIÓN EMOCIONAL PARA MÉDICOS Y PROFESIONALES DE LA SALUD

Transformar la vulnerabilidad en recursos



Incluye un capítulo  
de gestión en crisis

*Serendipity*

M A I O R



Belén Jiménez Gómez

**MANUAL DE GESTIÓN  
EMOCIONAL PARA MÉDICOS  
Y PROFESIONALES DE LA SALUD**  
Transformar la vulnerabilidad en recursos



**Desclée De Brouwer**

© Belén Jiménez Gómez, 2020

Ilustradora: M<sup>a</sup> José Racionero Cortés

© EDITORIAL DESCLEE DE BROUWER, S.A., 2020

Henao, 6 - 48009 BILBAO

[www.edeslee.com](http://www.edeslee.com)

[info@edeslee.com](mailto:info@edeslee.com)

Facebook: EditorialDesclee

Twitter: @EdDesclee

Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública y transformación de esta obra solo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley.

Diríjase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos –[www.cedro.org](http://www.cedro.org)–), si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra.

Impreso en España - Printed in Spain

ISBN: 978-84-330-3104-4

Depósito Legal: BI-0787-2020

Impresión: Grafo, S.A. - Basauri

# Índice

Introducción.....	11
1. Yo soy mi herramienta.....	19
2. La comunicación exitosa con nuestro entorno.....	31
<i>Basado en la comunicación no violenta, CNV.</i>	
3. La comunicación exitosa con los pacientes.....	61
<i>Basado en CNV, rasgos de personalidad y la fórmula para el acompañamiento de las emociones.</i>	
4. Autogestión emocional.....	77
<i>Basado en mindfulness, mecanismos de defensa de la Gestalt y Somatic Experiencing.</i>	
5. El acogimiento.....	115
<i>Basado en el trabajo de partes: Internal Family System.</i>	
6. Los juegos psicológicos.....	135
<i>Basado en el análisis transaccional.</i>	
7. La importancia de la conexión social.....	149
<i>Neurociencia aplicada: la rama ventral del nervio vago, el cerebro triuno, las neuronas espejo y la variabilidad cardíaca.</i>	



8. Gestión emocional en crisis .....	173
<i>La escalera de reacción de la teoría polivagal, la culpa: el sesgo negativo y la red neuronal por defecto, y la poderosa fuerza del contacto social</i>	
9. Conclusiones .....	193
10. Extras .....	199
Bibliografía.....	205

# Introducción

*Vengo a usted porque me han dicho que es una médico que mira a los ojos.*

—Un paciente a una compañera

Este libro nace de la experiencia vivida en *primera persona* como médico y como paciente y en *segunda persona* como testigo de compañeros y de pacientes.

Desde todas las perspectivas he sabido de vivencias muy gratificantes de verdadero encuentro en consulta y vivencias muy dolorosas de daño producido o recibido prácticamente siempre desde la inconsciencia de alguna de las partes.

Me encuentro entre los dos colectivos, conocedora del impacto doloroso que ocasionalmente se genera en la asistencia sanitaria y a la vez empatizando e identificándome con la dura exigencia hacia nosotros, los profesionales, de saber relacionarnos y tratar adecuadamente a los pacientes sin habernos formado para ello.

Desde mi labor como psiquiatra y terapeuta he escuchado y ayudado a procesar el dolor acumulado de muchos pacientes por el trato recibido en una consulta médica. En muchas ocasiones por una sola frase o incluso una palabra o más allá aún, por un gesto, que ha supuesto un daño innecesario. A veces este impacto doloroso, sumado a experiencias previas de no respeto en otros contextos, ha facilitado que germinara una semilla traumática con consecuencias a nivel del autoconcepto del paciente o ha precipitado que el paciente tomara decisiones perjudiciales para sí mismo.



En relación al autoconcepto pongamos el ejemplo de una persona que ha sufrido abusos sexuales y que acude ambivalente luchando entre su rabia, miedo, vergüenza y culpa. Si en la consulta se minimiza, frivoliza o se pone en duda lo acontecido, es fácil reforzar la inseguridad que presenta la víctima de este tipo de agresiones. La consulta puede suponer un trauma más a digerir y puede traducirse en que esta persona, partiendo de su situación de máxima vulnerabilidad, abandone su decisión de denunciar al agresor por las batallas que descubre que aún le quedan en los contextos sanitario, judicial, policial, social o familiar.

Si este ejemplo es demasiado extremo y obvio, pensemos en una persona perfeccionista que no se permite tener fallos. Para ella cualquier síntoma supone un defecto y no quiere molestar a familiares con visitas y tratamientos médicos. Si en la consulta, a veces con intención de aliviar al paciente, se le da un mensaje de que está dramatizando o se queja en exceso, el paciente reforzará su sentimiento de vergüenza y puede que decida no volver a consultar hasta que agonice.

*María era una persona muy autoexigente, con un legado familiar de prohibición para la queja. En el primer mes de embarazo sintió un malestar muy limitante que intentó tolerar pero que por las dimensiones del sufrimiento y a pesar de su batalla interna para evitar quejarse, decidió consultar. El comentario, acompañado de una expresión reprobadora que recibió de su médico de Atención Primaria, fue “pues si ya llevas mal este mes, no sé si aguantarás todo el embarazo”. Sin explorar ni darle importancia se le dio el alta y María aguantó 10 días más un dolor horrible avergonzada por no poder ser una mujer o madre como entendió que debía ser. Finalmente una profusa hemorragia justificó ir al servicio de urgencias donde le anunciaron, de nuevo sin tacto, que su feto había muerto hacía muchas semanas.*

Por estas y muchas otras experiencias desagradables que había vivido en despachos médicos y en contextos de asistencia sanitaria, con María trabajé una nueva forma de acudir a los profesionales de la salud para que se atreviera a consultar ante cualquier síntoma que ella percibiera medianamente intenso. Logró atreverse a preguntar lo que ella necesitaba sin congelarse cuando a un médico le incomodaba que ella se hubiera informado previamente de todo lo que le ocu-



rría. El fácil acceso a la información que hoy tienen los pacientes especialmente vía internet irrita a algunos médicos por la autoexigencia artificial de saberlo todo y la intolerancia al fallo si no está actualizado o ignora algunos datos.

Por otra patología crónica por la que había tenido que consultar a muchos médicos en su vida era María la que estaba desarrollando un método para adaptarse a cada perfil de facultativo y conseguir así ser bien atendida. Decía que si hablaba con cierta precisión pero sin que notaran que había leído mucho de su enfermedad, le prestaban más atención. Parece que es el paciente el que tiene que hacer el esfuerzo para aprender a lidiar con el colectivo médico.

Pienso que los médicos y los profesionales de la salud no somos conscientes del poder que tenemos para impactar en los pacientes tanto de forma constructiva como de forma dañina. Desde la posición de autoridad y potencial capacidad sanadora, podemos ser roles muy significativos de experiencias beneficiosas en sus vidas o roles que generen una impronta dolorosa.

*Sabrina acudió a su primera cita de psicoterapia muy ambivalente. Hablaba con cautela omitiendo voluntariamente parte de la información y me observaba con desconfianza, tomándose tiempo para evaluar la idoneidad de mis aportaciones. Me examinaba, asustada.*

*Le transmití con delicadeza mi percepción de miedo hacia mí y logró contarme que con su anterior psicólogo había vivido la experiencia de ser dirigida en sus decisiones. La concepción de su psicólogo sobre lo correcto o incorrecto en todos los ámbitos de la vida había sido el timón de sus actos. Frágil y confundida, encontró en él un guía idealizado sobre lo que se debía hacer sin que las decisiones las hubiera procesado e integrado libremente ella, por lo que ahora se arrepentía del trabajo que había abandonado, del tiempo que se mantuvo por indicación suya con su pareja, de la ruptura con su familia de origen y con un miedo añadido hacia la ayuda en la relación terapéutica.*

Desde mi otra mitad, como médico, he vivido la incoherencia de exigirnos la capacidad de empatizar, comunicar y gestionar el dolor ajeno para lo que no estamos formados, ni se contempla como una necesidad en los programas docentes de la licenciatura médica. En otras profesiones de ayuda como en





algunas corrientes de psicoterapia, sí se concibe como indispensable el trabajo personal previo del profesional para poder lidiar con el proceso introspectivo que tienen que hacer los pacientes. Incluso se normaliza o a veces hasta se exige la supervisión continua del trabajo por parte de otros compañeros al entender como inevitable que la historia personal del terapeuta pueda interferir en su trabajo, que tenga dudas o que en ocasiones no sepa cómo continuar su labor.

No por ser profesionales de la salud somos inmunes al dolor con el que trabajamos en consulta. Contactamos con la enfermedad, el sufrimiento, la toma de decisiones importantes, el enfado de pacientes y familiares o la muerte y nos enfrentamos muchas veces a la impotencia de no poder curar, a la incomodidad en ocasiones de no saber qué responder, a la invasión de los conflictos de nuestra vida personal, que si no hemos aprendido a gestionarlos, nos imposibilita trabajar en un contexto de tanta vulnerabilidad bilateral como es la consulta.

Los dos, médicos y pacientes, cuidadores y cuidados, somos HUMANOS.

Se entiende que por defecto los médicos tenemos unas características personales de altruismo, generosidad, ecuanimidad, calidez y equilibrio emocional que obviamente no son congénitas. Más allá de que en gran parte de nuestro colectivo sí haya un deseo generalizado de ayuda al prójimo, existen a la vez muchas razones por las que cada médico ha elegido esta profesión. No siempre por ayudar y aportar a la sociedad, a veces por el prestigio y reconocimiento que supone o por tradición familiar.

Yo he experimentado mi propio dolor como médico al no saber lidiar con muchos conflictos y me he escondido en muchas ocasiones por el miedo que me suponía reconocer no ser la figura médica infalible que yo creía que se esperaba de mí.

Ahora sé que en el camino en ocasiones he dañado sin tener intención, desde un intento de supervivencia en una labor que inicialmente me venía grande y para la que no tenía recursos psicológicos.

Conservo nítidamente en mi memoria la escena de un día de guardia cuando me descubrí gritándole a un paciente que tenía una conducta disruptiva que se callara, a unos quince centímetros de su cara. Me sentía incompetente por no saber comunicarme ni entender qué le pasaba ante la mirada de otros compa-

ñeros médicos y enfermeras que daban por hecho que por ser psiquiatra sabría hacerlo. Me estaba convirtiendo por esa experiencia y muchas otras previas en una persona que yo no quería, en una profesional que yo misma habría criticado y estaba a punto de alienarme como persona para poder seguir ejerciendo sin herramientas.

Ahora sé que solo habría necesitado estar verdaderamente presente en mi intención de encontrarme con este paciente, con claro interés por saber sus razones y permitiéndome invertir tiempo en un indeterminado baile de necesidades bilaterales, con permiso para no saber y así poder aprender.

He observado el dolor de compañeros navegando en el disimulo de su impacto emocional o en la exageración de un disfraz de seguridad de la que carecían. Cada médico o cualquier profesional de la salud tiene detrás una historia personal que merece ser procesada y una conciencia que requiere ser revisada cuando nuestros juicios salpican nuestra profesión. En ocasiones escuchamos anécdotas de compañeros donde parece que prima un interés personal a la hora de tratar a los pacientes como por ejemplo aplicar una nueva técnica o una proyección de su escala de valores en la consulta como por ejemplo no prescribir una prueba a un inmigrante.

Somos un colectivo heterogéneo que en común sí tiene el lujo y la responsabilidad de poder encontrarse con otra persona en una situación de máxima intimidad que enseña su dolor y la fragilidad de querer ser recogida. Si somos conscientes del valioso y delicado material compartido que se genera en el acto asistencial de ayuda, podemos convertir nuestro trabajo en gratificantes experiencias laborales y de vida.

Me gustó que llegara a mis manos un estudio de médicos de atención primaria que calificaban de sagradas las consultas con un alto componente emocional donde se producía un encuentro íntimo y una conversación profunda con el paciente (referenciado en la bibliografía). Efectivamente, creo que hemos escogido una profesión que debemos respetar y cuidar por las experiencias relacionales tan profundas que se pueden generar. Aunque considero a todas las consultas de salud sagradas, unas al final lo son más que otras según el grado de intimidad al que se llegue.



Trabajamos con la vida y con la muerte, con el sufrimiento y con el alivio, con la impotencia y con el poder, con la fragilidad humana y la resiliencia reconstructiva, con la abrupta intimidad ajena y con la belleza de cualquier detalle como el rubor de un niño cuando escucha a su madre relatarnos sus proezas. Conscientes del material sagrado que tenemos en nuestras manos tiene sentido que los médicos y profesionales de la salud nos cuidemos y formemos para poder acompañar y a veces sanar. Permitirnos que nuestras experiencias con los pacientes también nos transformen a nosotros.

Apenas se facilita una retroalimentación constructiva de los pacientes a los médicos sobre lo que han experimentado en la asistencia o sobre cómo les gustaría ser tratados y desde la supervivencia los médicos seguimos lidiando con esta exigencia. En ocasiones parapetándonos en la prepotencia, en otras anesthesiándonos para no confrontarlo y en otras ocasiones entregándonos de forma desproporcionada al trabajo instalándonos en el famoso síndrome de desgaste profesional o Burn-out.

Señalo la palabra supervivencia porque también tiene un peso determinante la presión asistencial en la sanidad pública, especialmente en las consultas de atención primaria, donde es imposible recibir, escuchar, explorar, entender y explicarle al paciente qué creemos que le pasa en unos irrisorios 5-7 minutos que en el año 2020 se dedican por consulta en España.

A la vez la retroalimentación de los pacientes no sería necesario porque nosotros deduciríamos solos qué necesitaría cualquier persona que acude como paciente si nos permitiéramos escuchar qué nos gustaría recibir a nosotros cuando sentimos miedo, impotencia o frustración.

Este libro contextualiza las herramientas propuestas en el marco teórico de las distintas corrientes psicoterapéuticas donde se concibieron. Se incluyen recuadros de actividades prácticas para ejercitar uno mismo, que pienso que es la mejor manera de integrar lo aprendido y se ilustran con experiencias propias y prestadas (en cursiva) porque entiendo que solo puedo explicar desde la coherencia de lo experimentado. Guardo la confidencialidad de los pacientes modificando sus nombres y algún dato de su historia.

Está dirigido especialmente a médicos, que sí encuentran guías sobre cómo deben tratar a los pacientes pero escasas publicaciones sobre cómo lograr hacer-



lo. Describo herramientas para *nuestro* procesamiento emocional y para poderlos manejar en la interacción con los pacientes y compañeros desde nuestra perspectiva personal. La información es válida y útil también para otras profesiones sanitarias y de ayuda que también se sientan a este lado de la mesa y que obviamente tienen que lidiar también con el permiso para cuidarse y con el aprendizaje de destrezas psicológicas personales: enfermeros, auxiliares, psicólogos, trabajadores sociales, bomberos, policías, voluntarios, etc.

La información por tanto, para quien tiene conocimientos de psicología en ocasiones puede parecer básica y a los médicos, especialmente a neurólogos, alguna explicación anatómica les puede resultar demasiado simplista. Ruego comprensión a todos los lectores a este respecto.

Las herramientas que explico en el libro las trabajo con personas con todo tipo de profesiones y formaciones, por lo que es útil también para el público en general. Además de que para el público general y para cualquier persona que en algún momento es un paciente, descubrir la escasa formación en gestión emocional y exigencia que los médicos y otros profesionales de la salud arrastramos, facilita entender porqué a veces reciben un trato frío o poco empático en su asistencia. Pura supervivencia.

Transmito de lo que conozco, lo que a mí me ha sido útil en unos quince años de formación psicoterapéutica. Lo que me ha servido a mí y lo que he comprobado que ayuda a otros.

Las teorías ya existían, mi único mérito es seleccionar de lo que conozco lo que considero más útil, resumirlo de una manera más comprensible y proponer ejercicios. Al final del libro incluyo la bibliografía en la que me he apoyado y otra que recomiendo.

Una vez acudí a un taller de terapia donde lo primero que compartió la profesora en su presentación fue que había sido adicta a tóxicos, al extremo de pasar una época viviendo en la calle. En ese momento se agudizaron todos mis sentidos para no perderme detalle de lo que aquella mujer me podía contar. Qué mejor credencial de maestra fiable si vivido hasta ese extremo en primera persona me explica qué le fue eficaz para superarlo y ahora dedicarse a enseñarlo a otros.



Para llegar a apreciar ese regalo y no asustarme ni rechazarla, primero yo tuve que desprenderme de la exigencia artificial de perfección y sabiduría en quienes yo pretendía que fueran mis maestros y a la vez permitirme a mí no saber.

Mi fuente de formación más poderosa ha sido mi propio proceso de terapia como paciente, que creo continuaré siempre de forma intermitente porque cada vez me es más placentero despedirme de limitaciones y descubrir más capacidades.

Deduzco que si habéis adquirido o alguien con todo su cariño os ha regalado este libro, es porque hay una semilla de conciencia sobre la necesidad de aprender más como persona para poder ejercer mejor como médico o profesional de la salud.

Es difícil sanar en otros lo que nosotros no tenemos previamente sanado y tolerar emociones ajenas si antes no me permito sentir las mías. *Coraje es no tener miedo a decir que tienes miedo*, escribía la reportera de guerra Marie Colvin.

El primer paso para un cambio de perspectiva sobre cómo ejercer nuestra labor asistencial es que entendamos nosotros que no podemos manejar nuestra experiencia médica o de ayuda como autómatas y que es sensato que pidamos formación en el campo de la gestión emocional y de la comunicación. Tiene por tanto sentido darle la importancia que merece invertir en nuestro equilibrio psicológico para poder ejercer de *personas*-profesionales con *personas*-pacientes.

# Yo soy mi herramienta

## 1

*La única manera de hacer es ser.*

—Lao Tse

Cuentan de Gregorio Marañón que consideraba la silla el aparato más valioso para el avance de la medicina, simbolizando así la importancia de la escucha al paciente, del verdadero encuentro entre médico y paciente.

Yo propongo que grabemos en nuestra retina la imagen de dos sillas para que no sea solo la intención de que escuchemos al paciente, también de que nos escuchemos a nosotros con el paciente, reconociéndonos al mismo nivel desde la igualdad que nos confiere estar sentados uno frente al otro.

En consulta yo he retirado mi mesa, la bata hace muchos años, para poder estar más receptiva a la experiencia del paciente desde mi propia exposición sin barreras. Veo más, y me ven más. Una compañera al verlo exclamó “Tienes que estar muy segura para sentarte así”. Muy segura de que puedo pedir ayuda si no sé y de que nos unen más cosas con los pacientes que las que nos diferencian.

Cojo prestada una definición que escribió Mahoney sobre el proceso de psicoterapia que modifiqué y aplico a todo el campo de la medicina y de la salud: *La asistencia en la salud es un proceso interpersonal planificado en el cual, la persona menos enferma, el profesional, intenta ayudar a la más enferma, el paciente, a superar un problema.*

Es desde la humildad que supone reconocernos humanos desde donde podremos ejercer de forma más eficaz nuestra labor evitando malentendidos, daños y especialmente el riesgo de saturarnos y desilusionarnos. Objetivamente es una profesión de riesgo al lidiar a diario con tanto dolor.

Los médicos no somos máquinas expendedoras de diagnósticos y recetas, somos personas vivas, reactivas, impresionables y sufrientes que nos formamos para ayudar en el proceso de curación de enfermedades. Si cuidamos y afinamos nuestra herramienta, es decir nosotros, como un ser completo, no solo intelecto, sino emoción y cuerpo, vamos a ser mucho más eficaces en el ejercicio médico o de ayuda y vamos a estar más satisfechos en esta elección de vida.

Escribo vida y no profesión porque es prácticamente imposible separarlo. Ser médico o profesional de la salud es parte de nuestra forma de estar en el mundo y los demás suelen tener muy presente a qué nos dedicamos como para que se presuponga una cierta disponibilidad continua al dolor ajeno y una capacidad para lidiar con información íntima sobre sus vidas, sin nosotros recibir a veces la maravillosa experiencia de ser acogido, escuchado y acompañado por otros.

La formación en habilidades comunicacionales es una cuestión que puede justificarse económicamente también, porque se ha demostrado que los médicos con mejor capacidad de comunicación reciben menos reclamaciones y denuncias y porque se es más eficaz en el trato con los pacientes ahorrando pruebas, cambios de profesionales y bajas laborales de médicos por el frecuente Burn-out. He tenido como pacientes a muchos médicos que se han permitido sincerarse sobre su dificultad para lidiar con el trato de los pacientes y que acudían ya bordeando el síndrome de desgaste profesional. Situación a la que es fácil llegar porque no se nos alienta a cuidarnos y a formarnos para aprender a gestionar esta profesión que en ocasiones es muy dolorosa. Curiosamente somos uno de los colectivos con mayor tasa de adicciones a tóxicos y con un porcentaje de suicidios mayor que la población general.

La profesión médica es un camino precioso de ayuda a los demás y en ocasiones parece que no se cuida en proporción al impacto que tiene.

No se cuida al médico en relación a las condiciones de trabajo como el espacio, el tiempo por paciente o la remuneración y hay riesgo de transformar



nuestra labor a un ejercicio empresarial con objetivos, tareas, responsabilidades y consecuencias legales muy definidas, cosificando a los pacientes.

Nuestro trabajo es importante y profundo y la dignidad humana es nuestra moneda de cambio por lo que creo que debemos transmitir la coherencia de un trato exquisito bilateral: incorporar nuestro cuidado y el de los pacientes en su ejercicio.

La perspectiva errónea que supone no reconocer que mi profesión me afecta y por ende no contemplar la necesidad de capacitarnos psicológicamente para poder ejercer nuestra profesión, hace que cada vez haya más distancia entre el colectivo médico y el de pacientes, cuando en realidad nos unen las mismas necesidades, deseos, temores y preocupaciones vitales. Lo único real que nos separa es una bata y una mesa.

Este posicionamiento artificial facilita los estigmas sobre cada colectivo y contamina la concepción de cada uno sobre el otro generando malentendidos que acaban en actitudes de ataque y defensa como las reclamaciones médicas entre asociaciones de pacientes y colectivos médicos que son acusados de excesivo corporativismo.

Da la impresión de que el corporativismo que se da en nuestra profesión nos une desde la necesidad de reconocernos entre nosotros la dura formación, las interminables horas de estudio, las guardias que desajustan las rutinas diarias, el impacto en nuestras familias o la dureza de muchas situaciones que vivimos. Parece que nos solidarizamos entre nosotros pero desde un posicionamiento algo hermético de no enseñarnos entre nosotros. El carnet de médico nos une por definición, como una lealtad al legado histórico de protegernos entre nosotros pero muchas veces no hay un verdadero encuentro en nuestro colectivo donde sintamos el sostén común. Sufrimos en silencio con miedo a enseñar nuestra vulnerabilidad que contradice el rol esperado entre compañeros.

La sociedad nos señala en ocasiones una tendencia al ocultamiento de los errores médicos y parece haber un pacto no explícito de protección mutua pero sin la necesaria sensación basal de comunidad o hermandad donde haya cabida para trabajar los errores en nuestra profesión. Entre nosotros no los contamos, suele haber un halo de vergüenza y un miedo lógico a las consecuencias. Si





generáramos un clima de permiso a no saber, preguntar y aprender desde el a veces inevitable error, sería más fácil no tener que forzarnos en ocasiones a diagnosticar con lo complicado que es rectificar. No hay espacio para una curiosidad sana que nos permita manejar la atención médica cuando aparece la incertidumbre.

Estuve unas semanas a cargo de un paciente con depresiones recurrentes y varios intentos autolíticos previos ingresado en una unidad de hospitalización aguda. Le dediqué mucho tiempo al tratamiento farmacológico y al trabajo psicoterapéutico hasta considerar que había suficiente mejoría sintomatológica y suficientes herramientas de manejo del malestar como para darle un permiso de salida. Tuvo que ser reingresado a las pocas horas porque se precipitó por la ventana de su casa durante el permiso, por suerte sin más trascendencia física que unas magulladuras por todo el cuerpo. Yo me quedé petrificada, con mucho miedo por lo grave que podría haber sido, muy asustada porque le tenía mucho aprecio y con mis dudas sobre la idoneidad de ese permiso. En el servicio apenas se habló de lo ocurrido. Se normalizó el hecho de que estas experiencias eran factibles en nuestra especialidad, sin dar un espacio a poderlo elaborar que era una necesidad tanto mía como de mis compañeros porque todos nos vimos reflejados en ese riesgo.

Durante otra época en la que estuve trabajando en un centro de salud, recibí una injusta reclamación que quise compartir con mis compañeros. De nuevo, una rápida normalización incluso un consejo irónico contra-fóbico: *“Todo buen médico, recibe unas cuantas quejas”*.

Trabajar nuestra vulnerabilidad de forma honesta nos capacitará para que nuestra profesión no sea una losa ni se convierta en un quehacer mecanizado. Las emociones, más que una carga, son las guías que nos enseñan por dónde ir, dirección y propósito, y que nos facilitan entender a los demás.

En mi caso, dejar de luchar por disimular mi sensibilidad y el impacto emocional en el trabajo, me ha permitido no solo usar ese tiempo y energía en otros quehaceres más útiles, si no decidir usar intencionadamente esa vulnerabilidad en consulta. He descubierto que es una capacidad necesaria para el encuentro, para desarrollar empatía, incluso para deducir qué le puede estar pasando al



paciente porque en nuestra especialidad la contratransferencia<sup>1</sup> es una herramienta más para añadir al puzle diagnóstico.

Ahora no siento vergüenza, sino que agradezco ser sensible e impresionable porque soy mucho más eficaz como médico. Escucho, miro, siento, percibo, impacto y me dejo impactar.

En la relación asistencial de ayuda, al ser un contexto de exposición personal tan profunda, se generan verdaderos sentimientos de afecto y al igual que sé que para ciertos pacientes he sido alguien muy significativo, muchos de ellos han dejado en mí una preciosa huella de valoración y aprecio. Todos los pacientes han contribuido a mi crecimiento como profesional y como persona, a veces desde preciosas experiencias de acompañamiento, a veces desde desencuentros constructivos.

Tenemos la suerte de poder trabajar con lo máspreciado que tenemos, la vida, y negar nuestra necesidad de cuidado continuo nos aleja de poder seguir ejerciéndola con la fuerza que la auténtica *presencia* nos facilitaría.

Es imposible que transmitamos un mensaje si no lo tenemos previamente nosotros integrado. Nos delatamos con nuestra expresión no verbal. Aproximadamente el 80% del mensaje que llega al interlocutor se basa en la expresión no verbal más que en la verbal. Ser un buen actor es muy difícil por lo que merece más la pena invertir en la coherencia de lo que decimos, sentimos y hacemos.

Por ejemplo, es difícil convencer a un paciente sobre la necesidad de reducir el nivel de estrés si nosotros estamos sobresaturados en nuestra profesión y enrolándonos en mil proyectos. Como si recomendáramos no fumar y nuestros pulpejos amarillos nos delataran. Es difícil a veces comprender que cuando no nos aplicamos lo que deseamos para otros, nos posicionamos en la superioridad al señalarnos como distintos a los demás:

---

1 Contratransferencia: Las emociones que le surgen al profesional de la ayuda en relación al paciente. En psiquiatría y en psicoterapia, a veces nos orienta sobre qué reacciones pueden estar sintiendo las personas con las que el paciente se relaciona, como origen de dificultades sociales. Por ejemplo: ante un paciente exigente yo me puedo sentir evaluada, y el enfado que podría despertar en mí, es factible que sea la reacción que provoque fuera en otras personas, como para que el paciente reciba con cierta frecuencia rechazo o de alguna manera cierta persecución. Esta hipótesis la testeó con el paciente y me sirve como guía de trabajo. Para poderlo usar como herramienta de comprensión hacia el otro, tengo que estar receptiva a mirar qué siento y percibo en la interrelación.



Yo sí puedo estar sobrecargado, sacrificarme por los demás y no pedir pero los demás no, los demás deberían frenar el ritmo. Como si su naturaleza y la mía fueran distintas. Yo puedo ser Superman, pero entiendo que los demás no deban maltratarse.

### Práctica

*Una forma de ayudarnos a decidir qué es bueno para nosotros es preguntarnos si esa misma situación le ocurriera a nuestro mejor amigo, a alguien que queramos mucho, qué le recomendaríamos y aplicarnos nuestra respuesta sin hacer distinción.*

Seguimos con la exigencia artificial hacia nosotros que señalo aquí porque es un perfil muy común entre facultativos y profesionales de la ayuda, enfocados al perfeccionismo.

En psiquiatría yo había aprendido una visión estigmatizadora y desesperanzada de muchas patologías y había aprendido a defenderme de ellas creyéndome exenta de que me pudieran afectar simplemente por haberme formado como médico y jugar a este lado de la mesa. Tuve una experiencia determinante en mi forma de entender la medicina cuando acudí como paciente a un taller vivencial de terapia. Allí, despojada de mi bata-disfraz, me pude relacionar desde la igualdad con otras personas y fui testigo de la lucha y esfuerzo sincero de una chica diagnosticada de anorexia nerviosa y trastorno borderline de personalidad por deshacerse de sus creencias limitantes, de sus recuerdos traumáticos y de sus vivencias de rechazo, donde con una valentía admirable se desnudó literal y metafóricamente ante nosotros, mostrando su vulnerabilidad y coraje por terminar de superar y despedirse de experiencias muy dolorosas. Cambié mi visión patologizante por una visión de admiración honesta por la lucha de cada persona, me deshice de mis prejuicios defensivos y de mi necesidad de encasillar todo lo que escuchara y me permití yo también enseñar mis conflictos, viviendo así la maravillosa y poderosa sensación de formar parte de un mismo colectivo, personas que luchan por sanarse, bailando desde los dos lados de la mesa.

Es llamativo que a lo largo de la carrera nos insistieran en la máxima atribuida a Hipócrates, *Primum non nocere* (ante todo, no hacer daño). Lo que es obvio



en cualquier actividad humana, es una máxima que hay que recordar especialmente en medicina. Desde la consciencia del daño que podemos provocar desde nuestro posicionamiento, es fácil evitarlo si nos rendimos a la evidencia de que somos humanos y de que necesitamos aprender a cuidarnos nosotros para que no trascienda en consulta.

Busqué por curiosidad el juramento hipocrático que de manera ritualizada reconocemos cuando nos licenciados. Me sorprendí de la exigencia de las primeras traducciones y me alegré de las mejoras que proponía la versión de la convención de Ginebra en 1964 (Louis Lasagna) y la más actual, de 2017.

Lamento que hayan suprimido los puntos recogidos por Lasagna que hablan del poder terapéutico de la calidez, la compasión y la comprensión humanas y del permiso para no saber y poder aprender o derivar.

Resulta curioso comparar los distintos juramentos:

### **Juramento Hipocrático clásico**

Juro por Apolo médico, por Asclepio, Higía y Panacea, por todos los dioses y todas las diosas, tomándolos como testigos, cumplir fielmente, según mi leal saber y entender, este juramento y compromiso:

Venerar como a mi padre a quien me enseñó este arte, compartir con él mis bienes y asistirles en sus necesidades; considerar a sus hijos como hermanos míos, enseñarles este arte gratuitamente si quieren aprenderlo; comunicar los preceptos vulgares y las enseñanzas secretas y todo lo demás de la doctrina a mis hijos y a los hijos de mis maestros, y a todos los alumnos comprometidos y que han prestado juramento, según costumbre, pero a nadie más.

En cuanto pueda y sepa, usaré las reglas dietéticas en provecho de los enfermos y apartaré de ellos todo daño e injusticia.

Jamás daré a nadie medicamento mortal, por mucho que me soliciten, ni tomaré iniciativa alguna de este tipo; tampoco administraré abortivo a mujer alguna. Por el contrario, viviré y practicaré mi arte de forma santa y pura.