

# QUÉ HACER **y** NO HACER en salud emocional



© 2021, **Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria**

Diputació, 320  
08009 Barcelona  
[www.semfy.com](http://www.semfy.com)

Queda prohibida la reproducción parcial o total de esta obra por cualquier medio o procedimiento, sea este electrónico, mecánico, por fotocopia, por grabación u otros métodos, sin el permiso previo y por escrito del titular del *copyright*.

Coordinación y dirección editorial:

**Congresos y Ediciones semFYC**

Carrer del Pi, 11, 2.ª planta, of. 13  
08002 Barcelona  
[ediciones@semfy.com](mailto:ediciones@semfy.com)

Diseño: Falcó

ISBN: 978-84-123704-3-0  
Depósito legal: B-15870-2021

*Printed in Spain*

# QUÉ HACER **y** NO HACER en salud emocional



## **Coordinadora**

M.<sup>a</sup> Luisa Valiente Millán

## **Miembros**

Javier Bris Pertúñez (Sociedad Madrileña)  
Juan José Carbayo García (Sociedad Castellano-Manchega)  
Cristina Jaraba Ferriz (Sociedad Valenciana)  
Stella Maris Méndez Iglesias (Sociedad Gallega)  
María Minuesa García (Sociedad Castellano-Manchega-JMF)  
José Manuel Morales Serrano (Sociedad Canaria)  
M.<sup>a</sup> Luisa Valiente Millán (Sociedad Cántabra)  
Estefanía Zardoya Cabo (Sociedad Gallega)





# Índice

---

<b>Introducción</b>	7
---------------------	---

## **Recomendaciones NO HACER en salud emocional**

1. No preocuparse	9
2. No juzgar	12
3. No olvidarse de empatizar	14
4. No reaccionar	16
5. No alimentar el diálogo interior negativo	18
6. No enfadarse de forma crónica	20
7. No agobiarse	22
8. No esconder la sonrisa	24
9. No arrinconar el propio autocuidado	26
10. No desperdiciar la experiencia y aprender a través de ella	28

## **Recomendaciones HACER en salud emocional**

1. Escuchar	31
2. Practicar la gratitud	34
3. Incorporar actitudes del <i>mindfulness</i>	36
4. Cultivar las fortalezas para ser resiliente	39
5. Humanizar	42
6. Pedir ayuda	45
7. Fomentar la proactividad	47
8. Sentir y escuchar el cuerpo	49
9. Desarrollar la autoconciencia para poder regularse mejor	51
10. Trabajar en equipo	53





## Introducción

---

Durante la última década, el interés de las administraciones sanitarias, las sociedades científicas y los investigadores ha estado orientado hacia el desarrollo de la medicina basada en la evidencia, en la promoción de la cultura de seguridad del paciente y la toma de decisiones compartidas en un modelo de atención centrado en el paciente. Ha sido en estos últimos años cuando se ha comenzado a poner el foco en la evaluación de la indicación de las pruebas diagnóstico-terapéuticas, en clara relación con la crisis económica y el gasto sanitario, y también con el fin de aportar mayores beneficios a los pacientes.

Desde el año 2013 y en el marco del proyecto del Ministerio de Sanidad Compromiso por la Calidad de las Sociedades Científicas, doce sociedades científicas, entre las que se encontraba la semFYC, presentaron recomendaciones sobre prácticas clínicas que se deberían evitar para no realizar intervenciones innecesarias a los pacientes.

En los últimos años, la semFYC ha publicado documentos con recomendaciones «NO HACER» propios de la Medicina Familiar y Comunitaria, orientados a las consultas de Atención Primaria, urgencias, atención a los ancianos y salud comunitaria.

Los profesionales de la salud conviven a diario con un sinfín de situaciones que los desafían y, en ocasiones, los abruman y desestabilizan.

Gestionar la influencia que el contacto con la enfermedad, el sufrimiento o el dolor genera, tanto en profesionales como en pacientes, no siempre es fácil y es un factor de estrés reconocido para la salud. Una salud entendida desde una perspectiva integrativa que contempla los aspectos físicos y emocionales, los cuales influyen directamente en las relaciones y la labor de los profesionales sanitarios.

Ser conscientes de la importancia de la salud emocional pasa necesariamente por el autocuidado profesional, el primer eslabón preventivo para manejar el estrés, lo que permite no solo aumentar las competencias emocionales, sino que, además, mejora el desempeño y facilita la transformación de las organizaciones.

Las habilidades emocionales tradicionalmente han sido olvidadas, ignoradas o «aparcadas» en favor del desarrollo de las habilidades científico-técnicas. Y, sin embargo, un adecuado soporte en las llamadas soft skills han demostrado incrementar el éxito en el manejo de estresores cotidianos y actuar como factores de protección frente al estrés.

Por ello, en estas recomendaciones NO HACER se hace referencia a prácticas NO hacer en el campo de la salud emocional. Prácticas que, en muchas ocasiones, surgen de forma inconsciente y alejan al personal sanitario de sus capacidades de resolución y control de los problemas cotidianos, magnificando esos estresores. Además, se señalan una serie de recomendaciones HACER que, por el contrario, potencian y acercan los recursos personales para desarrollar esta hermosa y compleja profesión de una forma equilibrada y eficaz.

«La salud emocional se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.»

**Organización Mundial de la Salud**

# Recomendaciones NO HACER en salud emocional

## 1 No preocuparse

«La preocupación es como una mecedora,  
te da algo que hacer, pero nunca te lleva a ninguna parte»

Erma Bombeck (1927-1996)

Los estados de ánimo son el alma de la relación de las personas con el mundo. Siempre presentes, siempre influyentes, nos acompañan en todo momento de nuestra vida<sup>1</sup>.

Cuando se prevé un problema, la mente se pone en marcha para buscar una solución. Los pensamientos ayudan a simular un posible comportamiento y a partir de ahí se planifican las acciones. Hasta ahí, todo va bien. La preocupación, por tanto, aparece asociada a la planificación de las acciones y, como tal, entra dentro de la normalidad más absoluta y se puede estudiar junto a otras conductas de planificación en el contexto de la toma de decisiones y la resolución de problemas<sup>2</sup>.

El problema es que existe la tendencia a preocuparse por cosas que, o bien no han pasado o, si lo han hecho, suelen ser menos negativas o catastróficas de lo que ocurre en la imaginación.

Más del 38% de las personas se preocupan al menos una vez al día (Tallis, Davey, Cappuzo, 1994), en un intento de evitar acontecimientos negativos, o prepararse para lo peor ante un problema que resolver. Es un estado de activación que no se orienta hacia la acción ni impulsa actuaciones concretas, ya que el «peligro» real no está presente aún, lo que provoca conductas de bloqueo, evitación

o huidas anticipadas. Se centra en posibles consecuencias negativas, y se expresa con preguntas hipotéticas del estilo: «¿Y si...?».

La preocupación, con su componente de anticipación, es el estado característico de la ansiedad. Pre-ocuparse tiene que ver con lo que ocurre antes de ocuparse y está asociado a la intolerancia a la incertidumbre. Esta contribuye al desarrollo y mantenimiento de las preocupaciones y la ansiedad al facilitar: a) sesgos cognitivos (atención sesgada hacia la amenaza, interpretación de la información ambigua como amenazante, exageración de la probabilidad de la amenaza, necesidad de mayor información a la hora de tomar decisiones); b) la orientación negativa hacia los problemas (p. ej., la percepción de poco control sobre los problemas, que son vistos como amenazas, y la poca confianza sobre el propio proceso de resolución de problemas), que, a su vez, interfiere con la puesta en marcha de las habilidades de resolución de problemas; c) las creencias de que las preocupaciones son útiles; y d) el empleo de estrategias de evitación<sup>3</sup>.

Por otra parte, un elevado estado de emocionalidad negativa puede tener consecuencias para la salud, como el abandono de hábitos saludables o el mantenimiento de niveles de activación fisiológica intensos que pueden deteriorar la salud si se cronifica<sup>4</sup>.

Según sea el pensamiento para buscar una solución, existen dos modelos de estrategias de gestión:

1. Modelo basado en la cavilación (dar vueltas y vueltas sobre la situación planteada sin adoptar una resolución) y vinculado a un estado de ánimo de aumento de la ansiedad y la preocupación. El pensamiento se centra en los errores cometidos, en las personas culpables de estos. Se magnifica el problema, no se habla de los hechos, se tiende a juzgar y a generalizar, se simplifican los análisis en «todo o nada» y aparecen formas de expresión como «es un problemón», «no hay salida», «no tiene solución», etc.
2. Modelo basado en la reflexión vinculada a la búsqueda de soluciones y salidas a través de la acción, con un estado de ánimo fundamentado en la aceptación de las circunstancias y una tendencia a la serenidad que conduce a una focalización de energía<sup>5</sup>. Se buscan alternativas, se

relativiza el problema, hay una tendencia a la comprensión y análisis de múltiples factores que influyen. El objetivo es resolver el problema, por lo que aparecen expresiones como: «¿Qué podemos hacer?» y «¿Qué podemos hacer en este momento?». Una vez dimensionado el problema, se disecciona en pequeños componentes, lo que facilita la asimilación de la situación problemática y su vinculación a un plan de acción. Este modelo se sostiene sobre la individual responsabilidad de cada persona y su capacidad de acción.

Ante una preocupación excesiva, se debe responder a la pregunta: «¿Hay algo que pueda hacer para solucionar esta situación?». Si hay algo que se pueda hacer, se debe hacer en ese mismo momento. Si no, se debe procurar trazar un plan de cómo, cuándo y dónde se va a tratar el problema. Hablar con personas de confianza puede posibilitar que se vean nuevas soluciones que antes no se habían planteado.

## **Bibliografía**

1. André C. Los estados de ánimo: el aprendizaje de la serenidad. Barcelona: Editorial Kairós; 2010.
2. García Higuera JA. La preocupación patológica y su tratamiento. [Internet]. Psicoterapeutas. 2013. Disponible en: <https://www.cop.es/colegiados/m-00451/preocp.htm>
3. Bados A. Trastorno de ansiedad generalizada. Barcelona: Facultat de Psicologia. Universitat de Barcelona; mayo 2015.
4. Valiente Millán ML. ¿Cómo influyen las emociones en nuestra salud? [Internet]. semFYC. 21 de marzo de 2017. Disponible en: <https://www.semfyec.es/como-influyen-las-emociones-en-nuestra-salud>
5. Mingote Adá JC, Perez Corral F. El estrés del médico. Madrid: Ed Díaz Santos; 1999.

## 2

# No prejuizar

«El que se erige en juez de la verdad y el conocimiento es desalentado por las carcajadas de los dioses»

Albert Einstein

La relación médico-paciente o relación clínica ha ido adquiriendo en los últimos años una importancia cada vez mayor en el ámbito de la práctica clínica.

Requiere que el profesional de la salud se centre en el aquí y ahora del acto clínico, procurando la suspensión del juicio, ya que los pensamientos y creencias personales sobre lo que «se sabe» o lo que se espera sobre las personas o situaciones pueden impedir ver las cosas como son<sup>1</sup>.

Esto hace protagonista a la intuición y permite observar lo que acontece sin interponer el filtro de las propias creencias, no para juzgar lo que sucede, sino para aproximarse con curiosidad; no para descalificar o arrinconar algunas de las experiencias, sino para cultivar una apertura a la experiencia en sí.

Esta cualidad se denomina «mente de principiante» y permite una relación médico-paciente de auténtica calidad.

La importancia del «no juzgar» la resalta Jon Kabat-Zinn en su propia definición de *mindfulness*: «Poner atención deliberadamente, en el momento presente y sin juzgar».

El cultivo de la atención plena puede reducir la tendencia a un funcionamiento automatizado, limitando los sesgos cognitivos que naturalmente emergen en la práctica clínica<sup>2</sup>.

Al no juzgar, la percepción de la situación será más objetiva. Está permitido dar un paso atrás y concentrarse en lo que se tiene en frente, sin la interferencia de si eso nos gusta o nos disgusta, si es bueno o es malo, si es agradable o desagradable.

Para disfrutar de la riqueza del momento presente, es necesario cultivar la mente de principiante o la mente dispuesta a verlo todo como si fuese la primera vez, libre de expectativas basadas en las propias experiencias previas. Cada momento es único y posee posibilidades únicas. Si hay una mente de principiante por excelencia, es la de la infancia. Se contempla con añoranza la manera en la que los niños de menor edad viven el presente, pero a menudo se olvida que lo hacen de un modo no consciente.

Una actitud clínica sin juicio logra que el médico mantenga el foco de atención sobre la interacción con el paciente y no sea arrastrado por pensamientos y emociones que surgen en el momento. También es posible que un mayor nivel atencional del profesional permita una mayor «economía comunicacional», evitando preguntas ineficaces o redundantes. También puede contribuir a reducir el riesgo de falta de tacto y sesgo implícito.

## **Bibliografía**

1. Vásquez-Dextre E. Mindfulness: conceptos generales, psicoterapia y aplicaciones clínicas. *Rev Neuropsiquiatr.* 2016;79(1):42-51.
2. Krogh, E, Medeiros S, Bitrán M, Langer AI. Mindfulness y la relación clínica: pasos hacia una resiliencia en medicina. *Rev Med Chile.* 2019;147(5):618-27.

## 3

## No olvidarse de empatizar

---

**«Lo más importante es que necesitamos ser entendidos. Necesitamos alguien que sea capaz de escucharnos y entendernos. Entonces, sufrimos menos»**

Thich Nhat Hanh

---

En la actualidad, la tecnificación de la medicina y la minimización de lo relacional ha dejado de lado lo eminentemente humano en la relación médico-paciente, lo que ocasiona una inevitable fractura en la esencia misma de la profesión.

Frente a ello se plantea rehumanizar la relación clínica a través del uso de la empatía, para contribuir de este modo a recuperar el arte de curar<sup>1</sup>. Si la enfermedad constituye un giro biológico-existencial para el sujeto, tiene sentido que la atención dispensada se vuelque en los dos ámbitos para lograr un conocimiento integral del acto de enfermar y, con ello, dispensar un auténtico cuidado.

Sin embargo, la preponderancia de la técnica sobre la vida instauró la presunción errónea de que la salud y la enfermedad son hechos biológicos sin carga emocional. Esto ha derivado en la crisis de confianza que sufre la profesión actualmente.

El término «empatía» viene de la palabra griega *empathia*, que significa «apreciación de los sentimientos de otra persona», definición a partir de la cual se han establecido diferentes enfoques y que ha generado discusiones acerca de si es un atributo de tipo cognitivo o afectivo.

La definición que mayor consenso tiene en el ámbito de la salud emocional presenta la empatía como la capacidad de comprender las experiencias, las preocupaciones y las perspectivas de otra persona, sumada a la capacidad de comunicar este entendimiento y actuar en consecuencia<sup>2</sup>.

Permitiría ver y entender al sujeto como un ser anímico-corporal dialogante, el cual aportaría elementos que, junto a los entregados por el médico, darían una versión más completa de la realidad del enfermar.

La relevancia terapéutica de la empatía no solo debe ser entendida como una acción que favorece positivamente la anamnesis, el diagnóstico y el tratamiento<sup>3</sup>, sino también como un elemento clave en la curación de los pacientes y, por lo mismo, un tema para tener en cuenta durante la formación profesional del futuro personal sanitario.

### **Bibliografía**

1. Bustamante M, Llorens S, Acosta H. Empatía y calidad de servicio: El papel clave de las emociones positivas en equipos de trabajo. *PSYCAP*. 2014;1(1):7-17.
2. Triana-Restrepo MC. La empatía en la relación enfermera-paciente. *Avances en Enfermería*. 2017;35(2):120.
3. Donoso-Sabando C. La empatía en la relación médico-paciente como manifestación del respeto por la dignidad de la persona. Una aportación de Edith Stein. *Persona y Bioética*. 2014;18(2):184-93.

## 4

# No reaccionar

«Así como hay un arte de bien hablar, existe un arte de bien escuchar»

Epicteto

Es común que ocurran conflictos entre médicos, médicas y pacientes porque cada persona tiene diferentes ideas y conceptos sobre las enfermedades, los diagnósticos, los tratamientos, etc. En ocasiones, la falta de escucha y una comunicación reactiva a una frase, un gesto, etc. pueden dar al traste con el encuentro asistencial<sup>1</sup>.

La comunicación asertiva es esencial para resolver con eficacia estas situaciones. Para responder en cada contexto, no reaccionar a él.

El asertividad es la capacidad social a través de la cual un individuo expresa sus emociones y sentimientos, desde el respeto propio, a través de pensamientos y conductas que le permiten defender sus derechos, sin ser agredidos ni actuar de manera agresiva<sup>2</sup>.

Es normal que existan conflictos y diferentes puntos de vista.

Ser asertivos no significa que se tenga la razón, sino que consiste en expresar las opiniones y puntos de vista desde el «yo», sean estos correctos o no, manifestando lo que se cree, se siente y se piensa de forma clara, directa y en el momento oportuno.

Algunas actitudes orientadas a desarrollar una comunicación asertiva son<sup>3</sup>:

- Cuidar que la comunicación verbal y no verbal sean adecuadas, generando confianza y empatía.
- Respetar y defender los derechos de los pacientes, así como los propios derechos como médico.
- Actualizarse en conocimientos, habilidades y destrezas, para actuar con seguridad y confianza en uno mismo.
- Cultivar una actitud conciliadora y abierta a la negociación.

Algunas claves prácticas para la comunicación asertiva pueden ser: hablar de una manera clara (evitar ambigüedades), concisa (sin dar rodeos), concreta (sin abstracciones), coherente (guardando un orden) y cortés (tono cordial o amable).

La práctica de la medicina asertiva<sup>4</sup> aporta beneficios, entre los que destacan aumentar las satisfacciones y reducir las molestias y conflictos que se pueden producir en la relación médico-paciente, incrementar las posibilidades de conseguir lo que se desea, mejorar la autoestima y favorecer las emociones positivas en uno mismo y en los demás, potenciando la confianza y la relación con el paciente.

### **Bibliografía**

1. Caballo VE. Asertividad: definiciones y dimensiones. *Estudios de Psicología*. 1983;4(13):51-62.
2. Tena C, Hernández F. *La comunicación humana en la relación médico paciente*. 2.ª ed. México: Editorial Prado; 2007.
3. Roca E. *Cómo mejorar tus habilidades sociales. Programa de asertividad, autoestima e inteligencia emocional*. Valencia: ACDE; 2008.
4. Tena C, Sánchez M. Medicina asertiva: una propuesta en contra de la medicina defensiva. *Ginecol Obstet Mex*. 2005;73:553-9.

## 5

## No alimentar el diálogo interior negativo

«El éxito no está en vencer siempre,  
sino en no desanimarse nunca»

Napoleón Bonaparte

El simple y mero acto de pensar se corresponde con el ejercicio intelectual de proyectar y enunciar imágenes e ideas en la mente humana. Dependiendo del enfoque favorable, agradable o no de estas, los pensamientos se califican como positivos o negativos<sup>1</sup>.

La manifestación verbal de esos pensamientos y de los sentimientos que los provocan se sustenta, en muchas ocasiones, en el correlato de palabras o expresiones que refuerzan esa negatividad, lo que induce a la descalificación y, por su carácter material e interno, a confundirlos por quiénes somos: «No valgo para...», «Soy idiota», «Seguro que lo hacen mejor que yo», «No puedo», «Siempre tengo que esforzarme el doble», «No me merezco...», etc.<sup>2</sup>.

Ese diálogo interno que surge frecuentemente de forma automática y tiene la intención subyacente de dirigir la atención hacia esa experiencia, aunque no sea del agrado del profesional, y de motivar para hacer las cosas de otra manera.

Pero lo cierto es que la autocrítica (negativa), como elemento de motivación tiene, junto con el miedo al fracaso y a ser juzgados y rechazados, importantes costos para la autoestima y para la salud, tanto emocional como física.

No se trata de negar el malestar con palabras agradables solo para intentar sentirse mejor; en la base de desarrollo de una buena inteligencia emocional está el autoconocimiento y el proceso de autoconocerse lleva implícito reconocer aspectos y comportamientos de uno mismo que no son de nuestro agrado<sup>3</sup>.

Sin embargo, desde el autocuidado, también como pilar fundamental de la inteligencia emocional, juzgarse, insultarse, criticarse y mantener mensajes recurrentes que cuestionen la forma de actuar y sentir la mayor parte del tiempo, influirá negativamente en la confianza, la toma de decisiones, las relaciones con el entorno y, por tanto, en los resultados y las experiencias que se quieran tener.

Como parte de ese autocuidado, se pueden identificar aquellos pensamientos que se necesitan soltar para una mejor calidad de vida<sup>4</sup>. Tres ejemplos:

- Pensar en uno mismo como una víctima (del sistema, de las agendas, de la Administración, del pasado, de los padres, etc).
- Pensamientos del estilo «debería» o «tengo que» (dirigen el foco a una situación de obligatoriedad en la que muchas veces es difícil sentirse motivado).
- Pensar que las cosas son siempre más fáciles o mejores para las demás personas (no es así, todas tienen su propio ritmo y valor, y solo compararse con uno mismo ayuda a superarse).

## Bibliografía

1. Cullen M, Brito G. Mindfulness y equilibrio emocional. Un programa de 8 semanas para mejorar la salud emocional y aumentar la resiliencia. Málaga: Editorial Sirio; 2016.
2. Méndez S. Los pensamientos negativos y su impacto en la salud. [Internet]. semFYC. 14 de febrero de 2018. Disponible en: <https://www.semfyec.es/los-pensamientos-negativos-y-su-impacto-en-la-salud/>
3. Flórez Lozano JA. Terapia integral para el médico quemado. Badalona: Laboratorios Menarini; 2003.
4. Castellanos L, Yoldi D, Hidalgo JL. La ciencia del lenguaje positivo. Cómo nos cambian las palabras que elegimos. Barcelona: Editorial Paidós; 2016.

## 6

## No enfadarse de forma crónica

.....

**«Cualquiera puede enfadarse, eso es algo muy sencillo. Pero enfadarse con la persona adecuada, en el grado exacto, en el momento oportuno, con el propósito justo y del modo correcto, eso, ciertamente, no resulta tan sencillo»**

Aristóteles

~~~~~

Aunque se experimente el enfado como algo displacentero, es una emoción, y como toda emoción, es necesaria y adaptativa. La ira moviliza a actuar, a defenderse, a luchar en situaciones que no nos parecen justas<sup>1</sup>.

Un enfado puntual puede ser «sano» y una vía de expresión emocional, pero cuando la ira o la rabia se convierten en la principal forma de pensar, expresarse o actuar puede ser nocivo, para uno mismo y para quienes le rodean.

Lo que una persona hace o dice cuando está enfadada afecta sobremanera, pues puede decir cosas inapropiadas o tomar decisiones equivocadas.

Por otra parte, un estado de irritación constante impacta negativamente en la salud y está relacionado con problemas de tipo cardiovascular o digestivo, entre otros. Un factor asociado a los trastornos cardiovasculares ha sido el síndrome ira-hostilidad-agresión. Krantz et al. hallaron que la alta expresión de la ira se asociaba a la presencia de enfermedad arterial coronaria, mientras que los rasgos de ira-hostilidad estaban vinculados a un incremento de síntomas, sobre todo dolor torácico no asociado a angina en mujeres sin enfermedad arterial coronaria<sup>2</sup>.

El enfado posee un intenso poder seductor, pues se alimenta a sí mismo en una especie de círculo cerrado, en el que la persona

despliega un diálogo interno para justificar el hecho de querer descargar la cólera en contra de otra.

Existen múltiples razones para experimentar el enfado a diario: conflicto con pacientes o con el entorno, situaciones que pueden estropear un día de consulta o deteriorar la relación con los y las pacientes.

Con las herramientas adecuadas se puede cambiar la forma de expresarse.

Comprender que el que se enfada, que el que lo pasa mal es uno mismo ayudará a reencuadrar la situación dentro de un marco más positivo.

Para ello, conviene tomar conciencia de los pensamientos que desencadenaron la primera descarga de enojo, pues muchas veces una pequeña información adicional sobre esa situación original puede restarle toda su fuerza al enfado<sup>3</sup>.

Otros recursos son tomarse unos segundos antes de estallar (contar hasta diez), poner distancia física, expresar el motivo del enfado, respirar profundamente o centrarse en buscar una solución.

## **Bibliografía**

1. Goleman D. Inteligencia emocional. Barcelona: Editorial Kairós; 1996.
2. Valiente Millán ML. ¿Cómo influyen las emociones en nuestra salud? [Internet]. semFYC. 21 de marzo de 2017. Disponible en: <https://www.semfy.com/influyen-las-emociones-en-nuestra-salud>
3. Fernández Abascal E, García Rodríguez B, Jiménez Sánchez P, Martín Díaz MD, Domínguez Sánchez FJ. Psicología de la emoción. UNED. Editorial Ramón Areces; 2011.

**«Una cosa que hago cuando me siento agobiado, cuando todo corre prisa y pierdo la perspectiva, es formularme una pregunta sencilla: “De aquí a diez años, ¿qué importancia tendrá todo esto?”»**

Spencer Johnson

---

La gente se desborda ante lo que percibe como una montaña de trabajo.

Lo más curioso es que agobiarse no lleva a ninguna parte, pues las tareas por hacer siguen por hacer. El agobio se convierte en una interferencia en nuestra capacidad de acción<sup>1</sup>.

El agobio es una de las causas del estrés, que puede estar relacionado con una ocupación sin control (acumulo de trabajos, familia, etc.) y es difícilmente abordable; en cambio, el que se crea uno mismo sí puede controlarse.

Algunas de las causas descritas como origen del agobio son<sup>2</sup>:

- La mala planificación de actividades.
- La falta de control emocional: ante los sucesivos impactos emocionales negativos, aparece una sensación de aturdimiento que lleva a quitarse el trabajo de encima sin permitirse reflexionar sobre cada situación concreta.
- La lentitud en la toma de decisiones cuando no se han automatizado pequeñas decisiones frente a contextos clínicos bien definidos.

El estrés ha sido definido como un desequilibrio percibido entre las demandas y la capacidad del individuo de dar respuesta a dichas demandas en condiciones en las que el fracaso en la solución de la situación tiene importantes consecuencias negativas percibidas.

Varios estudios han demostrado que el estrés laboral está vinculado con enfermedades cardíacas, depresión y trastornos musculoesque-

léticos; hay evidencias consistentes de que las altas exigencias en el trabajo, el bajo control y el desequilibrio entre esfuerzo y recompensa son factores de riesgo para los problemas de salud física y mental<sup>3</sup>.

Desde hace mucho tiempo ha quedado demostrado que la inteligencia emocional es uno de los aspectos relevantes que tener en consideración en cuanto a las habilidades y capacidades de las personas, pues favorece y facilita la consecución de metas en el individuo y actúa como buena predictora de la adaptación de una persona al medio<sup>4</sup> (Goleman D, 1996).

La inteligencia emocional está asociada a ciertas estrategias de afrontamiento<sup>5</sup> del estrés y autorregulación emocional, e incluye aspectos como la resolución de problemas, la toma de decisiones y la empatía, fundamentales a la hora de superar estas situaciones.

## **Bibliografía**

1. Gil Monte PR. Situación actual y perspectiva de futuro en el estudio del estrés laboral: la psicología de la salud ocupacional. *Informació psicològica*. 2010;100:68-83.
2. Borrell i Carrió F. Entrevista clínica. Manual de estrategias prácticas. Barcelona: semFYC; 2004.
3. Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST), O.A., M. P. El efecto sobre la salud de los riesgos psicosociales en el trabajo: una visión general. Madrid: INSST; 2018.
4. Goleman D. Inteligencia emocional. Barcelona: Editorial Kairós; 1996.
5. Martínez AE, Piqueras JA, Cándido J. Relaciones entre inteligencia emocional y estrategias de afrontamiento ante el estrés. *Revista electrónica de motivación y emoción*. 2019;37:20-1.

## No esconder la sonrisa

«La risa es el lenguaje del alma»

Pablo Neruda

En el proceso comunicacional la entrada de información visual es preponderante con respecto a la auditiva, de manera que la discrepancia entre conducta no verbal y verbal es de 5 a 1 a favor de la primera, es decir, que en cada comunicación que se hace a un paciente o una paciente tiene cinco veces más importancia lo que se le transmite corporalmente que lo que se le transmite verbalmente. Por otro lado, hay que reseñar que la mayor parte del tiempo los médicos no son conscientes de la utilización que dan a la conducta no verbal, aunque representa un 55% del mensaje<sup>1</sup>.

De entre las múltiples expresiones faciales, quizás sea la sonrisa la que facilite más el flujo de comunicación, creando un ambiente cordial y limando las asperezas que puedan surgir durante el encuentro.

En la entrevista clínica tiene un papel fundamental a la hora de recibir a los pacientes; en ese momento, la sonrisa es un gesto que demuestra buena disposición y que algo nos gusta<sup>2</sup>.

Es un puente hacia el afecto, un desbloqueo mental, un equivalente a «sea usted bienvenido», con el que se fomenta que se inicie una relación cálida y cordial y se manifiesta una actitud amigable.

La sonrisa debe ser franca, abierta, sincera y coherente con la situación y el contexto, y sobre todo congruente con la comunicación verbal<sup>3,4</sup>.

De igual manera que en la recepción, la sonrisa puede jugar un papel importante en la despedida de los pacientes. Permite una

conclusión cordial de la entrevista, lo que ayuda a dejar la puerta abierta para nuevas consultas.

Facilita la charla social con la que muchos médicos y pacientes terminan la entrevista, y consigue, en muchos casos, que salgan sonriendo de la consulta, algo que capta el resto de pacientes de la sala de espera.

Es uno de los factores más importantes en la generación de confianza entre el médico y los pacientes.

### **Bibliografía**

1. Flórez Lozano JA, Martínez Suárez PC, Valdés Sánchez C. Análisis de la comunicación en la relación médico-paciente. *Med Int.* 2000;36(3):113.
2. Rodríguez Sanz J, Kurtz Luna C, Álvarez-Ude Coteria F. Aspectos clave de la comunicación no verbal en la consulta FMC: Formación Médica Continuada en Atención Primaria. 2011;18(7);401-9.
3. Borrell i Carrió F. La entrevista clínica: apuntes para una práctica basada en la reflexión. ¿Por qué nos cuesta tanto sonreír? *Jano.* 1999;57:39-41.
4. Borrell i Carrió F. Manual de entrevista clínica. 1.ª ed. Barcelona: Doyma; 1989.

## No arrinconar el propio autocuidado

«El autocuidado no es un acto egoísta, es simplemente el manejo adecuado del único don que tengo, el don por el que estoy en el mundo para ofrecer a los demás»

Parker Palmer

Como médicos, el principal activo terapéutico es uno mismo.

El personal médico está muy familiarizado con el autocuidado de los pacientes, especialmente los crónicos, en los que se fomenta la práctica de hábitos saludables de una forma prácticamente automática.

Sin embargo, se olvida en muchas ocasiones a «la persona que habita la bata», que posee las mismas necesidades emocionales de cualquier ser humano.

El autocuidado se entiende como una conducta que realiza o ha de realizar la persona para sí misma con el fin de prevenir o controlar factores estresantes que pueden ser tanto internos como externos. Debe ser una forma de dar respuesta a la necesidad de los profesionales y llevado a cabo por ellos. Además, cabe resaltar la responsabilidad que tiene la institución para fomentar y propiciar espacios y recursos necesarios para el cumplimiento de este fin<sup>1</sup>.

Convertirse en los garantes del propio autocuidado es imprescindible para<sup>2</sup>:

1. Ejercer con solvencia una profesión sometida a un alto grado de estrés y responsabilidad, con riesgo de desgaste laboral.
2. Mantener una franja de estabilidad emocional que permita disfrutar del trabajo, manejar de manera efectiva los estresores diarios, tomar mejores decisiones clínicas e impactar positivamente en el entorno.

3. Actuar de forma continuada desde un enfoque preventivo a favor de la propia salud en su sentido más amplio: física, mental, emocional y espiritual.

Es imprescindible cuidarse para poder cuidar.

De entrada, ser conscientes de las propias emociones y sentimientos y comprender las propias limitaciones y aceptarlas es la primera capacidad sobre la que construir el resto de las actividades preventivas<sup>3, 4</sup>.

Identificar los riesgos que pueden afectar, detectar las señales de alarma, reconocer los recursos que se pueden potenciar y tomar la decisión de hacerlo requiere autorreflexión y consciencia, y es una condición sobre la que se puede actuar de forma autónoma y voluntaria.

De modo específico<sup>4</sup> adoptar hábitos de vida saludables (alimentación, ejercicio físico, sueño), cultivar la calidad de las relaciones dentro y fuera del trabajo, entrenar habilidades como la comunicación, la asertividad o la gestión del tiempo y asegurar espacios de ocio diarios, son algunas de las actividades al alcance de cualquiera para promover ese autocuidado y bienestar emocional.

## **Bibliografía**

1. Díaz-Torres CD, Gómez Villa CA, Corredor-Díaz S, Quiceno-Garcés YG, Rodríguez Bustamante A. Herramientas de autocuidado para el profesional psicosocial como factor protector de su salud mental y bienestar. *Poiésis*. [Internet]. 2020;39:168-86. Disponible en: <https://doi.org/10.21501/16920945.3767>
2. Bris Pertíñez J. El autocuidado emocional del médico de familia: algunas propuestas. *AMF*. 2017;13(4):195-201.
3. Ramos F. Tratamiento del síndrome de burnout. *Psicopatología y tratamiento del estrés*. UNED; 2017.
4. Valiente Millán M, Méndez Iglesias S. Estrés y síndrome de burnout en Medicina de Familia. Lo que sí podemos hacer. *AMF*. 2020;16(2):70-8.

## No desperdiciar la experiencia y aprender a través de ella

«Entre hombre y hombre no hay gran diferencia. La superioridad consiste en aprovechar las lecciones de la experiencia»

Tucídides

La transformación mundial de las últimas décadas explicitada en el cambio de las condiciones sociales, económicas y tecnológicas impacta de forma directa en términos de salud, entendida desde una perspectiva biopsicosocial.

Este cambio ha sobrevenido de tal forma que se requiere un replanteamiento fundamental de la relación entre el aprendizaje y la educación para la salud pasando de lo meramente teórico a lo experiencial<sup>1</sup>.

Buscar el aprendizaje continuo en términos de salud puede favorecer la implementación de metodologías que ayuden a las personas a conseguir mantener hábitos saludables que impacten positivamente en su vida.

Se trata de dar un paso más en dirección a la autonomía y la autogestión en salud del propio paciente.

Por otra parte, como profesionales, la sola experiencia, entendida como años de práctica, no garantiza tampoco un mayor conocimiento de esta.

La teoría del aprendizaje experiencial lo define como «el proceso mediante el cual el conocimiento se crea a través de la transformación de la experiencia. El conocimiento resulta de la combinación de captar y transformar la experiencia»<sup>2</sup>. Hacer, observar

y reflexionar, desarrollar conceptos y generalizaciones y experimentar activamente con las propias ideas son diferentes modos de generar conocimiento.

Para que exista un adecuado aprendizaje de las experiencias vividas, una persona debe cubrir todas las etapas del proceso:

- Vivir la experiencia: experimentar acontecimientos o hechos.
- Reflexionar sobre los hechos o acontecimientos vividos: ¿por qué las cosas sucedieron así? ¿Qué significa lo que me ha pasado o he vivido?
- Establecer hipótesis o llegar a conclusiones sobre por qué las cosas sucedieron de una determinada forma.
- Aplicar esas conclusiones a otros casos semejantes, modificando el comportamiento en función de dichas conclusiones, si se quiere obtener otro resultado.

La reflexión es una etapa necesaria para el aprendizaje. Se puede repetir una actividad durante años sin pararse a pensar por qué, para qué, para quién se realiza o si se podría llevar a cabo de otra manera. Si no se hacen estos planteamientos, difícilmente se podrá modificar la actividad para mejorarla o adaptarla a circunstancias o requerimientos nuevos.

## **Bibliografía**

1. Bonal Ruiz R, Almenares Camps HB, Marzán Delis M. Coaching de salud: un nuevo enfoque en el empoderamiento del paciente con enfermedades crónicas no transmisibles. MEDISAN. 2012;16(5):773-85.
2. González C. Aprender de la experiencia y competencias. V Congreso Mundial de Estilos de Aprendizaje. Santander: Red AGE; 2012.



# Recomendaciones HACER en salud emocional

1

## Escuchar

«Escucha al paciente porque te está explicando su diagnóstico»

Sir William Osler

Escuchar es un elemento clave de la relación terapéutica.

Los médicos y las médicas están acostumbrados a hablar: recabar datos, dar indicaciones o pautas, la medicación que debe tomar, etc., y, sin embargo, a veces se les olvida escuchar.

La escucha activa, basada en el trabajo de Carl Rogers, permite comprender lo que el paciente transmite con sus palabras y, aún más importante, lo que transmite de forma silenciosa a través de su cuerpo o las expresiones de su cara<sup>1</sup>.

La escucha tiene la capacidad de aliviar tensiones, desangustiar, generar confianza y tener acceso a muchas claves que orientarán a un diagnóstico y el tratamiento apropiado.

Posee, por sí misma, un efecto sanador.

Para ello es necesario mostrar disponibilidad para el paciente, un interés genuino en lo que expresa y que perciba que se comprende su situación. La preparación interna es importante: estar en el momento presente, prestar atención y observar a la otra persona.

La escucha activa significa saber facilitar la expresión narrativa y emocional del paciente y entender su lenguaje verbal y corporal. Sus posturas, su mirada, los movimientos de sus manos y su cuerpo, el temblor de su voz, las expresiones faciales, los ojos llorosos... Todo ello transmite sus sentimientos<sup>2</sup>.

Para facilitar su relato, puede asentirse con la cabeza cuando el paciente habla, y/o puede repetirse de manera afirmativa lo último que ha dicho; con ello podrá percibir que se le escucha y se le anima a continuar hablando.

Habitualmente se dice: «No tengo tiempo», «¿Cómo voy a pararme a escuchar cuando tengo tantas cosas por hacer?». Es cierto que se trabaja con mucha prisa y sobreexigencias, pero también lo es que en ocasiones se puede utilizar esta excusa para no detenerse en el mundo interior de los pacientes, porque hacerlo es compartir e implica el esfuerzo de acercarse y ponerse en el lugar de la otra persona.

Se asocia la escucha a intervalos de tiempo prolongados, pero no siempre es así. Parece un reto imposible, y en parte lo es para un clínico sin experiencia, desconcentrado o en bajas condiciones psicofísicas<sup>3</sup>.

Una de las cosas que cuesta más es, justamente, tener el punto de concentración ideal cada día del año para rendir al máximo. El querer «dar el máximo de uno mismo» no debe conducir a la idea de «dar el máximo en cada encuentro y para cada paciente». Esto, sencillamente, es imposible. Se tienen unas reservas de energía para el conjunto de la jornada laboral que se deben saber administrar.

La escucha tiene que ver con decidir estar y no juzgar; conlleva haberse preparado previamente, calibrando la complejidad de cada caso y adaptando o reformulando nuevos tiempos para la entrevista dicha complejidad. Permite abreviar la resolución de una consulta por un problema banal o detectar un aspecto que requiere una indagación más profunda... La escucha proporciona una información de mayor calidad sobre el paciente, mejora su predisposición, facilita alcanzar acuerdos y permite gestionar los tiempos posteriores y los recursos.

«Cuando te pido que me escuches y tú empiezas a darme consejos, no has hecho lo que te he pedido. Cuando te pido que me escuches y tú me dices por qué no tendría que sentirme así, no respetas mis sentimientos. Cuando te pido que me escuches y tú sientes el deber de hacer algo para resolver mi problema, no respondes

a mis necesidades. ¡Escúchame!, todo lo que te pido es que me escuches, no que hables o que hagas, solo que me escuches. Es fácil aconsejar, pero no soy un incapaz, tal vez esté desanimado y con problemas, pero no soy un incapaz. Cuando tú haces por mí lo que yo mismo podría hacer y no necesito, no haces más que contribuir a mi inseguridad. Pero cuando aceptas, simplemente, que lo que siento me pertenece, aunque sea irracional, entonces no tengo que intentar hacértelo entender, sino empezar a descubrir lo que hay dentro de mí».

«La escucha», R. O'Donnell

### **Bibliografía**

1. Merayo A, Bravo E, Gordon F. La comunicación con el paciente. Habilidades emocionales para los profesionales de la salud. Barcelona: Ediciones Elsevier; 2014.
2. Sobrino López A. Comunicación con el paciente al final de la vida: procurando el bienestar, reduciendo el sufrimiento. [Internet]. AMF. 2010;6(3):134-41. Disponible en: [https://amf-semfyc.com/web/article\\_ver.php?id=43](https://amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=43)
3. Borrel i Carrió F. Entrevista clínica. Manual de estrategias prácticas. Barcelona: semFYC; 2004.

## 2

# Practicar la gratitud<sup>1,2</sup>

«Suficiente es una fiesta»

Proverbio budista

«Solo hay dos maneras de vivir tu vida. Una es como si nada fuera un milagro. La otra es como si todo fuera un milagro»

Albert Einstein

El cerebro está programado para sobrevivir y por ello pone especial atención y detecta todo lo que signifique un problema o amenaza para la supervivencia.

Y dado que la atención define la realidad, a menudo se vive con el agobio provocado por esos problemas.

No obstante, en medio de la sobrecarga y la exigencia, también suceden cosas positivas (la contribución activa para resolver una enfermedad, el éxito terapéutico, la dedicación generosa, el compartir con el equipo, el agradecimiento de los pacientes, el elogio de un compañero, un gesto amable, etc.).

Dirigir conscientemente la atención hacia ellas, valorarlas y sentir agradecimiento, amplía el campo de percepción y trae equilibrio y calma.

El concepto de gratitud es de los que se ha asociado más robustamente al bienestar. La gratitud se ha vinculado a mejores parámetros en salud física y mayores niveles de emociones positivas y conductas prosociales.

En cuanto a su mecanismo de acción, se ha planteado la hipótesis de que su efecto en el bienestar podría estar relacionado con el

hecho de que mejora el afrontamiento del estrés mediante el apoyo social y la confrontación activa, disminuye la presencia de emociones negativas (envidia, resentimiento, comparación social y remordimiento) y aumenta el acceso a memorias positivas.

Una revisión mostró que cuando los profesionales de la salud perciben la gratitud y agradecimiento de sus pacientes mejora su bienestar, disminuyen sus niveles de burnout, se incrementa su motivación y se promueve el desarrollo de una práctica profesional más plena y reflexiva.

Dedicar un tiempo diario a recoger un inventario de hechos positivos entrena al cerebro para ampliar su campo de percepción.

¿Cómo hacerlo?

Después de una jornada agotadora o decepcionante, antes de pasar página al día siguiente, cabe hacerse estas tres preguntas:

- ¿Qué salió bien hoy?
- ¿Quién ha hecho algo bueno por mí hoy?
- ¿Qué he hecho yo bueno por alguien?

## **Bibliografía**

1. Tala A. Gracias por todo: una revisión sobre la gratitud desde la neurobiología a la clínica. Rev Med Chile. [Internet]. 2019;147(6). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872019000600755>
2. Bernabé-Valero G. Psicología de la gratitud. Integración de la psicología positiva y humanista. Cuadernos de Psicología n.º 01. La Laguna (Tenerife): Sociedad Latina de Comunicación Social; 2014.

## 3

## Incorporar actitudes del *mindfulness*

«La perfección del carácter es la siguiente: vivir cada día como si fuera el último, sin prisa, sin apatía, sin pretensión»

Marco Aurelio

El desgaste profesional que experimenta el personal sanitario en general y los médicos y las médicas de familia en particular se está convirtiendo paulatinamente en un problema de salud pública. La persona «quemada» desarrolla una idea de fracaso profesional, se siente emocionalmente agotada y desarrolla actitudes negativas hacia el entorno.

A pesar de ello, a lo largo de la formación universitaria no se aborda la formación en estrategias y habilidades que faciliten la gestión emocional y la capacidad de adaptación y afrontamiento de las dificultades cotidianas.

Actualmente, existe cada vez mayor evidencia científica sobre las intervenciones basadas en *mindfulness* y compasión para promover un adecuado bienestar psicológico; en efecto, diversos estudios confirman que las técnicas de meditación sirven para mejorar el afrontamiento del estrés y la empatía<sup>1</sup>.

Estar atento disminuye la tendencia a cargar con las emociones negativas de otras personas y, además, se asocia a un incremento en la satisfacción de los pacientes y en la calidad del cuidado<sup>2</sup>.

Se han propuesto múltiples definiciones de *mindfulness*. La más comúnmente utilizada es la propuesta por Jon Kabat Zinn, principal difusor de la técnica en contextos clínicos.

Este lo define como: «La conciencia que surge de prestar atención, de manera intencional, a la experiencia tal y como es en el mo-

mento presente, sin juzgarla, sin evaluarla y sin reaccionar a ella».

Kabat-Zinn identificó siete actitudes básicas en la práctica del *mindfulness*<sup>3</sup>:

1. No juzgar (*non-judging*): la mente categoriza y etiqueta casi todo lo que se ve, esos juicios automáticos tienen tendencia a dominar las mentes y dificultan encontrar la paz interior. Cuando se toma conciencia de que eso sucede, se puede asumir la postura de testigo imparcial de lo que se está observando.
2. Paciencia (*patience*): la paciencia es una forma de sabiduría, se comprende y se acepta el hecho de que, a veces, las cosas ocurren cuando les toca.
3. Mente de principiante (*beginners mind*): para disfrutar de la riqueza del momento presente, se necesita cultivar la mente de principiante, dispuesta a ver cada momento único como si fuese la primera vez, libre de expectativas.
4. Confianza (*trust*): confiar en la intuición y en la propia sabiduría y bondad básicas, aunque se puedan cometer errores en el camino.
5. No forzar (*non-striving*): aunque casi todo lo que se hace tiene un objetivo, la verdad es que la meditación consiste en no hacer. El ejercicio de la atención plena significa prestar atención a lo que ocurre, solo observar, sin forzar a nada (nada debería o no debería ser).
6. Aceptación (*acceptance*): significa ver las cosas como son en el presente y aceptarlas tal y como son, «dejar de luchar» con la realidad (o evadirse de ella) porque no es como se quiere, ya que estas actitudes implican sufrimiento. La aceptación de lo que es cada persona es el primer paso necesario para el cambio, si es que esa realidad no le satisface, no le nutre y no le permite crecer.
7. Ceder (*letting go*): ceder es una forma de dejar que las cosas sean como son, sin apego, sin aferrarse a lo agradable ni distanciarse de lo desagradable, observarlas y aceptarlas así.

Incorporar estas actitudes en el trabajo cotidiano contribuye al bienestar psicológico, aspecto clave para un mejor desempeño laboral, una mayor calidad en la atención y cuidados que se prestan a los pacientes, y un mayor equilibrio y satisfacción vital.

## Bibliografía

1. Barceló Soler A, Monreal Bartolomé A, Navarro Gil M, Beltrán Ruiz M, García Campayo J. Mindfulness aplicado a Atención Primaria. FMC. 2018;25(10):564-73.
2. García Campayo J. La práctica del “estar atento” (mindfulness) en medicina. Impacto en pacientes y profesionales. Aten Prim. 2008;40(7):363-6.
3. Kabat Zinn J. Mindfulness en la vida cotidiana. Barcelona: Editorial Paidós; 2017.

## 4

# Cultivar las fortalezas para ser resiliente

.....

**«Los malos tiempos tienen un valor científico.  
Son ocasiones que un buen alumno no se perdería»**

Ralph Waldo Emerson

.....

**«Cuando todo parezca ir contra ti, recuerda que el avión despeg  
contra el viento, no a favor de él»**

Henry Ford

~~~~~

¿Cuántas veces tras tener que comunicar una mala noticia a un paciente o a un familiar, se ha tenido que continuar atendiendo a más personas con la misma atención que al inicio de la jornada?

¿Cuántas veces en situaciones como la que se está viviendo desde marzo 2020, se ha tenido que superar (no sin dificultad) en el día a día, el dolor, la impotencia y tal vez la rabia por la evolución de los hechos, mientras se tenía que seguir prestando asistencia a pacientes, aun cuando las fuerzas físicas del personal sanitario también se veían disminuidas?

Seguramente las respuestas son tan amplias como variadas, pero lo cierto es que el personal sanitario frecuentemente se ve inmerso en situaciones que requieren sobreponerse y seguir adelante con el resto de la actividad, independientemente de las dificultades que tengan que afrontar para ello.

Conceptualmente esa capacidad se conoce como resiliencia<sup>1,2</sup>: «Una condición humana que da a las personas la capacidad de sobreponerse a la adversidad y, además, construir sobre ellas. Se la entiende como un proceso dinámico que tiene por resultado la adaptación positiva, aun en contextos de gran adversidad» (Suárez-Ojeda 2004).

Las principales definiciones de resiliencia recogen la característica de un afrontamiento efectivo de los eventos estresantes. El concepto guarda relación con la idea de que recuperarse de experiencias difíciles, implica un crecimiento personal, y que ese proceso como tal, se desarrolla de forma dinámica y variable, y no como un evento puntual.

En esa dinámica intervienen factores vinculados a la propia personalidad, la percepción que tengamos de nosotros mismos (autoestima, autoeficacia), la disponibilidad de apoyo, (relaciones sociales, familia etc.), habilidades sociales, habilidades en la regulación de las emociones y un largo etcétera.

Y aunque, por lo aludido al inicio del texto, las características de la profesión médica comportan un nivel de resiliencia más alto es desde la condición de seres humanos sintientes desde donde se necesita reconocer y cultivar los recursos que permitan hacer de las experiencias difíciles y/o traumáticas instancias para consolidar de forma satisfactoria los propios valores y fortalezas.

¿Qué hacer? Cinco claves (y una más)<sup>3,4,5</sup>:

1. Comprender: que ser resilientes no consiste únicamente en ser «fuertes» o en resurgir de las experiencias potencialmente negativas fingiendo estar positivos.
2. Practicar la adaptabilidad: esto implica muchas veces saber parar, y hacer las cosas de diferente manera, según las circunstancias propias y del entorno en cada momento.
3. Practicar la flexibilidad: para ello es necesario aceptar los hechos desde la perspectiva del cambio constante y tener la intención de aportar lo mejor a cada momento, sin que eso implique necesariamente estar de acuerdo con todo lo que sucede.
4. Redescubrir y reconocer las cualidades que han permitido la consecución de los logros por pequeños e insignificantes que pareciera: una palabra de aliento para alguien, el hecho mismo de haber elegido para qué dedicarse a la medicina, etc.

Reconocer los méritos y acoger las debilidades como parte del desarrollo humano.

5. Desarrollar el apoyo social: establecer una interacción empática con el entorno personal y profesional, mediante el apoyo mutuo y la expresión auténtica de la humanidad compartida y los valores.
6. Adoptar una actitud de escucha atenta: permite captar no solo lo que sucede en el entorno, sino también dentro de cada persona: pensamientos negativos, creencias, emociones; como un ejercicio de introspección que fortalece autoestima y autoconfianza.

La resiliencia es la cualidad psicológica que permite que aquellas personas derribadas por las adversidades de la vida regresen al menos tan fuertes como antes.

Las personas resilientes encuentran la forma de cambiar la percepción de los hechos, sanar emocionalmente y seguir avanzando hacia nuevas experiencias sin limitaciones.

## **Bibliografía**

1. Asensio-Martínez A, Magallón-Botaya R, García-Campayo J. Resiliencia: impacto positivo en la salud física y mental. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*. Revista INFAD de Psicología. 2017;2(2):231-42.
2. Suárez Ojeda EN. Perfiles de resiliencia. En: Suárez Ojeda EN, Munist M, Kotliarenco MA, eds. *Resiliencia: tendencias y perspectivas*. Buenos Aires: Cooperativa EDUNLA; 2004.
3. American Psychological Association (APA). *Building your resilience*. American Psychological Association. [Internet]. Washington: APA; 2012. Disponible en: <http://www.apa.org/topics/resilience>
4. West CP, Dyrbye LN, Sinsky C, Trockel M, Tutty M, Nedelec L, et al. Resilience and burnout among physicians and the general us working population. *JAMA Network Open*. 2020;3(7): e209385. Doi: 10.1001/jamanetworkopen.2020.9385
5. Resilience. [Internet]. New York: Psychology Today; 2021. Disponible en: <https://www.psychologytoday.com/us/basics/resilience>

**«Yo creo que llegará el día, en que el enfermo se abandonará en las manos de los médicos. Sin preguntarle nada, estos médicos le extraerán sangre, calcularán algunas variables, multiplicarán unas por otras, curarán a este enfermo con solo una píldora. Sin embargo, si yo caigo enfermo, me dirigiré a mi viejo médico de familia. Él me mirará en el ángulo del ojo, me tomará el pulso, me palpará el vientre, me auscultará. Después toserá, prenderá su pipa, se frotará el mentón, y me sonreirá para calmar mi dolor. Desde luego yo admiro la ciencia, pero también admiro la sabiduría»**

Antoine de Saint-Exupéry (1936)

---

Pudiera resultar paradójico que se hable de humanizar la atención sanitaria o los servicios de salud, cuando la esencia de estos es el ser humano, y el origen de las instituciones sanitarias surge precisamente de la necesidad de acompañar a la persona enferma en sus procesos de salud-enfermedad.

Sin embargo, la creciente tecnificación de la asistencia sanitaria, la prioridad por la búsqueda de la eficiencia y el control de los costes, la presión asistencial, la creciente demanda, la falta de tiempo<sup>1</sup>, y en esta última época, la brecha tecnológica y la implementación de la atención telefónica como primera forma de contacto con el sistema, han hecho que con frecuencia el personal sanitario pueda anteponer aspectos meramente administrativos, económicos o procedimentales a la prestación de una auténtica atención orientada al ser humano en todas sus dimensiones: física, mental, emocional y social.

En un estudio<sup>2</sup> se analizaron las preocupaciones que generaban insatisfacción a los pacientes (la información y la amabilidad), a la familia (poder estar con sus parientes enfermos y la información), al personal de enfermería (la información y la necesidad de más profesionales) y al personal médico (tener más tiempo para la atención y menos presión asistencial). Entendiendo que la atención

sanitaria será humana cuando todos los actores que participan en ella perciban un trato humano, hay que avanzar en el desarrollo de acciones de humanización integrales, que estén dirigidas a todas las personas que participan en el sistema.

Internacionalmente existe una evidente deuda con la formación humanística. Esta dificulta la adquisición de las necesarias habilidades comunicativas para interactuar adecuadamente con el paciente y su entorno, además de limitar la capacidad para comprender el proceso salud-enfermedad en su multidimensionalidad, lo cual impacta de manera desfavorable en la calidad de la práctica asistencial diaria.

Por todas estas razones, humanizar la salud es un proceso complejo que va desde la política hasta la cultura, la organización sanitaria, la mejora de la relación entre usuarios y profesionales y la formación de estos<sup>3</sup>.

En este sentido, se asiste a un cambio de paradigma mundial donde las personas resurgen como centro de un sistema sanitario que necesita mejorar su diseño. Se pone de manifiesto la necesidad de escuchar y atender no solo a las personas enfermas, sino también incluir a sus familias como agentes curativos y cuidar a los profesionales para que puedan desempeñar su trabajo en las mejores condiciones posibles. Es imposible desarrollar un ambiente humanizado si el personal que imparte la asistencia está insatisfecho; los profesionales sanitarios también deben ser vistos como seres humanos.

Humanizar es buscar una atención excelente, y también entender y aceptar que los profesionales son falibles, vulnerables y tienen derecho a expresar sus emociones; humanizar consiste en tomar consciencia de uno mismo: es un importante compromiso personal para mejorar la realidad, nuestras relaciones y el entorno a partir de cada persona. Humanizar significa personalizar la asistencia escuchando lo que necesitan pacientes y familiares, no lo que se cree que necesitan, y convertir esto en un proceso clínico donde la actitud sea fundamental.

Por sus propia estructura, organización y características o atributos<sup>4</sup> (accesibilidad, proximidad, integralidad, integración y coordina-

ción de cuidados, continuidad de los profesionales, longitudinalidad, proactividad, abordaje multiprofesional, orientación comunitaria, etc.) y a pesar de las dificultades y problemas existentes largamente denunciados (exceso de demanda, sobrecarga asistencial, falta de disponibilidad tiempo, etc.), la Atención Primaria sigue siendo un ámbito emblemático para la humanización de la asistencia sanitaria. Cuenta para ello con un arma fundamental, casi inalcanzable para el resto de las especialidades y niveles: la capacidad de construir relaciones personales duraderas con cada paciente, basadas en la confianza.

### **Bibliografía**

1. Rueda L, Gubert IC, Duro EA, Cudeiro P, Sotomayor MA, Benites EM, et al. Humanizar la medicina: un desafío conceptual y actitudinal. *Rev Iberoam Bioet.* 2018;8.
2. Ortega Benítez JC, García Martín C, Rodríguez Novo Y, Núñez Díaz S, Novo Muñoz M, Rodríguez Gómez JA. Humanización en atención urgente. ¿Entendemos lo mismo sanitarios, pacientes y familia? *Emergencias.* 2004;16:12-6.
3. March JC. Humanizar la sanidad para mejorar la calidad de sus servicios. *Rev Calid Asist.* 2017;32(5):245-7.
4. Gutiérrez Fernández R. La humanización de la Atención Primaria. *Rev Clin Med Fam.* 2017;10(1).

**«El medio más fácil para ser engañado es creerse más listo que los demás»**

François de la Rochefoucauld

Existen diferentes fuentes de estrés para los médicos y las médicas de familia. Entre las externas se encuentran: la alta carga asistencial, la presión del tiempo, la toma de decisiones importantes, los conflictos con compañeros o con pacientes, la falta de autonomía en el entorno laboral y la dificultad para equilibrar la vida personal y familiar. Las características de la personalidad como el perfeccionismo, la autocrítica y la regulación emocional deficiente forman parte de las fuentes internas<sup>1</sup>.

En muchas ocasiones, el mismo personal sigue estos patrones de actuación de forma rígida, lo que puede generar una sensación de insatisfacción permanente.

Su papel de persona perfecta y sacrificada, preocupada por los demás, les dificulta el poder salirse de este guion. ¿Cómo afrontar nuestro propio estrés cuando alguna de las circunstancias provoca sentimientos de desbordamiento, «siendo perfectos y perfectas» en todas las competencias y habilidades?

Cuidar a las demás personas requiere cuidar de uno mismo, algo que parece fácil, pero en la práctica puede convertirse en un desafío para algunos profesionales sanitarios<sup>2</sup>.

La competencia profesional no es incompatible con sentir confusión, inquietud, bloqueos, sensación de descontrol, cansancio, impotencia, irritabilidad... y, sin embargo, a los médicos de familia les cuesta identificar y aceptar estos estados por lo que creemos que significan (no estar a la altura, debilidad, inseguridad, etc.) y reconocer, por tanto, que quizá necesiten ayuda.

En ocasiones es tan simple como preguntarle al compañero de la consulta de al lado una duda; otras veces el camino es más complejo<sup>3</sup>.

Se puede buscar ayuda a través de la formación y del aprendizaje de técnicas de asertividad, autocontrol, técnicas de relajación, resolución de problemas y técnicas cognitivas.

Se puede pedir ayuda al equipo y elaborar grupos de trabajo para compartir dudas diagnósticas o sobre el manejo de pacientes complejos o bien pueden plantearse cambios en la organización para mejorar la efectividad.

Se puede pedir ayuda legal o especializada mediante el establecimiento de algún teléfono directo que resuelva dudas in situ, antes de cometer un hipotético error, lo que en tantas ocasiones resulta ser una fuente de estrés y malestar emocional para el médico.

Por último, se puede pedir ayuda profesional cuando la propia salud está en peligro.

## **Bibliografía**

1. Valiente Millán ML, Méndez Iglesias SM. Estrés y síndrome del burnout en medicina familiar. Lo que sí podemos hacer. AMF. 2020;16(2):70-8.
2. Benito E, Rivera P. El cultivo de la autoconciencia y el bienestar emocional de los profesionales que trabajan con el sufrimiento. RIECS. [Internet]. 2019;4(1):115. Disponible en: <https://doi.org/10.37536/RIECS.2019.4.S1.115>
3. Bris Pertíñez J. El autocuidado emocional del médico de familia: algunas propuestas. AMF. [Internet]. 2017;13(4):195-201. Disponible en: [http://amf-semfyc.com/web/article\\_ver.php?id=2034](http://amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=2034)

## 7

## Fomentar la proactividad

.....

**«Nunca lloverán rosas: cuando queremos tener más rosas, debemos plantar más rosas»**

George Elliot

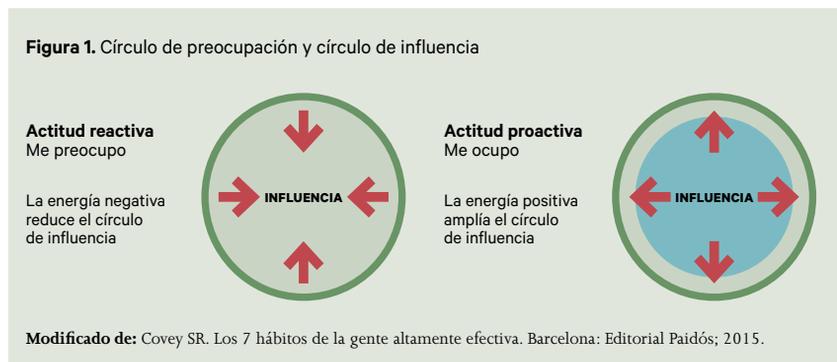
~~~~~

Según la RAE, una persona proactiva es aquella «que toma activamente el control y decide qué hacer en cada momento, anticipándose a los acontecimientos»; en psicología, por otra parte, ser proactivo se define así: «que implica acción o intervención activa».

La proactividad es la capacidad de tomar el control de las acciones de forma activa. No solo quiere decir llevar la iniciativa, sino también tener la responsabilidad de que las cosas sucedan. Ser responsable no es hacer las cosas con cuidado y no asumir riesgos; la responsabilidad es la habilidad para elegir la respuesta. Una persona responsable elige en todo momento sus acciones en función de sus prioridades y sus valores, su conducta es una función de sus decisiones, no de sus condiciones. Lo contrario de proactividad es reactividad. La gente reactiva no asume esa responsabilidad de elegir, lo que hace es echar la culpa a agentes externos de su situación.

Otro modo de tomar más conciencia del propio grado de proactividad consiste en examinar en qué se invierte el tiempo y la energía<sup>1</sup>. Las personas se mueven dentro de dos círculos (figura 1): el círculo de las preocupaciones (incluye todo el cúmulo de preocupaciones que cada uno tiene, lejanas y cercanas, sobre muchas de las cuales, además, no se tiene ningún control real) y el círculo de influencia (entran las cosas respecto de las cuales se tiene algún tipo de influencia, se refiere a la influencia de cada cual en el entorno, a la posibilidad de cambio debido a la acción).

Las personas reactivas se concentran en su círculo de preocupación, que es grande, se sienten víctimas y sienten que no pueden hacer nada para corregir sus situaciones. Las personas proactivas, en cambio, centran sus esfuerzos en su círculo de influencia, ven opciones ante la situación en que se hallan y las posibles respuestas. A menudo la pregunta que se formulan es «¿Qué otra cosa podría yo hacer?».



No es difícil encontrar a varios miembros de un equipo comentar en foros informales «Esto es un desastre, no hay quien lo arregle, cada vez vamos a peor...». Plantear que un problema tiene una única causa y siempre es externo pocas veces obedece a la realidad. Los miembros de los equipos son los que mejor conocen el funcionamiento y los problemas, por lo que en general serán los más capaces para encontrar la mejor solución. Se puede caer en el lamento y la culpabilización externa (que también existe) y quedarse a la espera de que se solucionen desde fuera, pero paralizando cualquier actuación, que desde la responsabilidad, se pudiera poner en marcha<sup>2</sup>.

## Bibliografía

1. Covey SR. Los 7 hábitos de la gente altamente efectiva. Barcelona: Editorial Paidós; 2015.
2. Casajuana Brunet J. Gestión del día a día en el Equipo de Atención Primaria. Barcelona: semFYC; 2007.

## 8

## Sentir y escuchar el cuerpo

«El cuerpo canta; la sangre aúlla; la tierra charla; la mar murmura; el cielo calla y el hombre escucha»

Miguel de Unamuno

La reacción emocional automática en ocasiones de complejidad y dificultad en consulta atrapa, generando así un estado poco deseable para llevar a cabo nuestro desempeño de forma óptima.

Sentir el cuerpo puede ser clave para la regulación emocional, porque permite anticiparse a la reacción y actuar desde la respuesta consciente.

Para ello se ha de desarrollar un sentido menos conocido, pero no menos importante, que es el de la interocepción.

La interocepción se refiere al proceso por el cual el sistema nervioso detecta, interpreta e integra señales que se originan dentro del cuerpo, proporcionando un mapeo momento a momento del paisaje interno del cuerpo a través de niveles conscientes e inconscientes. El cerebro recibe, procesa y envía información acerca del estado en curso del organismo, tales como contracciones viscerales, señales cardíacas, cambios de temperatura y dolor<sup>1</sup>.

La señalización interoceptiva se ha considerado un proceso compuesto de reflejos, impulsos, sentimientos, respuestas adaptativas y experiencias cognitivas y emocionales, en el que destacan sus contribuciones al mantenimiento del funcionamiento homeostático, la regulación corporal y la supervivencia<sup>2</sup>.

Y también es esa capacidad humana evolucionada y elaborada de sentir y reconocer nuestros sentimientos. A través de hábiles estudios neurológicos en otros mamíferos y primates, Craig demostró

que la red interoceptiva —desde las neuronas de la médula espinal que detectan el estado de todos los tejidos corporales y envían señales rostralmente, hasta el tronco cerebral y el tálamo que convergen en la corteza insular— se conserva en todas las especies mamíferas, y que esta red está particularmente desarrollada e interconectada en los seres humanos<sup>3</sup>.

Recientemente se demostró también que las prácticas de *mindfulness* y «meditación de atención plena» mejoran la interocepción, además de proveer estímulos constructivos para la salud emocional<sup>4</sup>.

La interocepción es entonces la actualización momento a momento del cerebro sobre el estado del cuerpo, incluyendo su reacción al ambiente percibido.

Parece que percibiéndose mejor a uno mismo, se puede comprender mejor a las otras personas y desarrollar la empatía, habilidad clave en una consulta de alto desempeño.

## Bibliografía

1. Yoris Magnano AE, Salamone PC, De la Fuente de la Torre LA, Sedeño L, García AM, Ibáñez AM. Interocepción cardíaca como mecanismo de regulación de las conductas y las emociones. En: Gelpi RJ, Buchholz B. Neurocardiología: Aspectos fisiopatológicos e implicaciones clínicas. Barcelona: Elsevier; 2018.
2. Farb N, Daubenmier J, Price CJ, Gard T, Kerr C, Dunn BD, et al. Interoception, contemplative practice, and health. *Front Psychol.* 2015 Jun 9;6:763. Doi: 10.3389/fpsyg.2015.00763. PMID: 26106345; PMCID: PMC4460802.
3. Craig A. Interoception: The sense of the physiological condition of the body. *Curr Opin Neurobiol.* 2003;13(4):500-5.
4. Singer T, Engert V. It matters what you practice: Differential training effects on subjective experience, behavior, brain and body in the ReSource Project. *Curr Opin Psychol.* 2019;28:151-8.

## 9

## Desarrollar la autoconciencia para poder regularse mejor

«Lo que se necesita para cambiar a una persona, es cambiar la conciencia de sí mismo»

Abraham Maslow

El personal médico está frecuentemente expuesto al sufrimiento de los y las pacientes, de sus familias y también al dolor emocional propio desencadenado en ocasiones por un mecanismo de resonancia empática con aquellos a quienes atienden.

En otras palabras, por las propias vivencias personales y profesionales, en un contexto determinado, sobre todo en los últimos años por niveles muy altos de exigencia y bajos en contención y apoyo.

Desarrollar la conciencia apropiada es crucial porque permite adoptar la perspectiva adecuada a cada situación, a la vez que reconocer las propias fortalezas y debilidades acogiéndolas, para procesarlas y transformarlas de forma efectiva en recursos hacia uno mismo y hacia las demás personas<sup>1,2</sup>.

La autoconciencia puede ser un primer peldaño para conocerse más y de este modo definir los cambios actitudinales y conductuales más adaptativos<sup>3</sup>, que permitan tomar decisiones y sentirse más satisfecho.

No se trata de intelectualizar, sino de observar lo que se siente, lo que se piensa y lo que cada persona se dice a sí misma; la historia de cada cual y la forma en que se relaciona, y desde esa mirada sin juicios ni expectativas, adoptar una perspectiva amable con uno mismo que permita reconocer los límites y ejecutar aquellos cambios que sí están al alcance<sup>4</sup>.

El ritmo intenso y acelerado del trabajo del personal sanitario, el advenimiento de sucesos globales como una pandemia que generó una impronta socioeconómica, emocional y por supuesto sanitaria sin precedentes, conduce en muchas ocasiones a actuar de forma automatizada, con la intención subyacente de optimizar el tiempo y distanciarse de ciertas emociones, como mecanismo de protección.

Generar momentos de reflexión, (por mínimos que sean) en los que se lleguen a formular buenas preguntas, otorga la posibilidad de una mirada hacia dentro que facilita el autoconocimiento y, a través de él, estar más presentes y prestando atención a los propios pensamientos y emociones, para poder procesarlos mejor.

- ¿Cómo me siento hoy?
- ¿Por qué la reacción de... (X) me ha molestado?
- ¿Para qué me dedico a esto?
- ¿Qué me gusta de mi trabajo?, ¿qué no me gusta de mi trabajo?
- ¿Qué es lo más importante para mí?
- Etc.

«El propio médico es la medicina más utilizada en la práctica asistencial. El profesional es la herramienta terapéutica por excelencia, y como herramienta necesita regularse y calibrarse».

Michael Balint

## Bibliografía

1. Benito E, Rivera P. El cultivo de la autoconciencia y el bienestar emocional de los profesionales que trabajan con el sufrimiento. RIECS. [Internet]. 2019;4(1):115. Disponible en: <https://doi.org/10.37536/RIECS.2019.4.S1.115>
2. Jiménez Gómez B. Manual de gestión emocional para médicos y profesionales de la salud. Bilbao: Editorial Descleé de Brouwer; 2020.
3. Novack D, Suchman A, Clark W, Epstein R, Najberg E, Kaplan C. Calibrating the physician. Personal awareness and effective patient care. Working Group on Promoting Physician Personal Awareness, American Academy on Physician and Patient. JAMA. 1997;278:502-9.
4. Ricard M. Desgaste por empatía. [Internet]. Matthieu Ricard. 3 de octubre de 2013. Disponible en: <https://www.matthieuricard.org/es/blog/posts/desgaste-por-empatia-1>

**«Trabajar en equipo divide el trabajo y multiplica los resultados»**

Anónimo

---

Se comienza trabajando juntos y juntas, se forma el grupo y se construye el trabajo en equipo.

La distinción entre grupo y equipo destaca la necesidad de transcurrir un proceso, un aprendizaje, que genere la capacidad del funcionamiento en común para la consecución de uno o más objetivos y la integración de un desempeño colectivo superior a la suma de los desempeños individuales.

La capacidad se construye tras un camino que permite conformar al grupo de personas en sus distintas disciplinas, en un grupo de trabajo y finalmente, si la conexión se da, nacerá el equipo.

Las relaciones que se establecen pueden ser fuente de aporte o de desgaste de energía vital, en función de con qué perspectiva se miren. Centrarse en el aprendizaje sobre uno mismo (inteligencia intrapersonal) y sobre la propia relación (inteligencia interpersonal) ayudará a que el aporte supere al desgaste y evitará confrontaciones en busca de la «razón» en favor del crecimiento personal y por añadidura, de la evolución del equipo.

En el grupo de trabajo el funcionamiento a partir de factores racionales desde la relación profesional que define y toma como eje la tarea en común, permite la inclusión progresiva de lo afectivo, generando relaciones interpersonales de mayor apoyo y confianza<sup>1</sup>.

Este cambio en la dinámica grupal permite enfrentar los conflictos de una manera constructiva y enfocarlos hacia su resolución (Bion, 1972) con el consiguiente crecimiento y evolución del grupo hacia el equipo.

El equipo es una integración organizada, adecuada a cada lugar y momento, sostenida en una actitud de cooperación, que requiere a la vez firmeza y flexibilidad de los planteamientos, trascendiendo lo individual para tejer redes de ayuda mutua donde la suma de uno más uno es superior a dos.

El equipo de salud, como modelo organizacional, puede ser considerado como un sistema de trabajo que permite a varias personas de distintas profesiones y/o habilidades coordinar sus actividades, y en el cual cada persona contribuye con sus conocimientos al logro de un propósito común.

Según la OMS (1973), el equipo de salud se define como aquella «asociación no jerarquizada de personas, con diferentes disciplinas y profesionales, con un objetivo común, que es el proveer en cualquier ámbito a los pacientes y familias la atención más integral de salud posible»<sup>2</sup>.

Los grupos de trabajo enfrentan grandes retos para lograr una armonía como equipo, estos son:

- Aceptar la singularidad de cada miembro y su expresión en el equipo, ver el potencial en lo diferente.
- Usar los conflictos internos como fuente de crecimiento y cohesión al generar un imaginario común de superación de límites.
- Mantener la motivación y un clima de confianza y respeto.
- Ser consistente con los acuerdos y proporcionar un seguimiento durante el proceso.

El verdadero trabajo en equipo necesita de algunos ingredientes más<sup>3,4</sup>. En primer lugar, tener unos objetivos claros (sin perder el norte, el compromiso diario con el paciente), unos procedimientos y herramientas de trabajo clínico y administrativo adecuados para cumplir esos objetivos, y una apropiada y efectiva división del trabajo (designación de roles y seguimiento del desempeño de estos).

No se debe olvidar tampoco el papel de una formación adecuada para cumplir esos roles, ni la importancia de una comunicación real y fructífera entre los miembros del equipo.

Habría m as garantías de éxito si adem as hay un liderazgo efectivo de un miembro del equipo que conozca las aptitudes (capacidad, suficiencia e idoneidad) de cada miembro y que lo ejerza con unas actitudes (disposición de ánimo, dar y recibir, y, sobre todo, escuchar) adecuadas, pero también es necesario que todos los miembros del equipo compartan valores y fines (identidad de grupo).

## **Bibliografía**

1. Romano S, Novoa G, Gopar M, Cocco A, De León B, Ureta C, et al. El trabajo en equipo: una mirada desde la experiencia en Equipos Comunitarios de Salud Mental. *Rev Psiquiatr Urug* 2007;71(2):135-52.
2. Organización Mundial de la Salud (OMS). *Salud 21. Salud para todos en el siglo XXI* Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1999.
3. Grumbach K, Bodenheimer T. Can health care teams improve primary care practice? *JAMA*. 2004;291(10):1246-51. Doi: 10.1001/jama.291.10.1246
4. Wiles R, Robison J. Teamwork in primary care: the views and experiences of nurses, midwives and health visitors. *J Adv Nurs*. 1994;20(2):324-30.

