

Bartolomé Oliver, neurocirujano:

“Se ha introducido una cultura preventiva que en un futuro todavía hará más seguros y eficientes nuestros centros sanitarios”



Bartolomé Oliver Abadal (Palma de Mallorca, 1953) es doctor en Medicina y Cirugía por la Universitat Autònoma de Barcelona y especialista en Neurocirugía desde el año 1979. Complementó su formación neuroquirúrgica en diversos países, como Estados Unidos, Canadá o Suecia.

Actualmente es director de Neurocirugía de Neuroinstitut Oliver-Ayats en el Centro Médico Teknon de Barcelona, del que es miembro del cuer-

po facultativo desde su fundación. El Dr. Oliver también había dirigido la Unidad de Base de Cráneo de Neurocirugía del Hospital de Sant Pau de Barcelona, y los Servicios de Neurocirugía del Hospital Universitario Mutua de Terrassa y del Hospital Parc Taulí de Sabadell. Dentro de la Neurocirugía ha alcanzado una relevancia internacional en diversas áreas, como la cirugía mínimamente invasiva de tumores cerebrales, la cirugía de la epilepsia, la endoscopia para las hernias discales y la cirugía mínimamente invasiva de la columna vertebral, entre otras.

Su amplia experiencia en la cirugía de la base de cráneo permitió que fuese elegido presidente de la European Skull Base Society (Sociedad Europea de Base de Cráneo) entre 2003 y 2005. A partir de entonces, estableció, junto al

Dr. Humbert Massegur (ORL), la Unidad de Endoscopia Endonasal para la resección de tumores cerebrales a través de la nariz, habiendo acumulado la mayor experiencia de España y una de las más prestigiosas del sur de Europa en esta técnica, especialmente útil en los adenomas de hipófisis y en otros tumores benignos. Es miembro de diferentes sociedades nacionales e internacionales, como la Sociedad Española de Neurocirugía, la Sociedad Europea de Base de Cráneo, o el Congress of Neurological Surgeons (Estados Unidos), y actualmente es el presidente de la Societat Catalana de Neurocirurgia.

El Dr. Oliver es autor de más de un centenar de publicaciones científicas y de 350 conferencias o comunicaciones a congresos nacionales e internacionales.

Cual es la importancia que tiene para usted la prevención de riesgos laborales en la estructura organizativa de una empresa?

No es solamente una obligación legal. En el ámbito de la sanidad, especialmente, es un deber hacia nuestros pacientes y colaboradores para evitar o disminuir los acontecimientos que producen reacciones adversas o complicaciones en ellos. Por ejemplo,

por interacciones medicamentosas, riesgos específicos de un paciente que pueden pasar desapercibidos, daños en el personal sanitario por pinchazos accidentales, radiaciones, posturas inadecuadas de trabajo, etc.

Durante su dilatada experiencia en el ámbito sanitario, ¿cómo ha ido percibiendo el tema de la seguridad y la salud laboral en este sector? ¿Qué evolución ha ad-

vertido desde sus inicios como profesional?

Se han establecido protocolos de actuación ante los accidentes como pinchazos del personal, se controla la radiación recibida, se realizan *check-list* en los pacientes quirúrgicos para evitar errores, la medicación se controla al menos a tres niveles (médico prescriptor, farmacia hospitalaria y enfermería que lo administra), se han implementado avisos de incompati-

SUMARIO

Entrevista a Bartolomé Oliver, neurocirujano _____ 1
 Índice de masa corporal (IMC): compruebe si su peso es adecuado ____ 3
 Alcoholismo: la enfermedad de la negación y la mentira _____ 4
 Las barreras psicológicas: un difícil obstáculo para la comunicación ____ 6
 Preguntas y respuestas _____ 8
 Teléfonos de interés _____ 8

Mi vida estuvo llena de desgracias, muchas de las cuales jamás sucedieron”.

*René Descartes
 Filósofo, matemático
 y físico francés*

bilidad dentro de los programas de prescripción medicamentosa, etc. Lo que es más importante es que se ha introducido una cultura preventiva que en un futuro todavía hará más seguros y eficientes nuestros centros sanitarios.

Por su actividad, usted ha viajado por numerosos países. ¿Qué diferencias ha observado respecto a España en cuanto a cultura preventiva? ¿Nos dejamos llevar tanto por la improvisación como se suele afirmar?

El carácter mediterráneo es individualista, indisciplinado a veces y también creativo, incluso brillante en ocasiones. Pero, respecto a los países anglosajones, estamos en desventaja para implementar normas de estricto cumplimiento por esas mismas características antes mencionadas. Los sistemas de control deben revalorizarse positivamente, no como elementos coercitivos.

¿Cómo se afronta física y mentalmente una intervención quirúrgica compleja, que puede prolongarse durante horas y suponer la supervivencia de una persona?

Requiere un entrenamiento progresivo de las actitudes, no sólo de las aptitudes, para realizar estas intervenciones complejas, como ocurre en otras disciplinas que conllevan momentos de elevado estrés potencial. Adicionalmente al control de las emociones, en la Medicina debe persistir un factor emocional y de responsabilidad que no se enmascare por dicho control, el hecho que constituye que una persona haya depositado en ti su confianza para conseguir superar su intervención quirúrgica sin secuelas y con la mejor de las soluciones para su problema.

Usted ha dirigido y sigue dirigiendo equipos de profesionales con un alto grado de responsabilidad. ¿Cuáles son las claves para mantener a un grupo cohesionado y motivado?

Los valores personales y la ética profesional, persiguiendo lo mejor para el paciente en las facetas tanto técnicas como humanas.

Tras tratar e intervenir a miles de pacientes, cada uno con su particular drama personal, ¿cree que un médico debe man-

tenerse al margen del dolor ajeno o es inevitable sentir cierta identificación o empatía?

No es posible mantenerse al margen, si se poseen los valores personales debidos, pero también es necesario aprender a compartimentalizar, separando las experiencias y las vivencias de lo profesional y lo personal, para poder llevar ambos aspectos de nuestra existencia con dignidad, emotividad y plenitud.

“Afrontar física y mentalmente una intervención quirúrgica requiere un entrenamiento progresivo de las actitudes, no sólo de las aptitudes”

Al margen de la gravedad física de una enfermedad, una predisposición psicológica positiva del paciente hacia ella, ¿ayuda a que las posibilidades de curación sean mayores?

Sin lugar a dudas, existe una gran implicación de la psique en la salud orgánica y en una buena respuesta a los esfuerzos terapéuticos. Desgraciadamente, muchas veces



no basta con la predisposición positiva para alcanzar la solución, a pesar de combinarla con el mejor de los tratamientos posibles.

¿A qué atribuye el aumento de la violencia, del maltrato de usuarios o de sus familiares a médicos?

A dos factores. El primero, a la pérdida de valores en la sociedad con la disminución del respeto a los profesionales que prestan servicios públicos, como ocurre con los maestros. En segundo lugar, a la transformación del modelo de relación médico-enfermo, la falta de libre elección, la escasez de tiempo de dedicación al paciente, el mayor énfasis en la tecnificación en detrimento de la relación humana, factores todos ellos favorecidos por el modelo funcional de la

“Se han perdido valores en la sociedad con la disminución del respeto a los profesionales que prestan servicios públicos, como ocurre con los maestros”

medicina pública, pero que pueden llegar a contagiar el aprendizaje de cómo hacer Medicina.

¿Qué estado de salud tiene actualmente la sanidad española? ¿Qué opina de los recortes que se están aplicando en este sector de vital importancia para una sociedad?

La reconversión del sector sanitario en España se ha retrasado durante muchos años por razones políticas, ya que requiere medidas impopulares a primera vista, puesto que informes técnicos de la inviabilidad del sistema a medio plazo existían hace tiempo, siendo el más completo el emitido en 2011. Actualmente se ha agotado el tiempo y no se dispone de los recursos para que la reconversión no sea traumática, pero tampoco se definen las líneas maestras del nuevo sistema sanitario que debe surgir. El hecho es que no existen economías en el mundo actual que paguen la asistencia sanitaria de forma universal y sin límites.

Los deberes que quedan por hacer en el sistema público de salud es definir qué cubrirán en el futuro según las prioridades por patologías o por circunstancias personales de ingresos y complementos de seguros privados que se establezcan. Y gestionar los hospitales con criterios de eficiencia, independientemente de la pertenencia al sector público o no.

Mi personal visión del problema me hace reclamar que se definan cuanto antes esas líneas maestras

de la reforma para evitar que los apañes produzcan un deterioro mayor en la calidad de la asistencia sanitaria. Tampoco deben olvidar los políticos que el sistema que surja debe favorecer el desarrollo profesional de los médicos para lograr una Medicina de nivel internacional, con posibilidades de investigación y formación.

¿Es cierta la afirmación de que los médicos suelen ser los peores pacientes? ¿Por qué?

Hay de todo, como en todos los grupos humanos. Tengo que reconocer que he tenido más ejemplos de comportamiento excepcional, valiente y luchador que lo contrario. Es verdad que en algunas ocasiones deja verse en los profesionales de la salud una mayor preocupación por

conocer con más profundidad todas las posibles complicaciones de un determinado tratamiento.

Por último, ¿qué consejo le daría a un estudiante de Medicina que quiere especializarse en Neurocirugía?

Que no elija la Neurocirugía porque queda bien, por haber visto aquella película o esa serie de televisión, ya que requiere dedicación de muchas horas con sacrificio personal y disciplina para adquirir las habilidades, conocimientos y actitudes necesarias para

su práctica, que se lleva bien sólo cuando se tiene una verdadera pasión por este trabajo y su razón de existir, que es que el paciente con problemas neuroquirúrgicos tenga el mejor tratamiento posible técnica y humanamente.

Entrevista realizada por
José Antonio Jiménez
Técnico Superior en PRL de MRA

Índice de masa corporal (IMC): compruebe si su peso es adecuado

El índice de masa corporal (IMC) es un valor o parámetro que establece la condición física saludable de una persona en relación con su peso y su altura. Se considera como uno de los mejores métodos para saber si el peso de un adulto es aceptable, tomando en cuenta su estatura, o si se encuentra en riesgo de desnutrición o de obesidad.

A pesar de que es un muy buen indicador del peso saludable, el IMC también tiene limitaciones: no considera la masa ósea ni la muscular, por lo que no es aplicable para toda la población. Por ejemplo, aquellos sujetos con mayor contextura o los atletas, fisiculturistas, etc. tienen un IMC más alto de lo establecido, pero no por tener más grasa en el cuerpo, sino por su mayor peso óseo o muscular. Tampoco se consideran los niños, los adolescentes, las mujeres embarazadas y en periodo de lactancia y las personas mayores.

¿Cómo se calcula el IMC?

De una manera muy sencilla. Se calcula dividiendo el peso (en kilogramos) entre la estatura (en metros) elevada al cuadrado.

$$\text{IMC} = \frac{\text{Peso (kg)}}{\text{Altura}^2 \text{ (m)}}$$

Pongamos un ejemplo práctico. Un hombre pesa 67 kilogramos y mide 1,70 metros. Vamos a calcular su IMC:

$$\text{IMC} = 67 / 1,70 \times 1,70$$



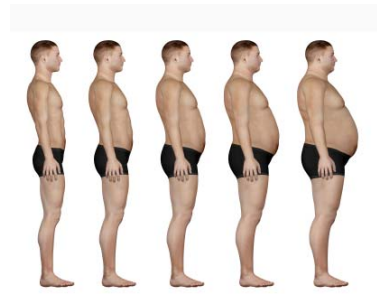
$$\text{IMC} = 67 / 2,89$$



$$\text{IMC} = 23,18$$

IMC (general)	Clasificación
< 18,5	Infrapeso (peso insuficiente)
18,5-24,9	Normopeso (peso normal)
25-26,9	Sobrepeso de grado I
27-29,9	Sobrepeso de grado II (preobesidad)
30-34,9	Obesidad de tipo I
35-39,9	Obesidad de tipo II
40-49,9	Obesidad de tipo III (mórbida)
> 50	Obesidad de tipo IV (obesidad extrema)

El IMC resultante es de 23,18. Si consultamos la tabla superior, comprobaremos que la persona analizada se encuentra dentro de las cifras del normopeso o peso normal, que se establecen entre 18,5 y 24,9.



De forma general, se considera satisfactorio un IMC comprendido entre 18,5 y 25 en las mujeres, y entre 20 y 25, en el caso de los hombres. Si el IMC es inferior a 18,5 (mujeres) o a 20 (hombres), probablemente la persona estará demasiado delgada. Si, por el contrario, el IMC está por encima de 25, el individuo empieza a tener un ligero sobrepeso. Y si el IMC, sobrepasa el 30 o el 40, ya estamos hablando de casos de obesidad y obesidad mórbida, respectivamente.

La importancia de medirse la cintura

De forma complementaria al IMC, otra manera de comprobar si una persona padece un sobrepeso perjudicial es medirse la cin-

tura. Situados de pie, colocaremos la cinta métrica en la cintura, a la altura del ombligo, y comprobaremos el resultado. Un perímetro superior a 102 cm en hombres y de 88 cm en mujeres podría indicar un exceso de grasa abdominal, es decir, la más perjudicial para el organismo.

Esta grasa produce una serie de sustancias que generan una inflamación crónica que afecta negativamente al organismo. Un exceso de esta grasa actúa a diferentes niveles: aumenta el riesgo de sufrir problemas cardiovasculares (hipertensión, arteriosclerosis, etc.), disminuye las defensas,



provoca diversas alteraciones metabólicas (diabetes, colesterol, triglicéridos, ácido úrico, etc.).

Para combatir este tipo de obesidad no basta con controlar el número de calorías, sino que también se debe estar muy atento a la composición de los alimentos que consumimos habitualmente. Los más perjudiciales son aquellos que contienen grasas saturadas (carnes rojas, embutidos, bollería industrial, precocinados, etc.).

Alcoholismo: la enfermedad de la negación y la mentira

Durante mi trayectoria profesional, me he encontrado en bastantes ocasiones con una dificultad en la que se ven inmersos algunos de mis clientes: afrontar la grave problemática de contar en su empresa con trabajadores que padecen alcoholismo. Algunos pensarán que basta con despedirlos para solucionar el problema, pero lo cierto es que no es tan fácil. La Ley de Prevención de Riesgos Laborales exige, pero no proporciona medios que protejan las actuaciones por parte de las empresas que viven estas situaciones. Solamente hay una clara acción y repercusión en las actividades aeroportuarias, portuarias o ferroviarias, entre otras.

Debido a esta situación, quise comprender mejor a este colectivo y alejarme de la legalidad para aportar una clara ayuda a mis clientes y a quienes padecen dicha enfermedad. Y qué mejor que acudir a la verdadera fuente para entender todas esas preguntas y dudas sobre por qué, dónde, cuándo..., que se nos plantean diariamente a todos.

En Alcohólicos Anónimos (A.A.) y en AL-ANON (asociación para los familiares de alcohólicos) me enseñaron a entender que lo que yo pensaba que tenía claro eran tan sólo juicios de valor que distan mucho de la realidad. Paso a exponerles mi opinión sobre el tema y sobre lo que ellos y ellas me transmitieron.

El alcoholismo no afecta únicamente a quien padece la enfermedad, sino a todo su entorno familiar. En pocas palabras: es una patología que se considera de contagio familiar, ya que todos viven una situación incontrolable. Al alcohólico se le culpa por no luchar por superar su problema y los miembros de la familia, independientemente de su edad, se culpan a sí mismos y buscan excusas al problema que están viviendo. Les recomiendo que vean (si aún no lo han hecho) la excelente película *Días de vino y rosas*, protagonizada por unos incommensurables Jack Lemmon y Lee Remick, y entenderán qué quiero expresar cuando me refiero a "contagio familiar".

Lo primero que me hicieron comprender es que no podemos controlar o cambiar al alcohólico: nuestros esfuerzos por ayudar sólo nos pueden llenar de frustración e, incluso, llegar a empeorar las cosas. Debemos aprender a saber desprendernos emo-

cionalmente, dejando de concentrarnos en el alcohólico y centrándonos en nuestra propia recuperación. Y es que, desafortunadamente, la única persona capaz de hacer que el alcohólico deje de beber es él mismo.

El alcoholismo es una enfermedad incurable, progresiva y destructiva, tanto para el alcohólico como para su familia. Sin embargo, con el programa de A.A. se puede dejar de beber, y con el de AL-ANON la familia puede volver a tener su propia vida, bien juntos o por caminos separados... pero lo más importante es que se sienten personas de nuevo. En A.A dicen que un alcohólico no pasará nunca a ser un ex alcohólico: siempre será un alcohólico que ya no bebe.

El alcoholismo no es un vicio, sino una adicción que supera los límites del control. No se sabe cuándo empieza ni se ha demostrado científicamente si son más propensas las personas que hayan vivido en un entorno familiar con algún alcohólico, aunque es cierto que existe una mayor predisposición a padecerlo y que muchos casos así lo demuestran.

De cualquier manera, ello no significa que se trate de una enfermedad hereditaria. Lo que sí está claro es que muchos empezaron como "bebedores sociales" (se consume alcohol en comidas con familiares, amigos o clientes), posteriormente pasaron a ser alcohólicos cíclicos (son los que se emborrachan los fines de semana) y luego (difícil de explicar ese "luego" porque ya no saben cuándo se inició) se percataron de que requerían su dosis de forma imprescindible para poder "funcionar". Como ellos dicen, necesitaban "coger ese puntito" que les permitía desinhibirse, que les alejaba de sus temores, consiguiendo escapar de sus propios miedos. Miedos imaginarios que al final podían con ellos porque ya no lograban desinhibirse de una situación, sino que llegaban a perder la noción del tiempo por las lagunas mentales.

¿Qué definen la personalidad y el comportamiento de un alcohólico?

- La inmadurez.
- El egocentrismo.
- El poder de manipulación.
- No escuchar nunca, interrumpir siempre y culpar a los demás por todo.
- Para un alcohólico en soledad, no hay nada imposible.

Es erróneo pensar que esas características se centran en un determinado tipo de personas: gente con un nivel cultural y una clase social bajos. Les puedo asegurar que el alcohol no entiende ni de cultura ni de clases sociales. Existen alcohólicos que son jueces, médicos, políticos, administrativos, ingenieros, directivos, amas de casa, etc. Si



en algo podríamos hacer una ligerísima distinción, sería en el caso de las mujeres alcohólicas, que acostumbran a ser de clase alta y de las que, por desgracia, cuesta más averiguar su adicción a la bebida hasta que ésta les controla totalmente y ya no pueden disimular sus

temblores, sus dolores de cabeza por las resacas, su deterioro físico o sus desapariciones que ni ellas mismas recuerdan.

Les pregunté cómo podían disimular su adicción en el trabajo para que no se notase, y reconocieron que, al principio, lo podían controlar, pero sólo al principio... Como ellos mismos explican, a un alcohólico, lo que le hace daño es la primera bebida y no la última.

¿Ha aumentado el alcoholismo en los últimos tiempos?

Ha aumentado y, en el caso de las mujeres, se está equiparando al de los hombres. Y hay un dato más preocupante: el alcoholismo se está cebando cada vez en más jóvenes, algo que se ha acentuado con el fenómeno del "botellón", donde, además de alcohol, ya entran en juego los porros en una diversión mal entendida, en una "fiesta" permitida por la sociedad.

¿Cuáles son los errores que cometen los familiares de un alcohólico?

- El encubrimiento de la situación. Mienten afirmando que están enfermos, cuando deben hacer que los alcohólicos sean que-

nes afronten sus problemas y se hagan responsables de ellos.

- Se ponen normas de actuación, crean su propio "búnker" para evitar la búsqueda de la bebida, haciendo que todos los miembros de la familia adquieran unas obligaciones de control que, en caso de recaída del alcohólico, provoca que se sientan aún más culpables porque ha fallado algo en la obligación de dicho control.
- Se sienten obligados a sacrificar su vida porque eso es una "norma social". Es decir, te casas para lo bueno o para lo malo y, al final, todos acaban afectados y gravemente enfermos.

Entonces, ¿cómo deben actuar los familiares?

Para poder superarlo, se debe cambiar la actitud con respecto al alcohólico. A continuación, les enumero

varios ejemplos de situaciones prácticas:

- Dejar de abonar sus deudas por alcohol en los bares, avisando en dichos establecimientos que si el alcohólico no le paga, él es el responsable, no la familia.
- Si está "durmiendo la mona" en la calle, como mucho, habrá que tapanlo si hace frío, pero sin evitar que pase por esa situación.
- Si desaparece durante unos días, o incluso sólo 24 horas, no salir a buscarlo, sino simplemente denunciar su desaparición a la policía.
- No esconder las botellas de alcohol de casa o vaciarlas, porque un alcohólico siempre encuentra la manera de volver a disponer de bebida.

¿Cómo llegan a conseguir dejar de beber?
¿Qué diferencias aporta A.A. respecto al resto de profesionales de la Medicina u otros programas?

En A.A. no se dan consejos, sino sugerencias. De lo contrario, el alcohólico se molestaría. En A.A. no dejan de beber para toda la vida, dejan de beber durante 24 horas, y a las siguientes 24 horas vuelven a dejar de beber durante esas 24 horas... En definitiva, son las 24 horas sin alcohol las que les hacen superarse día tras día.

Eso no quiere decir que la Medicina tenga que caminar por otro lado, sino que deben ir de la mano, puesto que todos se necesitan. Por eso, los médicos de los centros de atención, las fuerzas de seguridad, los servicios jurídicos, las empresas, las escuelas, etc. les recomiendan cada vez más. Colaboran conjuntamente para sensibilizar a los menores sobre el alcohol, acogen a los que

ya son alcohólicos y abren las puertas a las empresas que viven con trabajadores alcohólicos, a los que les ofrecen la oportunidad de continuar en su puesto si acuden a A.A. para superar la adicción.

Uno de los aspectos más positivos de A.A. es que todo alcohólico dispone de un padrino o compañero de confianza que le ayuda y que comprende lo que la enfermedad le ha causado. Le guía y le acompaña en el camino arduo y de espinas, en el que es necesario adentrarse en la oscuridad para poder llegar a alcanzar la luz de la libertad. No le juzga porque él también ha sido bebedor.

El Papa Juan XXIII llegó a definir el nacimiento de A.A. como el milagro social del siglo XX.

¿Cuál es el primer paso en A.A., además de las 24 horas sin beber?

90 días, 90 reuniones con los grupos de alcohólicos. ¿Por qué 90? Porque es el tiempo prudencial para reconocer si se es o no alcohólico. Y no puede aducirse la excusa de "no me va bien el horario", porque disponen de un amplio calendario y la mayoría de los miembros de A.A. están localizables las 24 horas: "Tú decides y nosotros te acompañamos. Depende de ti y somos como tú, por lo que conocemos las excusas". El lema de A.A. es "Recuperación, unidad y servicio".

A.A. es gratuito. ¿Cómo subsisten entonces?

Son independientes económicamente, cada uno aporta lo que puede para mantener los grupos y para poder elaborar sus libros y folletos de difusión. No aceptan subvenciones, ya que tienen claro que el que pone el dinero elige la música y ellos quieren elegir su propia música.

¿Por qué recae la gente que ha superado la bebida?

Los bombones con alcohol son una de las trampas más fáciles para recaer. Otra, y no menos grave, es afirmar que la cerveza 0,0 es recomendable para los alcohólicos en recuperación, puesto que en este país los seis decimales a la derecha de la coma no se utilizan, sólo los tres primeros.

¿Qué cambios se producen en la alimentación una vez se deja de beber?

Se convierten en golosos y, además, recomiendan que siempre se lleve algo dulce en el bolsillo para evitar los efectos de la abstinencia. Se lo explicaré tal y como me lo explicaron ellos: el alcohol contiene glucosa y, cuando se deja de beber, necesitan esa dosis de dulce para evitar los síntomas. ¿Y si no les gusta el dulce? Les parecerá extraño, pero a muchos no les gustaba el dulce y la mayoría han acabado siendo golosos.

¿De qué diferentes formas recalcan un alcohólico y su familia a A.A.?

Existen diversas situaciones. Unos llegan ya con la familia totalmente desestructurada y, además, ya no hay vuelta atrás. Otros acuden con la familia sosteniéndose por un hilo y, tras haber pasado por A.A., por AL-ANON y por ALATEEN (asociación para los hijos menores de padres alcohólicos), vuelven a recuperar la sonrisa y están más unidos que antes. Y, por último (y empleando una cierta chispa de humor), el último grupo es el más sorprendente: hay alcohólicos que cuando dejan de beber (controlan su adicción), se separan de su cónyuge al darse cuenta, ahora que están serenos, de con quién se habían casado.

No quiero terminar este artículo sin dejar de mencionar el espíritu luchador, positivo y bromista de los miembros de A.A., que afirman que:

- El alcohol les dejó dos neuronas: una está de vacaciones y la otra sabe de tanto en tanto lo que hace.
- Si todos los políticos pasarán por los grupos de A.A., desaparecerían los partidos y quedarían los honestos y los humildes.



Por último, agradezco a Alcoholics Anónimos y a AL-ANON toda la atención y el cariño que me han prestado para poder entender esta enfermedad y poder comunicarles a ustedes, amigos lectores, algo más sobre esta patología y destruir de nuestro vocabulario la palabra "culpa" por ser alcohólico o por ser familiar de un bebedor. No olviden estas direcciones, no cierren ninguna puerta: ustedes y ellos lo agradecerán.

- Alcoholics Anónimos (A.A.): www.alcoholicos-anonimos.org
- AL-ANON: www.al-anonespana.org
- ALATEEN es una parte de la hermandad de AL-ANON.

Mónica Román Abal
Directora general de MRA

Las barreras psicológicas: un difícil obstáculo para la comunicación

Un concepto fundamental en el proceso comunicativo es la empatía que implica comprender a la otra persona, aceptando la percepción de las situaciones: sus problemas, su estado emocional y sus motivaciones, y ser capaz de transmitírselo, respondiendo correctamente a sus necesidades.

Para que una persona perciba que estamos manteniendo una actitud empática (es decir, expresar una opinión poniéndonos en el lugar de nuestro interlocutor y considerando las cosas desde su punto de vista), podemos utilizar varios recursos:

- Pausar el diálogo y progresar lentamente.
- Formular preguntas abiertas.
- Transmitir a la otra persona que está siendo realmente comprendida.
- No verter opiniones personales.
- Evitar hacer comentarios ofensivos.
- Ser respetuosos y tolerantes.

Aquí aparece el concepto del "feedback crítico" (se entiende por *feedback* la reacción o respuesta que manifiesta un receptor respecto a la actuación de un emisor). Para todos, escuchar lo que está de acuerdo con nuestras ideas o puntos de vista es agradable, pero nos cuesta aceptar aquello que va en contra de lo que pensamos. Por esta razón, manejar las críticas es una de las habilidades más difíciles de aprender a la hora de comunicar. Sin embargo, nuestra habilidad para adaptarnos, cambiar y crecer depende mucho de esta capacidad para gestionar las críticas. Muchas veces, no conseguimos nuestro objetivo al hacer una crítica, ya que la persona que la recibe puede verse afectada de muchas maneras.

Debemos utilizar la asertividad para dejar clara nuestra posición sin necesidad de defendernos, contraatacar o inhibirnos. Una actitud asertiva favorece situaciones en las que ambas partes ganan, al dar espacio a la

Comunicación asertiva

Busca el *feedback* del receptor, intentando dar una explicación coherente de lo que está ocurriendo:

"Hola, jefe. Mañana me será imposible entregarle el informe que me solicitó. El motivo es que tengo otros informes más urgentes que elaborar y, además, he de ir al médico. No se preocupe, ya que, en cuanto tenga un instante, me pondré con él para finalizarlo lo antes posible".

Comunicación no asertiva

Se centra el mensaje en pedir perdón, se titubea y se está inseguro:

"Hola, jefe. Verá... no sé si podré entregarle el informe mañana... No se enfade, pero es que no tengo mucho tiempo. Podría intentarlo, aunque me sería muy difícil... ojalá pudiera... Por eso, le pido un favor, si no le es molestia... ¿sería posible entregárselo un poco más tarde...".

voz del crítico, a la vez que mantenemos la nuestra propia, aceptando parcialmente la crítica, admitiendo la verdad y pidiendo detalles, si son necesarios.

En función de cómo se gestionan y reciben las críticas, se pueden generar barreras que influyen en la comunicación.

Cuando hacemos la crítica de forma negativa, ésta va dirigida a la persona, a la identidad de la misma, mientras que la retroalimentación (crítica positiva) va destinada a la conducta o al comportamiento. La crítica negativa busca culpabilizar, mientras que el *feedback* busca soluciones.

Un trabajador se ha equivocado al hacer una tarea porque no estaba prestando suficiente atención.

Crítica positiva

El encargado le dice: *"Tienes que estar más atento cuando estés trabajando porque, si no es así, se pueden producir errores, ¿no crees?"*.

Crítica negativa

El encargado le dice: *"¿Por qué eres tan inútil? Nunca te enteras de lo que se te explica. No eres capaz de hacer nada sin equivocarte. Estoy harto de repetírtelo todo cien millones de veces".*

Tres de los principales factores por los que más se generan las llamadas "barreras psicológicas" son los miedos de la persona, la mala gestión de la crítica y tomarse cualquier comentario procedente del exterior como una agresión a la propia persona, en vez de como una reflexión o simplemente como una opinión o una ayuda.

Se entiende por barreras psicológicas aquellas situaciones que crea el emisor o el receptor de la información ocasionadas por el agrado o el rechazo hacia el emisor o el receptor de la información, o deformación del mensaje, debido a estados emocionales (temor, odio, tristeza, etc.) o a prejuicios para aprobar o desaprobar lo que se dice.

Estas barreras surgen como consecuencia de las particularidades psicológicas de las personas que comunican (hostilidad, desconfianza, desconocimiento, timidez, miedo, etc.), como un medio, en un principio, de

protección de la persona. Pero si las barreras son muy herméticas y se llevan colocadas durante mucho tiempo, el factor que se consigue no es el de protección, sino todo lo contrario: conduce a situaciones de aislamiento, que son perjudiciales para todos.

Estas distorsiones que han creado las barreras pueden ser las siguientes:

- Deformación del mensaje.
- Percepción errónea.
- Olvidos.
- Falta de atención.
- Ausencia de *feedback*.

Sin embargo, esto que parece tan sencillo explicado de esta manera, son barreras mucho más fáciles de advertir y detectar en los demás que en uno mismo. Para descubrir esas barreras, es preciso conocerse y estar abierto a observaciones y a advertencias de los demás. Las barreras que más suelen emplearse son:

- Barreras que se generan al prodigar mucho nuestros consejos a terceros.
- Barrera de la pregunta compulsiva, en personas que llevan a hacer unas baterías de preguntas muy extensas al interlocutor con el que están hablando.
- Barreras que proceden de un mal uso del lenguaje.

En muchas ocasiones, en función del orador que tenemos delante, estas barreras pue-



den ser destruidas, momento en el que el receptor pierde su protección. Es entonces cuando el receptor incurre en el riesgo del victimismo.

El victimista suele ser un modelo de conducta mezquino, de poca vitalidad, dominado por la afición de renegar de sí mismo, que se adopta cuando no nos quedan otras armas de protección. Se trata de una mentalidad que hace que todas las dificultades de vivir del hombre se vuelvan materia de pleito. El victimista se autocontempla con una blanda y consentidora indulgencia, tiende a escapar de su verdadera responsabilidad, y suele acabar pagando un



elevado precio por representar su papel de maltrato habitual.

Para prevenir las barreras psicológicas, se suelen proponer las siguientes medidas, que pueden resultar de gran utilidad:

- Enviar mensajes claros, comprensibles y que se adecuen a las posibilidades del receptor.
- Utilizar expresiones que faciliten la comunicación y que eviten que la obstruyan.
- Mantener la congruencia entre el lenguaje verbal y no verbal.

Cuando hacemos la crítica de forma negativa, ésta va dirigida a la persona, mientras que la crítica positiva va destinada a la conducta, al comportamiento

· Asumir una actitud de empatía con el interlocutor, tratando de ponerse en el lugar del otro.

- Practicar la escucha activa, prestando especial atención a los mensajes que se reciben.
- Asegurarse de aquello que realmente se nos quiere transmitir, intentando interpretar los mensajes con la máxima objetividad.
- Evitar los prejuicios, tratando siempre de dejarlos a un lado.
- Controlar las emociones que puedan perjudicar la comunicación.

Marc Escura

Técnico Superior en PRL de MRA

¿Y usted qué opina?...

El tema de las barreras psicológicas es un asunto complejo, pero de vital importancia, puesto que somos seres sociales, y una comunicación fluida es imprescindible en nuestro día a día para desenvolvernos en nuestro entorno familiar, laboral, etc.

Por ello, hemos querido conocer la opinión sobre esta cuestión de diversas personas de diferentes ámbitos.

Elisenda Albajes (empresaria)

"Si sintiésemos más empatía con quien nos rodea y con quienes viven en la otra parte del globo, el mundo iría mucho, pero que mucho mejor. Dicen que la psicopatía es la falta total de empatía con los seres vivos. Cuando sientes empatía, es evidente que en aquel momento es puro sentimiento de amor. A partir de aquí, no es necesario decir nada más. Es imposible sentir esta empatía si la persona que tenemos delante está llena de barreras psicológicas".

José Miguel Ramos (mensajero)

"Sin duda, uno de los grandes males es la incorrecta interpretación no sólo de las palabras, sino del lenguaje corporal, dando lugar a divisiones, disputas, e incluso, victimismo, que acaba culpabilizando de los errores propios a terceros".

Felip Darró (ingeniero técnico)

"Una comunicación fluida que logre evitar barreras, genera confianza. Es algo que requiere el esfuerzo de todos los implicados, pero vale la pena".

Carla Martínez (diseñadora gráfica)

"Muchas personas trabajamos en equipos de distintas jerarquías. Eso puede implicar tener que lidiar con personas a nuestro cargo y con superiores. Y con cada una de ellas, por sus particulares características, deberíamos saber adaptar el mensaje para que el *feedback* busque soluciones y no sea destructivo".



Antonio Sánchez (periodista)

"Las personas nos ponemos muchos frenos a la hora de comunicarnos. Esto provoca que, en muchas ocasiones, seamos verdaderos 'frontones' para el emisor. Muchas veces, por mucho diálogo que exista, no hay manera de que podamos llegar a una comunicación óptima".

Teresa Navalón (trabajadora social)

"A veces, tomar la decisión de entrar a formar parte de un grupo de gente supone miedos. Esto nos hace refugiarnos en nuestro 'caparazón' para sentirnos protegidos ante determinadas situaciones. Este mecanismo de protección, aunque forma parte

del ser humano, no es en absoluto beneficioso, puesto que vamos a tener que esforzarnos mucho más para darnos a conocer tal y como somos, provocando que la gente nos pueda llegar a juzgar según cómo nos estemos mostrando".

Sergio Alonso (abogado)

"En el ámbito de mi profesión ocurre que, en ocasiones, un acusado que ya no puede esgrimir más argumentos para demostrar su inocencia, ve mermados de forma progresiva estos mecanismos de defensa, las barreras psicológicas se van diluyendo poco a poco, y acaban derrumbándose, confesando aquellos pensamientos y sentimientos que hasta el momento trataba de enmascarar. Es entonces cuando dicho acusado puede entrar en la espiral del victimismo, de la autocompasión, etc.".

Mónica Román (empresaria)

"En el transcurso de mi vida laboral, me he encontrado muchas veces con personas que reaccionan negativamente cuando han de enfrentarse a situaciones que son consideradas complicadas o no deseadas para ellos. Sus expresiones y respuestas van acompañadas de ansiedad y no permiten que se les lleve la contraria. En mi caso, una palabra seca y seria ha supuesto que paralicen sus ruidos mentales y piensen qué es lo que les provoca dichos comportamientos. Como dice el Dr. Mario Alonso Puig, "la ansiedad es un estado de inquietud curioso porque empezamos a sufrir en el presente por algo que ni siquiera sabemos con certeza que se va a manifestar en el futuro".

Preguntas y respuestas

Esta sección está concebida para dar respuesta a muchas cuestiones que se nos plantean de forma cotidiana en el ámbito de la prevención de riesgos laborales. En MRA Safety Prevention queremos que también nos transmitan sus dudas y cuestiones. Para ello, pueden ponerse en contacto con nosotros a través de cualquiera de los medios que tienen a su alcance.

¿Qué características debe tener el ratón de un ordenador y cómo debe utilizarse?

Para que el ratón de un ordenador sea ergonómico y no perjudique la salud del trabajador que lo usa:

- Debe adaptarse perfectamente a la curva de la mano.
- Hay que utilizarlo tan cerca del teclado como sea posible.
- El movimiento por la superficie sobre la que se desliza debe resultar fácil.
- Tiene que permitir el apoyo de parte de los dedos, mano o muñeca en la mesa de trabajo, favoreciendo de esta manera la precisión en su manejo, que ha de ser versátil y adecuado tanto para usuarios diestros como zurdos.

Se ha demostrado en diversos estudios que una utilización incorrecta, repetida y continuada del ratón informático puede ser la causa de diversas patologías de tipo osteomuscular, como por ejemplo la tendinitis, la tenosinovitis o el síndrome del túnel carpiano.



¿Se debe tramitar un parte de accidente laboral por una recaída?

Sí, se debe tramitar un parte de recaída siempre que después de la primera baja médica y posterior alta, haya una nueva baja motivada por ese mismo accidente. Asimismo, se ha de consignar la fecha del accidente que provocó la baja.

¿Qué efectos negativos produce el ruido sobre los trabajadores?

La exposición al ruido puede provocar lesiones auditivas (hipoacusia o sordera, aumento de la presión arterial y del ritmo cardíaco, aceleración del metabolismo, incremento de la tensión muscular, modificación del ritmo respiratorio, etc.). Además, el ruido dificulta la comunicación e impide recibir señales y avisos de peligro que pueden ser causa de accidentes. También puede disminuir la coordinación y la concentración, haciendo descender la productividad e incrementando el absentismo laboral. Entre los ruidos más perjudiciales se encuentran los agudos y los cortos muy fuertes o frecuentes.

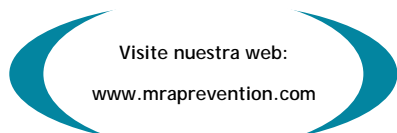


Safety Prevention

C. Bertran, 18-20, ático
08023 Barcelona

Teléfono: 93 418 81 88
Fax: 93 418 22 14
info@mrapervention.com

PREVENIR ES INVERTIR



Teléfonos de interés

En este pequeño apartado ponemos a su disposición una serie de números de teléfono de gran utilidad en el caso de que se produzca una emergencia. ¡Téngalos siempre a mano!

BOMBEROS (BARCELONA CIUDAD)	080
BOMBEROS (GENERALITAT)	112
SERVICIO DE EMERGENCIAS MÉDICAS	061
CENTRO DE COORDINACIÓN DE EMERGENCIAS	112
MOSSOS D'ESQUADRA	088 / 112
POLICÍA NACIONAL	091
POLICÍA LOCAL / GUARDIA URBANA	092
INSTITUTO NACIONAL DE TOXICOLOGÍA	91 562 04 20

Para cualquier opinión o sugerencia que pueda ser incluida en las siguientes ediciones de este boletín, pueden ponerse en contacto con MRA Safety Prevention.