

ENTREVISTA CLÍNICA:

Volver a pensar, volver a sentir.

Dr. José Luis Bimbela Pedrola.

Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada.

Palabras clave: reestructuración cognitiva, inteligencia emocional, auto-cuidado

Publicado en:

Formación Médica Continuada en Atención Primaria, Vol. 8 nº7 Agosto-Septiembre 2001. Entrevista clínica: 473-474. (www.doyma.es)

A la Dra. Ventura le gustaba atender a los/as pacientes jóvenes. Sabía que a muchos/as de sus colegas, por el contrario, estos/as pacientes les resultaban especialmente molestos/as, con sus dudas, sus altibajos, su descontrol. La Dra. Ventura había aprendido a disfrutar de “la otra cara de la moneda”, y le resultaba muy estimulante la energía, la sinceridad y el compromiso que muchas veces descubría en ellos/as. Últimamente estaba atendiendo bastantes casos de jóvenes con diabetes. Hacía ya tiempo que había descubierto que una de las intervenciones más útiles para que el proceso fuera lo más exitoso posible tenía mucho que ver con eso que ahora se estaba poniendo tan de moda, con un nombre (había que reconocerlo) muy bien puesto: la inteligencia emocional. Efectivamente, hace unos cinco años, cuando la Dra. Ventura aún no había oído hablar de ese concepto, empezó a percatarse de la elevada frecuencia con la que ciertas palabras, ciertas formas de pensar, aparecían en sus entrevistas con los/as pacientes diabéticos/as jóvenes. Era habitual encontrarse con jóvenes que tenían que salir de clase para comer algo porque les daba “el bajón” y que sentían vergüenza, ansiedad e incluso rabia al tener que hacerlo. Cuando la Dra. les preguntaba las razones de esos sentimientos; es decir, qué pensamientos los estaban produciendo, las respuestas más frecuentes eran como las de Lucas:

“ Seguro que la profesora piensa que le estoy tomando el pelo”;

“Los demás pensarán que me estoy escaqueando, o peor aún, que me pasa algo... raro”;

“Soy un desastre, siempre tengo que dar la nota”;

“Estoy hasta el gorro de este tema y además es que encima no tengo hambre”.

Era muy difícil trabajar eficazmente con un paciente que tenía estos pensamientos tan negativos e improductivos. Además, eran pensamientos poco objetivos, poco ajustados a la realidad. Por ahí empezó a abordarlos con Lucas, intentando, a través de un diálogo socrático que le solía dar muy buenos frutos, que ante la situación que los provocaba (tener que salir de clase para comer algo porque le daba “el bajón”) produjese otros pensamientos más objetivos, más positivos, más realistas. Las buenas artes, la buena técnica motivadora de la Dra. Ventura hacía que estos pensamientos “alternativos” no tardasen en surgir:

“No estoy haciendo nada malo ni de lo que me tenga que avergonzar”;

“Si como algo evitaré “las hipos”; eso sí que sería dar la nota de verdad”;

“Sinceramente, no sé lo que pueden pensar, ni la profe ni mis compas”;

“Tal vez sí merezca la pena decírselo al profesorado y a algunos compas”;

“Es verdad que estoy hasta el gorro, pero si me desespero está claro que me costará mucho más hacerlo”.

A la Dra. Ventura le gustaba evaluar sus intervenciones. Por ello no se conformaba con haber promovido la creación de estos nuevos pensamientos. Consideraba importante averiguar también cómo se sentía ahora Lucas, que unos minutos antes le hablaba de vergüenza, ansiedad y rabia.

“¿Cómo te sientes ahora?”

“Mejor, más tranquilo, más seguro. La verdad es que me siento menos agobiado, menos ansioso”

Bien. Ahora sí podría pasarse ya a la fase de la actuación, para concretar qué podía hacer Lucas para afrontar esa situación en su día a día cotidiano. Las bases para una actuación exitosa estaban puestas. ¡Qué diferente iba a ser ahora el resultado!, ahora que Lucas iba a actuar desde la tranquilidad y la seguridad (y no desde la vergüenza, la ansiedad y la rabia). Había sido un trabajo bien hecho.

Comentario

Hace unos meses la Dra. Ventura, revisando algunas publicaciones sobre inteligencia emocional y jóvenes, descubrió que lo que había hecho con Lucas y con otros/as jóvenes pacientes, lo que ella llamaba “ayudarle a que vuelvan a pensar”, era usar una técnica conocida como “reestructuración cognitiva” que podía aplicarse tanto a otras personas (pacientes, compañeros de trabajo, familiares) y entonces se hablaba de habilidades emocionales inter-personales, como a uno/a mismo/a (y entonces se le llamaba inteligencia emocional intra-personal). Este último aspecto le resultó novedoso y especialmente interesante. La verdad es que no lo había pensado. No le costó mucho identificar alguna de esas “situaciones temidas” que surgían en la consulta. Al final se decidió por una que escribió en un papel: “Visita domiciliaria a un paciente en fase terminal”. Esa situación era temida por que le solía producir “ansiedad, miedo e impotencia”. Se aplicó a continuación la receta que tan bien le había ido con Lucas y se preguntó qué pensamientos le podían estar provocando dichas emociones. Cuando los encontró, los escribió:

“Seguro que me cogerá de la mano y me pedirá, llorando, que lo salve, que no se quiere morir”;

“¿Y si cuando me mira fijamente me derrumbo delante suyo?”;

“Está claro que el tema de la muerte me sobrepasa, que no puedo ni podré con él”.

Ahora venía lo más difícil. La Dra. Ventura se preguntaba si sería capaz de generar pensamientos alternativos a los tres que había escrito. Tenían que ser pensamientos más objetivos, más ajustados a la realidad. Le resultó más fácil de lo que se temía, y a los pocos minutos pudo escribir:

“La verdad es que no conozco aún ningún caso en el que el paciente le haya cogido la mano a algún colega pidiéndole que le salve. De todas formas, como no es tampoco algo imposible, voy a preparar la estrategia a seguir para afrontarla si la situación se produjera”;

“Realmente, con lo bien que me lo voy a preparar es difícil que me derrumbe, otra cosa es que es muy probable que sienta pena y dolor, algo totalmente normal en un caso como éste”;

“Sí que el tema de la muerte me resulta difícil, como a buena parte de mis colegas. Lo que puedo hacer es consultar a alguno/a de los/as que tiene más experiencia e, incluso, buscar documentación y formación específica en el tema”.

Respiró hondo. Lo había conseguido, había “vuelto a pensar” (¿habría descubierto quizás, y sin proponérselo, una especie de “diálogo socrático interno”?). Sólo quedaba ahora culminar el proceso, evaluándolo. Se hizo la pregunta clave: “¿Cómo me siento ahora?”. Quiso recrearse en la respuesta escribiéndola en el papel: “Tranquila, serena, feliz incluso”. “Qué diferente va a ser”, pensó, “afrontar la visita al paciente en fase terminal desde la ansiedad, el miedo y la impotencia que antes sentía o desde la tranquilidad, el control y la serenidad que ahora siento”.

No hay “pastillas” para aumentar la inteligencia emocional, pero sí hay “tablas de gimnasia” emocional (para “volver a pensar”) y entrenamiento. Mucho entrenamiento. No le resultaría fácil al principio, pero la Dra. Ventura estaba encantada, pues además de ayudar a los/as pacientes, también ella misma podía ayudarse a “volver a pensar”, a “volver a sentir”, para actuar más eficazmente y, además, al menor coste personal posible.

Bibliografía

1. Goleman D. Inteligencia Emocional. Barcelona: Kairós, 1996
2. Marinoff L. Más Platón y menos Prozac. Barcelona: Ediciones B, 2000
3. García-Huete E. Aprender a pensar bien. Madrid: Aguilar, 1998
4. Bimbela J.L. Cuidando al cuidador. Counseling para médicos y otros profesionales de la salud. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 2001 (3ª edición, 2ª reimpresión)