

SALUD
CIENCIAS SOCIALES
HUMANIDADES



Fundación
Letamendi
Foms

2025, Vol. 5, núm 1

ISSN: 2462-2753

SUMARIO

TEMA DEL DÍA	Pág.
LA INTEGRIDAD MORAL	1
Camps V.	
PENSAMIENTO ACTUAL	
LA RESILIENCIA EMOCIONAL, CLAVE PARA PREVENIR EL BURNOUT	18
Peguero Rodríguez E, Molero Arcos A, Borrell i Carrió F.	
EL NOMBRE EN LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE	34
Torres Jiménez JI.	
ARTE, SALUD Y SOCIEDAD	
100 COSAS DEL MUNDO CORAL	46
Tarragó Cruet M, Puertas Esteve D.	
ACUARELAS, POEMAS INÉDITOS Y HAIKUS	62
Viejo Díaz P.	
CUENTO DE LA LUNA PÁLIDA	74
López García-Franco A.	



Codirectores

Marc Antoni Broggi i Trias (PCBC)
Alexandra Albarracín Castillo

Responsable de Redacción

Beatriz Gutiérrez Muñoz

Consejo Editorial

Francesc Borrell-Carrió
Juan Carlos Hernández Clemente
Juan Medrano Albéniz
Vicente Morales Hidalgo

Correspondencia

Web:
<http://www.fundacionletamendi.com>

Correo electrónico:
info@fundacionletamendi.com

Envío de manuscritos:

<http://www.fundacionletamendi.com/revista-folia-humanistica/envio-de-manuscritos/>

Información editorial

Folia Humanística publica artículos por encargo solicitados a especialistas, así como aquellas propuestas enviadas por los autores y aceptadas tras su evaluación por pares de académicos especializados.

Los textos recibidos se publicarán en la lengua original (castellano, catalán, inglés y francés); los que se consideren de relevancia mayor serán traducidos al inglés y castellano.

Los artículos deben ser originales y acompañados del documento "derechos de autor" que encontrarán en la web, junto a las normas de presentación a seguir.

Cada artículo publicado al final tendrá especificado la referencia de citación, donde se incluirá el número DOI ®.

Distribución

La Revista Folia Humanística es de libre acceso a consultar online.

<http://www.fundacionletamendi.com/category/revista/>

Folia Humanística es una revista internacional que tiene el doble objetivo de fomentar, por un lado, la reflexión y el debate público en el ámbito de la Salud, Ciencias Sociales y Humanidades, y por el otro, la colaboración entre distintos equipos de investigación nacionales e internacionales que dinamicen el diálogo entre la filosofía de la medicina, la salud pública y la justicia social. Dividida en "Tema del día", (artículos para el debate), "Pensamiento actual", (artículos críticos de novedades editoriales), y "Arte, Salud y Sociedad", la revista se esfuerza en fortalecer las conexiones entre la investigación académica, la práctica clínica, las experiencias de los pacientes y sus implicaciones éticas y estéticas en la sociedad. Todo ello con la intención de favorecer la reflexión entre diferentes disciplinas sobre temas de actualidad y las tendencias más novedosas en el campo de las Humanidades y la Salud.

Folia Humanística is an International Journal, born with the dual aim of fuelling the discussion and public debate on issues of health, social sciences and humanities and on the hand, of fostering cooperation between various research groups, both national and International, to spur the dialogue between philosophy and medicine, public health and social justice. The Journal is divided into three different sections: "main focus" (article for debate), "Contemporary thought" (critical reviews of new Publications) and "Arts, Health and Society" which all contribute to strengthening the links between academic research, clinical practice, the experience of patients and their ethical and esthetical implications for society. Ultimately, the intention of the Journal is to promote reflection at the crossroads of several disciplines on topical issues and new trends in humanities and health.

LA RESILIENCIA EMOCIONAL, CLAVE PARA PREVENIR EL BURNOUT

Peguero Rodríguez E, Molero Arcos A, Borrell i Carrió F.

Resumen: Los profesionales de la salud deben mantener respeto, empatía y solidaridad, pero el cansancio y la falta de reconocimiento pueden erosionar estas cualidades. La resiliencia emocional es crucial para evitar reacciones inapropiadas.

Este artículo aborda cuatro aspectos clave para desarrollar esta resiliencia:

1. Detectar y Verbalizar preocupaciones: considerar aquello que debería preocuparnos y quizás ignoramos por comodidad.
2. Dar Significado al Esfuerzo y Sufrimiento: reflexionar sobre cada decisión y aceptar nuestra vulnerabilidad.
3. Aplicar Competencia Emocional en la Relación Asistencial: manejar emociones, escuchar sin prejuicios y corregir reacciones negativas. Esto mejora la interacción con los pacientes y su cuidado.
4. Detectar actitudes contrarias a nuestros Valores: la metacognición, un estilo emocional proactivo y el hábito de observar nuestras acciones y decisiones, ayuda a mantenernos fieles a nuestros valores morales profundos.

Estos aspectos, cuando se practican y automatizan, permiten manejar mejor las adversidades y mantener una práctica asistencial ética y eficaz.

Palabras clave: Resiliencia, Metacognición, Culpa, Hipochondría Moral.

Abstract: EMOTIONAL RESILIENCE: THE KEY TO PREVENTING BURNOUT

Healthcare professionals must uphold respect, empathy, and solidarity, but fatigue and lack of recognition can compromise these qualities. Emotional resilience is crucial for preventing burnout and maintaining ethical patient care, avoiding inappropriate reactions.

This article highlights four key strategies to develop this resilience:

1. Recognizing and Articulating Concerns: identifying stressors that may be overlooked due to habituation or denial.
2. Assigning Meaning to Effort and Suffering: engaging in reflective practice to contextualize clinical decisions and acknowledge professional vulnerability.
3. Enhancing Emotional Competence: regulating emotions, practicing active listening, and mitigating countertransference.
4. Identifying Ethical Misalignment: using metacognition and self-assessment to maintain professional integrity and core values.

By integrating these practices, clinicians can strengthen adaptive coping mechanisms, enhance emotional well-being, and ensure sustainable, high-quality patient care.

Key words: Resilience, Metacognition, Guilt, Moral hypochondria.

Artículo recibido: 17 marzo 2025; aceptado: 30 abril 2025.

A los profesionales de la salud, en contacto diario con personas que sufren, se nos supone una actitud constante de respeto, empatía y solidaridad para con los

pacientes, y habilidades en emociones y sentimientos humanos; pero el cansancio, la pereza, los errores que cometemos, la falta de reconocimiento, etc., con algo de tiempo erosionan los mejores propósitos y, a la postre, incluso el carácter (=nuestra manera de sentir). Para manejar las adversidades y mantener esa práctica asistencial ética, satisfactoria y eficaz, lo que más cuenta es la resiliencia, nuestra capacidad de adaptarnos y evitar el burnout (1).

Si nos creamos el hábito mental de pensar en cómo estamos (metacognición), el de dar significado al esfuerzo y lidiar con nuestro sufrimiento, el de aplicar competencia emocional y pensar en las consecuencias de nuestros actos, tomando decisiones reflexionadas, el de rectificar sin dolor, detectar aquellas actitudes y reacciones contrarias a valores que consideramos esenciales, sabremos encontrar la fuerza necesaria para inhibir reacciones airadas, irrespetuosas o violentas, en favor de otras más apropiadas y, sin duda, más inteligentes.

En este artículo reflexionamos mediante ejemplos sobre 4 aspectos clave (Tabla 1) para desarrollar esta necesaria resiliencia emocional del profesional sanitario.

Tabla 1

Aspectos clave para desarrollar esta resiliencia.

- 1. Detectar y verbalizar lo que nos preocupa.**
- 2. Dar significado al propio esfuerzo y sufrimiento.**
- 3. Aplicar competencia emocional en la relación asistencial;** modo emocional avanzado.
- 4. Detectar aquellas actitudes y reacciones contrarias a nuestros valores;** metacognición.

1. DETECTAR Y VERBALIZAR LO QUE NOS PREOCUPA

A menudo tenemos una preocupación que no sabemos de dónde nos viene, una angustia interior para la que no encontramos palabras, y solo después de escudriñar minuciosamente nos percatamos, por ejemplo, de que estamos sufriendo por una conducta inapropiada de un hijo. Es una angustia sorda que no nos atrevemos a verbalizar porque, si lo hiciéramos, sería como admitir que nuestro hijo o hija no es lo que siempre hemos querido que fuera, que tal vez esté envuelto en algún problema. Y que además si verbalizamos nos veríamos obligados a hacer algo al respecto, pero si lo ignoramos, también sentimos un malestar indefinible que casi es peor. ¡Vaya paradoja!

Por consiguiente, este es el primer paso para ser resilientes: saber detectar y analizar lo que nos preocupa... ¡y también lo que debería preocuparnos y lo que no lo hace! Este segundo aspecto puede ser tan o más importante (ver Ejemplo 1 en Tabla 2).

Destaquemos que cuando hablamos de *verbalizar* no nos referimos únicamente a dialogar con alguien, sino sobre todo a **dialogar con nosotros mismos**. Existe un perfil psicológico reservado y no por ello “*sordo emocional*”. Personas con un sólido diálogo interno que no tienen necesidad, o no quieren, mostrar sus preocupaciones. ¿Pudor? En ocasiones sí, pero en general quieren evitar que sus seres queridos sufran.

Veamos con algo más de profundidad este perfil psicológico tan poco comprendido en la literatura al uso. Cuando verbalizamos penas y preocupaciones con personas a las que queremos, el vínculo emocional puede aliviarnos, pero ocurren más cosas... también esta verbalización afecta a nuestros seres queridos y este malestar rebota como un eco. De aquí el sentido profundo de la llamada “conspiración del silencio” en procesos oncológicos (ver Ejemplo 2 en Tabla 2).

Y es que existe sin duda una tendencia cultural –¡una moda!– que invita a verbalizar y entiende que verbalizar es siempre hacerlo en un diálogo con otros.

Verbalizar en la intimidad tiene la ventaja, sobre un diálogo con un conocido, de poder rectificar con mayor facilidad. Un diálogo con un amigo o familiar puede desvelar sentimientos, clarificar querencias, pero también en el acto narrativo aplicamos guiones arquetípicos que nos ayudan a comprender lo que vivimos (2). Estos guiones pueden ser impostados, exculpatorios, guiones que inicialmente sabemos inciertos, pero que, de tanto repetirlos, nos los acabamos creyendo. Por ejemplo, en la actualidad está de moda el guion (arquetípico) de “ser víctima” de algo o alguien, diluyendo la propia responsabilidad (3). La misma situación objetiva conduce a dos relatos diametralmente opuestos: victimización versus agradecimiento. Detectemos y verbalicemos pues, lo que nos preocupa y lo que debería preocuparnos (ver Ejemplos 3 y 4 en Tabla 2).

Tabla 2

Ejemplos de situaciones asistenciales.

Ejemplo 1. Mercedes es una profesional de la salud completamente volcada a su tarea asistencial, pero que descuida su vida familiar y social. Durante los primeros años de crianza su pareja la ha sustituido en su rol parental, pero ahora el riesgo de fractura familiar es relevante. Sin embargo, Mercedes prefiere ignorarlo.

Ejemplo 2. Vicente, enfermo neoplásico, razona así: “*prefiero no hablar de mi sufrimiento con mi esposa, porque si lo hiciera la vería sufrir, y añadiría a mi sufrimiento el de ella*”.

Ejemplo 3. Margarita es Médica de Familia y madre soltera. No puede evitar sentirse maltratada por el sistema cuando tiene que dejar a su hijo a cargo de sus padres, y acudir a guardias de 24 horas. Margarita afronta las guardias de mal humor, lo que se traduce en un trato adusto hacia el paciente.

Ejemplo 4. Juana también es Médico de Familia y madre soltera, pero en el momento de entrar en la guardia predomina el sentimiento de agradecimiento hacia sus padres, que atienden al niño. El trato que dispensa a los pacientes es empático.

Ejemplo 5. Si repasáramos los cursos clínicos de la Dra. Jenifer veríamos frases tales como: “*he consultado este caso con...*”, “*me planteaba como diagnóstico diferencial...*”, “*presentado el caso en sesión clínica se propuso...*”, “*hemos hablado con el paciente de las siguientes opciones...* y de común acuerdo hemos acordado...”, etc. Esta manera de proceder le proporciona seguridad clínica y relacional.

En efecto, el Sr. XYZ le vino a protestar por la mala evolución de su esposa: “*le extirparon una peca y ahora tiene metástasis por melanoma, ¿por qué no le hicieron controles?*”. La Dra. Jenifer repasa sus notas: hace 5 años envió a esta mujer a Dermatología de un gran Hospital, donde le extirparon una lesión que la Anatomía Patológica daba por benigna, pero recomendaba una evaluación más especializada. Dieron las muestras -laminillas- al esposo para que las llevara a otro Hospital, cosa que no llegó a hacer. En su momento la doctora enfatizó la necesidad de esta segunda opinión, lo que también registró. Otro profesional menos cuidadoso a la hora de registrar quizás no recordara -ni pudiera demostrar- su buena praxis, como sí pudo hacerlo la doctora.

Ejemplo 6. Juan está resentido porque Miguel no le ha querido cambiar una guardia, cuando él hace poco le cambió nada menos que un festivo. Por este motivo le contesta airado con una negativa a la propuesta de Miguel de cambiarle otra guardia que coincide con un puente: “*¡vaya morro tienes!*”.

Ejemplo 7. En ausencia de la Dra. Miriam, la Dra. Lourdes visita al paciente R: “*Tiene usted la presión algo descontrolada; voy a recomendarle añadir al betabloqueante este otro fármaco, que de momento solo tomará 1 comprimido por la noche. Su doctora le ajustará la dosis. Coja cita para dentro de un mes con su doctora*”. En la siguiente visita los registros de tensión son correctos, pero la Dra. Miriam dice enfurecida: “*¡No entiendo que esta doctora le haya tocado la pauta que llevaba!, usted siempre ha ido bien con ella, eso es que usted tomó un antiinflamatorio o algo para el dolor, ¿es así?*” “*No, no que recuerde*”, “*Vale, no lo recordará, pero esta es la razón; vamos a retirarle este medicamento y venga en un mes a control*”.

Ejemplo 8. En un taller de Medicina Narrativa: “*Le receté a la Sra. Venecia un ACOD (Anticoagulante Orales de Acción Directa) debido a su fibrilación auricular, y a los 3 meses tuvo un ictus hemorrágico. No puedo sacarme de la cabeza que si no se lo hubiera dado quizás ahora estaría perfectamente*”.

2. DAR SIGNIFICADO AL PROPIO ESFUERZO Y SUFRIMIENTO

El segundo aspecto clave en la resiliencia es dar significado al sufrimiento. Las profesionales de la salud tratamos con el dolor, la muerte, el duelo, la discapacidad... En ocasiones podemos aliviar, otras veces acompañamos, finalmente

pocas, pero singulares veces, se nos acusa –o tenemos la percepción– de haber incrementado el daño. En tales ocasiones es difícil evitar lo que llamamos sentimiento de culpa inapropiada.

La culpa inapropiada es el peso emocional de un mal resultado clínico que se atribuye a nuestra actuación, sin que pueda acreditarse causalidad. Es muy difícil no sentirnos heridos cuando algo en el proceso clínico va mal, sin ser nosotros los responsables, pero el paciente –o los familiares–, nos atribuyen el daño o el incremento del daño (4). Y no digamos si en efecto hay un resquicio de duda que pueda alimentar esta atribución. En todas estas circunstancias se produce una erosión emocional que pueden conducir al burnout (5, 6).

¿Cómo preservan su estado de ánimo los profesionales sometidos a los peores entornos asistenciales? Buscando y dando un sentido (positivo) a su sufrimiento consiguen afrontar con éxito los sentimientos de culpa. Nos dirán frases parecidas a las resumidas en la Tabla 3.

Tabla 3

Diálogo interno para la resiliencia.

- *Yo no espero el agradecimiento de mi empresa y, ni tan siquiera, del paciente; mi recompensa diaria es por el trabajo bien hecho. Y cuando un paciente me atribuye un mal resultado, por lo general un análisis riguroso no llega a demostrar que en efecto me equivocara. Pero eso no implica que me muestre empático con el sufrimiento del paciente, y le proponga medidas correctoras.*
- *Mi esfuerzo lo dirijo a mis pacientes, para aliviar algo el sufrimiento humano que es estructural e inevitable. No lo hago para conseguir beneficios u objetivos empresariales. Mi motivación es sentirme solidario con un sufrimiento que tarde o temprano yo o mis familiares experimentaremos.*
- *Cuando me equivoco y causo un daño sé que he dado para cada paciente el máximo de mi capacidad, que cada decisión la reflexioné y lo registré en el historial; esa seguridad atenúa mis sentimientos de culpa. Tener la determinación de aprender de mis errores y corregirlos también me alivia. Finalmente tengo en cuenta los muchos factores que pueden haber intervenido en un mal resultado para no caer en un sentimiento de culpa inapropiada.*

- Pongo al servicio del paciente el saber científico que ahora mismo existe y está validado, y lo hago de la mejor manera posible y para cada persona en concreto, con los límites de tiempo y organización que tenemos. Pero soy consciente de que mis conocimientos y capacidades son limitados, y que tarde o temprano no acertaré. Sin embargo, el esfuerzo que hago por mantenerme actualizado y reflexionar cada acto asistencial, son mi garantía moral.

Estas frases tienen por denominador común aceptar realidades: que nosotros somos vulnerables, que tarde o temprano afrontaremos eventos adversos (¡porque una tasa de errores es estructural al sistema!), y que, también, tenemos que prepararnos para estos eventos actualizando conocimientos y tomando decisiones reflexionadas. Cuando estudiamos mantenemos la motivación de aplicar el conocimiento a pacientes concretos que se beneficiarán. Es la ilusión que nunca debemos perder. Y, además, es importante en las historias clínicas registrar este proceso reflexivo (ver ejemplo 5 en Tabla 2).

Este ejemplo 5 nos lleva directamente al tercer aspecto: las actitudes. En la práctica profesional las actitudes se confunden con las rutinas. Registrar de manera apropiada responde a una actitud de alerta ante la posibilidad de equivocarnos. Algunas actitudes pueden ser disfuncionales: querer sacarnos la faena “cuanto antes mejor”, creer que los pacientes “acuden en general por tonterías”, escuchar solo lo que deseamos oír... Veamos en el siguiente apartado cómo podemos superarlas.

3. APLICAR COMPETENCIA EMOCIONAL A LA RELACIÓN ASISTENCIAL; MODO EMOCIONAL AVANZADO

Venimos con “valores de fábrica” (modo emocional “básico”), que nos llevan a ser agradables con las personas que nos caen bien, y antipáticos con los que nos caen mal (modo emocional “reactivo”). También a justificar nuestras reacciones emocionales (“*Claro que le chillé, me faltó al respeto!*”) y a justificar la pereza mediante valoraciones excusadoras (“*No me tomo en serio estos síntomas porque se queja por quejar*”).

El modo emocional avanzado (7, 8) supone premisas más complejas y resilientes (Tabla 4).

Tabla 4

Modo emocional avanzado.

- Capacidad para “darnos cuenta” de las emociones y sentimientos que nos embargan y detectar estados de irritabilidad, prisa excesiva, miedo... que conducen a actitudes defensivas o hiper-resolutivas.
- Proactividad: ser capaz de escuchar y acoger al paciente que nos cae mal.
- Rectificar reacciones emotivas justificadas, sí, pero que no conducen a resultados positivos para la relación asistencial.
- Superar estereotipos (paciente quejica, manipulador, rentista...), y ser capaz de escuchar como si fuera la primera vez que visitamos al paciente.
- Ser capaces de “maniobras de rescate”: centrar a un paciente disperso, o rebajar la tensión en una interacción agresiva...

Pasar del modo básico al avanzado requiere “vernos desde fuera” y adquirir conciencia de lo que podemos hacer mejor.

4. DETECTAR AQUELLAS ACTITUDES Y REACCIONES CONTRARIAS A VALORES QUE CONSIDERAMOS ESENCIALES; METACOGNICIÓN

Es spontaneidad versus metacognición.

Tizón enfatiza este "vernos desde fuera, vernos mientras actuamos", "observarnos mientras observamos la realidad" (9). Este desdoblamiento que sufre un buen entrevistador también ha sido trabajado por Neighbour (10). Es curioso constatar que cuando explicamos este "desdoblamiento" a médicos y enfermeras en etapa formativa, es recibido con escepticismo, como si eso supusiera una cierta merma en la espontaneidad. Pero, ¿qué es la espontaneidad?

Podemos definir la espontaneidad como el fluir de nuestras reacciones emocionales sin ningún filtro ni embudo. A cada acción una reacción. Eso configura precisamente el estilo emocional “reactivo” que veíamos más arriba. Para contrarrestarlo, lo primero es estar atentos a percibir las diferentes posibilidades que

se abren ante un escenario clínico. Algunas de estas respuestas vienen cargadas emocionalmente, son las más “sentidas”. Otras, en cambio, vienen como respuestas posibles, pero más remotas, más alejadas de lo que “nos sale de dentro hacer”. Las personas que se clasifican de “espontáneas”, escogen las primeras creyendo que son las “auténticas”. ¡Pero su juicio es meramente emocional, no se basa en aplicar valores morales más profundos, sino en seguir las ocurrencias sentidas con mayor intensidad! ¡Toman por auténtico lo emocional! Si nos damos algo de tiempo, bastan algunos segundos, seremos capaces de ver las consecuencias de la conducta “cargada emocionalmente”, y de otra diferente quizás no tan cargada que nos permitirá poder reflexionar y mejorar la calidad de nuestras decisiones clínicas (11).

(Ver ejemplo 6 en Tabla 2) Si le comentáramos a Juan el deterioro que se ha producido en su relación con Miguel, nos respondería: “no me importa, le he dado lo que merecía” (= respuesta justificativa). Pero, al cabo de unas semanas, es posible que apreciara de manera menos emotiva el episodio, y si pudiera rebobinar la escena, quizás se expresaría de manera diferente para preservar su relación personal. Un estilo emocional proactivo atiende mejor a los valores profundos en los que creemos, como por ejemplo el valor de trabajar en equipo, o el valor de preservar relaciones amistosas.

A corto plazo un estilo proactivo exige mayor esfuerzo, es verdad, pero a la larga ocurre una suerte de milagro, y estas conductas filtradas por los valores morales que nos hemos propuesto, las acabamos automatizando, y, a la postre, ¡casi somos las personas que nos habíamos planteado ser! Un gran triunfo de nuestro ser ético sobre una espontaneidad “natural” meramente emotiva.

Todos los seres humanos, cuando “pensamos”, mantenemos una especie de diálogo interior de tipo verbal y/o emocional. Ya en los años 60 del pasado siglo Ellis identificó maneras tóxicas de dialogar en la intimidad, diálogos tóxicos (12) como, por ejemplo: “*Soy el último mono de este equipo. Nadie me apoya*”, “*Doy mucho más de lo que recibo*”, “*Los pacientes abusan de mi buena fe*”. Pero el paroxismo de los diálogos tóxicos se produce cuando hay una imputación del error clínico o evento

adverso. En estas circunstancias, hasta un 10% de los profesionales han pensado en dejar la profesión (13), o experimenta un estrés psicológico crónico derivado, no tanto de una agenda saturada, como de percibir que no damos calidad, y de que asumimos un gran peligro de equivocarnos.

Ante este reto asistencial destaquemos dos estrategias altamente tóxicas: la defensiva-agresiva, y la hipocondría moral.

La estrategia defensiva-agresiva.

Un estilo relacional altamente tóxico consiste en crear una barrera de miedo en pacientes y colegas para dificultar cualquier imputación de error.

(Ver ejemplo 7 en Tabla 2) Es probable que el paciente R se cambie a la Dra. Lourdes, más templada y capaz de adaptarse a los cambios que todo paciente puede presentar. ¡Mal asunto querer tener razón al punto de deformar la realidad a nuestra conveniencia! Pero aquí no acaba el ejemplo 7, ya que la Dra. Miriam cuando se encuentra con la Dra. Lourdes le dice: “*¡Te agradecería que cuando veas un paciente mío no le cambies la medicación según tu capricho, y antes me lo consultes!*”. Puede que la Dra. Miriam no tenga un problema de conocimientos ni de actualización, sino que el problema subyacente sea una inseguridad que trata de superar con un estilo relacional defensivo-agresivo.

El peligro de la hipocondría moral.

La antítesis de este perfil humano es el *hipocondríaco moral*. En clave profesional, sería el clínico que tiene tendencia a pensar que casi todo lo hace mal, o que se podría hacer mejor. Ante una atribución de culpa del tipo: “*¡Usted me dijo que el niño tenía un resfriado, me fui al Hospital, le hicieron una radiografía, y me dijeron que tenía un principio de pulmonía!*”, se queda temblando, pensando que quizás no auscultó bien al niño, o que el niño está ingresado o en la UCI. Pero no, el niño está en casa, en el Hospital no le dijeron que tenía pulmonía, sino que tal como muestra el

informe, un “ligero broncoespasmo” para el que ya estaba bien el inhalador que le había recetado su doctora de Atención Primaria.

La hipocondría moral es mucho más frecuente de lo que nos pensamos, a tenor de las narraciones biográficas de los propios médicos. En efecto, uno de los beneficios de la llamada “Medicina Narrativa” es desvelar hasta qué punto sobrevaloramos lo que decimos o recetamos a los pacientes como causa de su mejora o empeoramiento.

(Ver ejemplo 8 en Tabla 2) Este tipo de narraciones la encontramos de diferentes formas y contexto; son narraciones que desenfocan el punto principal: a) hay más factores para un evento adverso del que solemos considerar principal (dar un fármaco, por ejemplo); b) siempre hay un porcentaje de pacientes que presentarán complicaciones, pero el balance beneficio/riesgo es el que cuenta al tomar una decisión; c) los juicios “a posteriori” no valen en la toma de decisiones, porque nadie sabe el futuro; lo que cuenta es que la decisión tuviera fundamento; d) ¿y si en el ejemplo 8 no se hubiera dado el ACOD y la paciente hubiese presentado un ictus trombótico?

La consecuencia práctica es que hay que analizar con distancia el tipo de diálogo interno que mantenemos con nosotros mismos (14). ¿Y si este diálogo interno nos lleva una y otra vez hacia la hipocondría moral? Muchos profesionales clínicos afrontan este problema, y algunos llegan al burnout por este camino (15). Pueden atribuir su cansancio profesional a las agendas saturadas, u otras causas estructurales de su quehacer (y sin duda puede influir), *pero lo que erosiona de veras su estima es una mala resolución de los sentimientos de culpa.*

¿Existe alguna medida preventiva para evitar la hipocondría moral? Conocemos una altamente efectiva: *tener la certeza de que todas las decisiones clínicas han sido reflexionadas.* Cuidado: reflexionadas implica que hemos suspendido el pensamiento “rápido” y la entrevista clínica ha pasado por un “pensar lento” (16). Por eso es importante: a) saber dar ritmos diferentes a la entrevista clínica,

y pasar de hábitos muy automatizados a una reflexión íntima que evalúa riesgos, abre el diagnóstico diferencial y considera consecuencias de diferentes opciones; b) dejar constancia escrita de que hemos ponderado diferentes escenarios, porque este tipo de registros dan fe de una práctica reflexiva y, además, ayudan a perfeccionarla (ver ejemplo 5 en Tabla 2).

Pero indudablemente aparecerán problemas, porque atender a centenares de pacientes supone una tasa de errores inevitable, estructural. Y nos enfrentaremos al dolor moral de un mal resultado clínico, un dolor que deriva de: a) el resultado de haber creado sufrimiento, cuando en realidad queríamos todo lo contrario; b) la oscura sospecha de que tal vez nos dejamos influir por la pereza, o no nos esforzamos suficiente para alcanzar el mejor resultado para el paciente; c) el miedo a aparecer públicamente como responsables de un desaguisado, el qué dirán nuestros colegas, o hasta qué punto sufrirá nuestro prestigio.

En este contexto, repasar nuestras notas reflexivas (curso clínico), proporciona la confianza de que hemos actuado sin ahorrar esfuerzo. Pero, aun así, existe el sentimiento de *culpa inapropiada*: sentirnos culpables por lo irremediable. Por ejemplo, un shock anafiláctico a una sustancia no identificada como alergena. Este sentimiento culposo debemos transformarlo en compasión por el sufrimiento ajeno, eliminando la carga de culpa, *y activos en la mejora de la situación clínica. Dar la cara, mostrarnos responsables, eso es, dar respuestas constructivas*.

También ocurre lo contrario: sí hubo alguna circunstancia que se nos escapó, algo que solemos hacer y en aquel caso no hicimos... Entonces hay que aplicar el aforismo de “*tenemos derecho a equivocarnos, pero no a desatender las consecuencias*” (17). Hay que dar la cara con humildad, y procurar el mayor bien para el paciente sin miedo a que nos denuncie.

Orgullo sí, petulancia no.

Aunque parezca paradójico, un médico orgulloso, dotado de una buena autoestima, es garantía de buena práctica, pues tratará de evitar el descrédito que

acarrea un error clínico. Bienvenido el orgullo que no cae en petulancia. Pero si frente al error clínico solo hay vergüenza, sin dolor moral, intentaremos ocultar o falsificar la realidad que nos resulta ingrata. Y la transparencia es necesaria, porque compartir los errores clínicos con nuestros compañeros, y analizarlos desde la perspectiva organizativa y preventiva (18), es el enfoque moderno que hay que darle a la culpa. *Los equipos humanos –cuando en verdad son equipos– deben ser el primer eslabón institucional en la regulación de los sentimientos morales.*

En definitiva, debemos analizar con distancia nuestro diálogo interno, aceptar nuestra vulnerabilidad, cultivar una autoestima –incluso un orgullo– abierta al reconocimiento del error y al hábito de la rectificación. Una **autoestima** responsable. Y no es una tarea fácil.

Vivir con resiliencia, abiertos a las realidades complejas de las personas, es un ejercicio de paciencia, tolerancia y esfuerzo perceptivo (Tabla 3). Eliminar todos los estados de malestar, las emociones desagradables, puede eliminar las oportunidades para desarrollar mecanismos de afrontamiento constructivos y futura resiliencia (19, 20).

Mantener esta actitud durante años es una tarea ciertamente ardua, que requiere una motivación renovada. Pero no nos engañemos: la mayoría de las profesiones tienen desafíos similares o incluso mayores. Ser médicos es nuestra profesión y al menos podemos estar muy contentos de que, como decía Ramón y Cajal, "*el trabajo me hace inteligente*" (21). Nosotros podríamos decir: "*nuestro trabajo nos hace ser mejores personas*".

AGRADECIMIENTOS

Este trabajo ha sido financiado por el Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades dentro del Subprograma Estatal de Generación del Conocimiento a

través del proyecto de investigación FFI2017-85711-P. Innovación epistémica: el caso de las ciencias biomédicas.

Este trabajo forma parte de la red de investigación consolidada "Grupo de Estudios Humanísticos de Ciencia I Tecnología" (GEHUCT), reconocida y financiada por la Generalitat de Catalunya, referencia 2017 SGR 568.

BIBLIOGRAFÍA

1. Chen KY, Yang CM, Lien CH, Chiou HY, Lin MR, Chang HR, et al. Burnout, job satisfaction, and medical malpractice among physicians. *Int J Med Sci.* 2013;10(11):1471–1478. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24046520/>
2. Breithaupt F. El cerebro narrativo. Lo que nuestras neuronas cuentan. Madrid: Sexto Piso; 2023.
3. Rubert de Ventós X. Ética sin atributos. Barcelona: Anagrama; 2006.
4. Ginzberg SP, Gasior JA, Passman JE, Stein J, Keddem S, Soegaard Ballester JM, et al. Surgeon and Surgical Trainee Experiences After Adverse Patient Events. *JAMA Netw Open.* 2024;7(6):e2414329. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38829617/>
5. Angelini, G. Big five model personality traits and job burnout: a systematic literature review. *BMC Psychol.* 2023;11(1):49. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36804929/>
6. Solmi M, Granziol U, Danieli A, Frasson A, Meneghetti L, Ferranti R, Zordan M, Salvetti B, Conca A, Salcuni S, Zaninotto L. Predictors of stigma in a sample of mental health professionals: Network and moderator analysis on gender, years of experience, personality traits, and levels of burnout. *Eur Psychiatry.* 2020;63(1):e4. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32093794/>

7. Borrell F. Arqueología de esta culpa que sentimos. JANO. 2003;65(1486):595-6.
8. Borrell F. Competencia emocional del médico. FMC. 2007;14(3):133-41. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/356988202_Competencia_emocional_del_medico_Puntos_clave
9. Tizón J. Componentes psicológicos de la práctica médica: una perspectiva desde la Atención Primaria. Barcelona: Doyma; 1989.
10. Neighbour R. The Inner Apprentice: an awareness-centred approach to vocational training for general practice. Newbury: Petroc Press; 1996.
11. Croskerry P. Achieving quality in clinical decision making: cognitive strategies and detection of bias. Acad Emerg Med. 2002;9(11):1184-204. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12414468/>
12. Ellis A. Overcoming Resistance: A Rational Emotive Behavior Therapy Integrated Approach, 2nd ed. Nueva York: Springer Publishing; 2002.
13. Borrell F. Seguridad clínica en atención primaria. El enfoque sistémico (I). Aten Primaria. 2012;44(7):417-424. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-seguridad-clinica-atencion-primaria-el-S021265671100429X>
14. Wang CXY, Pavlova A, Boggiss AL, O'Callaghan A, Consedine NS. Predictors of Medical Students' Compassion and related constructs: a systematic review. Teach Learn Med. 2023;35:502-13. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35930256/>
15. Somville F, Van Bogaert P, Wellens B, De Cauwer H, Franck E. Work stress and burnout among emergency physicians: a systematic review of last 10 years of research. Acta Clin Belg. 2024;79(1):52-61. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37889050/>
16. Kahneman D. Pensar rápido, pensar despacio. Barcelona: DeBolsillo; 2022.
17. Gol i Gurina J. Els grans temes d'un pensament i d'una vida. Barcelona: La llar del Llibre; 1986.

18. Li CJ, Shah YB, Harness ED, et al. Physician Burnout and Medical Errors: Exploring the Relationship, Cost, and Solutions. *Am J Med Qual.* 2023;38(4):196-202. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37382306/>
19. Griñan Ferre K, Torras Borrell J, Aparicio Freixa J. Asociación entre burnout y calidad asistencial en atención primaria. *Atención Primaria.* 2025;57(7):103207. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39799635/>
20. Bynum WE, Varpio L, Teunissen P. Why impaired wellness may be inevitable in medicine and why that may not be a bad thing. *Med Educ.* 2021;55(1):16-22. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32564391/>
21. Ramón y Cajal S. Los tónicos de la voluntad. Madrid: Espasa Calpe; 1956.

Eva Peguero Rodríguez (a), Aida Molero Arcos (b), Francesc Borrell i Carrió (c).

(a) Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. EAP El Castell, Castelldefels, ICS. Profesora asociada Departament Ciències Clíniques Facultad de Medicina Universitat de Barcelona, miembro GEHUCT*.

(b) Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. EAP Gavarra, miembro del GdT de Ética CAMFIC.

(c) Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, Profesor titular Departament Ciències Clíniques Facultat de Medicina Universitat de Barcelona, miembro GEHUCT*, miembro Comité Bioética de Catalunya.

*Grupo de Estudios Humanísticos de Ciencia y Tecnología, Universitat Autònoma de Barcelona.

Cómo citar este artículo:

Peguero Rodríguez E, Molero Arcos A, Borrell Carrió F. La resiliencia emocional, clave para prevenir el burnout. *Folia Humanística*, 2025; 5(1):18-33. Doi:

<http://doi.org/10.30860/0119>.