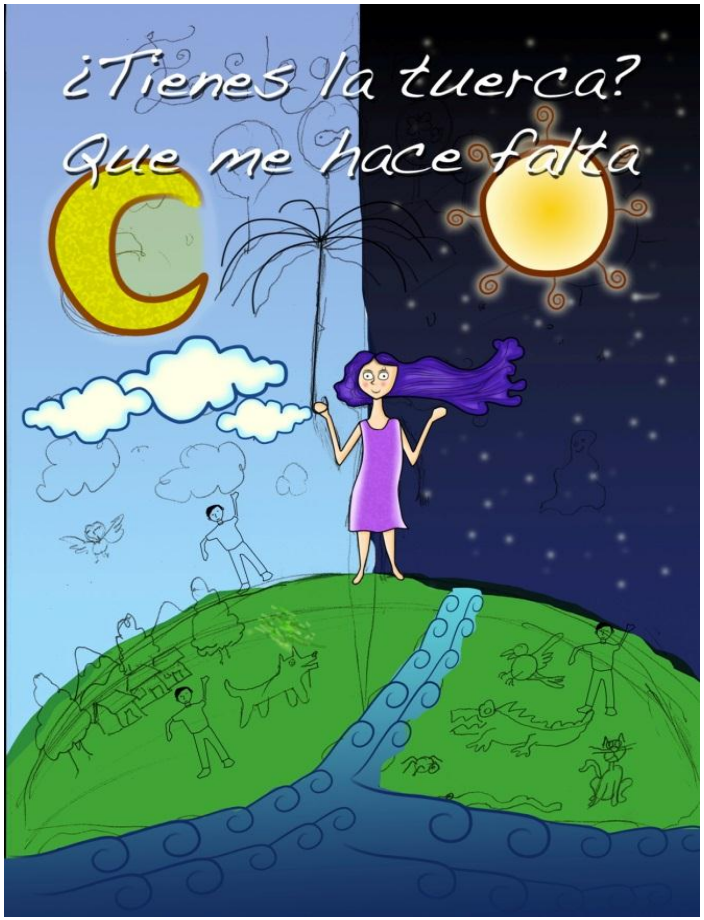


La Salud Mental y epilepsia en el Plan de Beneficios en Salud con Cargo a la Unidad de Pago por Capitación - PBUPC

MINSALUD

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

Marco Normativo y político

1. **Ley 9 de 1979** Código Sanitario Nacional
2. **Ley 30 de 1986** Estatuto Nacional de Estupefacientes.
3. **Constitución Política de Colombia, 1991**
4. **Ley 100 de 1993**. Organiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)
5. **Ley 715 de 2001.** Establece la Distribución de competencias y recursos del sector
6. **Ley 1122 de 2007**
7. **Ley 1438 de 2011**
8. **Ley 1566 de 2012** Atención integral personas que consumen sustancias psicoactivas
9. **Ley 1616 de 2013** Ley de Salud Mental
10. **Ley Estatutaria de 2015**
11. **Objetivos del Desarrollo Sostenible 2030**
12. **Agenda de las Américas y Área Andina**
13. **Resolución 2003 de 2014** Requisitos de Habilitación de Servicios de Salud
14. **Resolución 5592 de 2015** Plan de Beneficios en Salud a cargo UPC para el 2016
15. **Resolución 518 de 2015** GSP y PIC

“El derecho fundamental a la salud es autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo.
Comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud. El Estado adoptará políticas para asegurar la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas. De conformidad con el artículo 49 de la Constitución Política, su prestación como servicio público esencial obligatorio, se ejecuta bajo la indelegable dirección, supervisión, organización, regulación, coordinación y control del Estado. ”

LEY ESTATUTARIA 1751 DE 2015

POR MEDIO DE LA CUAL SE REGULA EL DERECHO FUNDAMENTAL A LA SALUD Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES.

Artículo 2°. Naturaleza y contenido del derecho fundamental a la salud

LEY 1566 de 2012

Por la cual se dictan normas para garantizar la atención integral a personas que consumen sustancias psicoactivas y se crea el premio nacional "entidad comprometida con la prevención del consumo, abuso y adicción a sustancias" psicoactivas.

Artículo 1°

Reconózcase que el consumo, abuso y adicción a sustancias psicoactivas, lícitas o ilícitas es un **asunto de salud pública** y **bienestar** de la familia, la comunidad y los individuos.

Por lo tanto, el abuso y la adicción deberán ser tratados como una enfermedad que requiere atención integral por parte del Estado, conforme a la normatividad vigente y las Políticas Públicas Nacionales en Salud Mental y para la Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas y su Impacto, adoptadas por el Ministerio de Salud y Protección Social.

LEY 1616 de 2013
Ley Nacional de salud Mental



El objeto es garantizar el ejercicio pleno del Derecho a la Salud Mental a la población colombiana, priorizando a los niños, las niñas y adolescentes, mediante la promoción de la salud y la prevención del trastorno mental, la Atención Integral e Integrada en Salud Mental en el ámbito del Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resolución 5592 de 2015



Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud —SGSSS y se dictan otras disposiciones.

Amplia los logros en coberturas de atención en salud mental.

Implica el reto del acceso efectivo a los servicios de salud

Resolución 5592 del 24 de diciembre de 2015

Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud —SGSSS y se dictan otras disposiciones

Cambia “Plan Obligatorio de Salud – POS” por **Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación - PBUPC** , porque existen otros planes obligatorios de salud que tienen otras fuentes de financiación (ej: PIC, riesgos laborales)

Resolución 5592 de 2015

CAPÍTULO VI

SALUD MENTAL

ARTÍCULO 63. ATENCIÓN DE URGENCIAS EN SALUD MENTAL. El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC cubre la atención de urgencias en servicios debidamente habilitados, del paciente con trastorno o enfermedad mental, incluyendo la observación en urgencias.

Resolución 5592 de 2015

CAPÍTULO VI SALUD MENTAL

ARTÍCULO 64. PSICOTERAPIA AMBULATORIA PARA LA POBLACIÓN GENERAL. cubre la atención ambulatoria con psicoterapia individual, grupal, familiar y de pareja; independientemente de la etiología o la fase en que se encuentra la enfermedad, así:

1. Hasta treinta (**30**) sesiones de **psicoterapia individual** en total por psicólogo y médico especialista competentes, durante el año calendario.
2. Hasta treinta (**30**) **terapias grupales, familiares y de pareja** en total por psicólogo y médico especialista competentes, durante el año calendario.

Resolución 5592 de 2015

CAPÍTULO VI SALUD MENTAL

ARTÍCULO 64. PSICOTERAPIA AMBULATORIA PARA LA POBLACIÓN GENERAL.

PARÁGRAFO 1. *No se cubre* con cargo a la UPC el tratamiento de **psicoanálisis** para ningún grupo poblacional.

PARÁGRAFO 2. Las coberturas especiales para personas menores de 18 años de edad están descritas en el título IV del presente acto administrativo.

Resolución 5592 de 2015

CAPÍTULO VI SALUD MENTAL

ARTÍCULO 65. PSICOTERAPIA AMBULATORIA PARA MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA. Para las **mujeres víctimas de violencia física, sexual o psicológica**, cuando ello sea pertinente **a criterio del profesional tratante**:

1. Hasta sesenta (**60**) sesiones de **psicoterapia individual** en total por psicólogo y médico especialista competentes, durante el año calendario.

2. Hasta sesenta (**60**) terapias **grupales, familiares y de pareja** en total por psicólogo y médico especialista competentes, durante el año calendario.

Resolución 5592 de 2015

CAPÍTULO VI SALUD MENTAL

ARTÍCULO 66. ATENCIÓN CON INTERNACIÓN EN SALUD MENTAL PARA LA POBLACIÓN GENERAL.

cubre la internación de pacientes con **trastorno o enfermedad mental de cualquier tipo** durante la **fase aguda** de su enfermedad **o** en caso de que esta ponga en **peligro su vida o integridad, la de sus familiares o la comunidad.**

En la fase aguda, la hospitalización podrá extenderse hasta **90 días, continuos o discontinuos por año calendario**.

Resolución 5592 de 2015

CAPÍTULO VI SALUD MENTAL

ARTÍCULO 66. ATENCIÓN CON INTERNACIÓN EN SALUD MENTAL PARA LA POBLACIÓN GENERAL …

En caso de que el trastorno o enfermedad mental ponga en **peligro la vida o integridad del paciente, la de sus familiares o la comunidad**, la cobertura de la internación será durante el período que **considere necesario el o los profesionales tratantes**.

Según criterio del profesional tratante en salud mental, estos pacientes se manejarán de **preferencia en el programa de internación parcial u hospital día**, según la normatividad vigente y en servicios debidamente habilitados para tal fin.

Resolución 5592 de 2015

CAPÍTULO VI SALUD MENTAL

ARTÍCULO 66. ATENCIÓN CON INTERNACIÓN EN SALUD MENTAL PARA LA POBLACIÓN GENERAL …

PARÁGRAFO 1. Para el caso de internación por salud mental, la atención mediante **internación total o parcial** comprende además de los servicios básicos, la **psicoterapia y atención médica especializada, así como las demás terapias y tecnologías en salud incluidas en este Plan de Beneficios**, de acuerdo con la prescripción del profesional tratante. Lo anterior, **sin perjuicio de lo dispuesto en las coberturas para el ámbito ambulatorio**.

PARÁGRAFO 2. Las coberturas especiales para personas menores de 18 años de edad están descritas en el título IV del presente acto administrativo.

Resolución 5592 de 2015

CAPÍTULO VI SALUD MENTAL

ARTÍCULO 67. ATENCIÓN CON INTERNACIÓN EN SALUD MENTAL PARA MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA. Para las mujeres víctimas de violencia física, sexual o psicológica, cuando ello sea pertinente a criterio del médico tratante:

En la fase aguda, la cobertura de la hospitalización podrá extenderse hasta 180 días, continuos o discontinuos por año calendario.

… La internación será durante el periodo que considere necesario el o los profesionales tratantes.

… De preferencia en el programa de internación parcial u hospital día

Resolución 5592 de 2015

ATENCIÓN PALIATIVA Capítulo VII

ARTÍCULO 68. ATENCIÓN PALIATIVA.

cubre los cuidados paliativos en la **modalidad ambulatoria, con internación o domiciliaria del enfermo en fase terminal y de pacientes con enfermedad crónica, degenerativa e irreversible de alto impacto en la calidad de vida**, de conformidad con lo establecido en la Ley 1733 de 2014, con las tecnologías en salud contenidas en este Plan de Beneficios, **según criterio del profesional tratante**...

Resolución 5592 de 2015

TÍTULO IV

COBERTURAS PREFERENTES Y DIFERENCIALES AGRUPADAS POR CICLOS VITALES PARA PERSONAS MENORES DE 18 AÑOS DE EDAD

ARTÍCULO 74. RESTABLECIMIENTO DE LA SALUD A LA POBLACIÓN MENOR DE 18 AÑOS DE EDAD, CUYOS DERECHOS HAN SIDO VULNERADOS.

cubre de manera gratuita las tecnologías en salud requeridas para la **rehabilitación física y mental de los niños, niñas y adolescentes, víctimas de violencia física o sexual y todas las formas de maltrato**, **hasta que se certifique médicamente la recuperación de las víctimas**; de conformidad con lo establecido en el artículo 19 de la Ley 1438 de 2011.

Las **EPS** o las entidades que hagan sus veces, deberán **diseñar e implementar programas para garantizar la atención integral en cada caso**.

Resolución 5592 de 2015

ARTÍCULO 84. ATENCIÓN A PERSONAS MENORES DE 6 AÑOS DE EDAD CON TRASTORNOS ALIMENTARIOS. se cubren las evaluaciones, atenciones interdisciplinarias y especializadas pertinentes, así como todas las tecnologías en salud incluidas en este plan de beneficios.

ARTÍCULO 85. ATENCIÓN A PERSONAS MENORES CON DISCAPACIDAD. La atención a las personas desde la etapa prenatal a menores de 6 años de edad con discapacidad física, sensorial o cognitiva, conlleva el derecho a las evaluaciones, atenciones interdisciplinarias y especializadas pertinentes realizadas por profesionales de la salud, así como todas las tecnologías en salud.

PARÁGRAFO. Será el profesional tratante quien determine el plan de tratamiento a seguir, de conformidad con la discapacidad motivo de intervención.

Resolución 5592 de 2015

ARTÍCULO 91. ATENCIÓN EN SALUD MENTAL.
Se cubre la **internación total o parcial** (hospital día) para las personas **menores de 6 años** de edad que lo requieran, a criterio
del profesional tratante.

En la fase aguda, la cobertura de la hospitalización podrá extenderse **hasta 90 días**, continuos o discontinuos por año calendario.

En caso de que el trastorno o enfermedad mental ponga en **peligro la vida o integridad del paciente, la de sus familiares o la comunidad**, la cobertura de la internación será **durante el periodo que considere necesario el o los profesionales tratantes**.

Resolución 5592 de 2015

ARTÍCULO 91. ATENCIÓN EN SALUD MENTAL…

Según criterio del profesional tratante en salud mental, estos pacientes se manejarán de **preferencia en el programa de internación parcial u hospital día**, según la normatividad vigente y en servicios debidamente habilitados para tal fin.

La atención ambulatoria con **psicoterapia individual o grupal**, independientemente de la fase en que se encuentra la enfermedad, tiene la siguiente cobertura:

1. Hasta treinta (**30**) sesiones de **psicoterapia individual** en total por psicólogo y médico especialista competentes, durante el año calendario.
2. Hasta treinta (**30**) terapias **grupales y familiares** en total por psicólogo y médico especialista competentes, durante el año calendario.

Resolución 5592 de 2015

ARTÍCULO 92. PSICOTERAPIA AMBULATORIA. Para las personas menores de 6 años de edad **víctimas de violencia intrafamiliar, abuso sexual, trastornos alimentarios, consumo de sustancias psicoactivas (incluye alcohol)**, así como **personas con discapacidad**, la cobertura del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, será así:

1. Hasta sesenta (**60**) sesiones de **psicoterapia individual** en total, por psicólogo y médico especialista competentes, durante el año calendario.

2. Hasta sesenta (**60**) terapias **grupales, familiares**, en total por psicólogo y médico especialista competentes, durante el año calendario.

Resolución 5592 de 2015

TÍTULO IV

ARTÍCULO 93. ATENCIÓN CON INTERNACIÓN EN SALUD MENTAL.

cubre la internación de personas **menores de 6 años de edad víctimas de violencia intrafamiliar, abuso sexual, con trastornos alimentarios, consumo de sustancias psicoactivas (incluye alcohol) y personas con discapacidad, sin que sea acumulable con lo dispuesto en el artículo 91.**

En la fase aguda, la cobertura de la **hospitalización** podrá extenderse hasta **180 días**.

…La cobertura de la internación será durante **el periodo que considere necesario el o los profesionales tratantes**.

… De preferencia en el programa de internación parcial u hospital día.

Resolución 5592 de 2015

CAPÍTULO II

ATENCIÓN A PERSONAS DE 6 AÑOS A MENORES DE 14 AÑOS

ARTÍCULO 100. ATENCIÓN A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR O ABUSO SEXUAL. Para la atención de personas de 6 años a menores de 14 años de edad **víctimas de violencia intrafamiliar o abuso sexual presuntivo o confirmado, se cubren las evaluaciones, atenciones interdisciplinarias y especializadas pertinentes**, así como todas las tecnologías en salud incluidas en este plan de beneficios.

Resolución 5592 de 2015

ARTÍCULO 101. ATENCIÓN A PERSONAS DE 6 AÑOS A MENORES DE 14 AÑOS DE EDAD CON TRASTORNOS ALIMENTARIOS. Para las personas con **trastornos alimentarios** se cubren **las evaluaciones, atenciones interdisciplinarias y especializadas pertinentes**, así como todas las tecnologías en salud incluidas en este Plan de Beneficios.

ARTÍCULO 102. ATENCIÓN A PERSONAS MENORES CON DISCAPACIDAD. Las personas de **6 años a menores de 14 años** de edad con **discapacidad física, sensorial o cognitiva**, conlleva el derecho a las **evaluaciones, atenciones interdisciplinarias y especializadas pertinentes** realizadas por profesionales de la salud.

PARÁGRAFO. Será el **profesional tratante quien determine el plan de tratamiento a seguir, de conformidad con la discapacidad motivo de intervención.**

MINSALUD

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

Resolución 5592 de 2015

ARTÍCULO 107. ATENCIÓN EN SALUD MENTAL.

Se cubre **la internación total o parcial (hospital día)** para las personas de **6 años a menores de 14 años** de edad que lo requieran, a criterio del profesional tratante.

En la **fase aguda**, la cobertura de la **hospitalización** podrá extenderse hasta **90 días, continuos o discontinuos** por año calendario.

… La cobertura de la internación será durante el **periodo que considere necesario el o los profesionales tratantes**.

… De **preferencia en el programa de internación parcial u hospital día**, según la normatividad vigente y en servicios debidamente habilitados para tal fin.

Resolución 5592 de 2015

ARTÍCULO 107. ATENCIÓN EN SALUD MENTAL…

La atención ambulatoria con psicoterapia individual o grupal, independientemente de la fase en que se encuentra la enfermedad, tiene la siguiente cobertura:

1. Hasta treinta (**30**) sesiones de **psicoterapia individual** en total por psicólogo y médico especialista competentes, durante el año calendario.
2. Hasta treinta (**30**) terapias **grupales, familiares y de pareja** en total por psicólogo y médico especialista competentes, durante el año calendario.

Resolución 5592 de 2015

ARTÍCULO 108. PSICOTERAPIA AMBULATORIA. Para las personas de **6 años a menores de 14 años** de edad **víctimas de violencia intrafamiliar, abuso sexual, con trastornos alimentarios, consumo de sustancias psicoactivas (incluye alcohol)** y **personas con discapacidad**:

1. Hasta sesenta (**60**) sesiones de **psicoterapia individual**, en total por psicólogo y médico especialista competentes, durante el año calendario.

2. Hasta sesenta (**60**) terapias **grupales, familiares y de pareja**, en total por psicólogo y médico especialista competentes, durante el año calendario.

Resolución 5592 de 2015

ARTÍCULO 109. ATENCIÓN CON INTERNACIÓN EN SALUD MENTAL. Para las personas de **6 años a menores de 14 años** de edad **víctimas de violencia intrafamiliar, abuso sexual, con trastornos alimentarios, consumo de sustancias psicoactivas (incluye alcohol) y personas con discapacidad:**

En la fase aguda, la cobertura de la hospitalización podrá extenderse hasta **180 días**, **continuos o discontinuos** por año calendario.

…La cobertura de la internación será durante el **periodo que considere necesario el o los profesionales tratantes**.

…De **preferencia en el programa de internación parcial u hospital día**.

Resolución 5592 de 2015

CAPÍTULO III
ATENCIÓN PARA PERSONAS DE 14 AÑOS A MENORES DE 18 AÑOS DE EDAD

ARTÍCULO 116. ATENCIÓN A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR O ABUSO SEXUAL. Para la atención de personas de 14 años a menores de 18 años de edad **víctimas de violencia intrafamiliar o abuso sexual presuntivo o confirmado**, se cubren las evaluaciones, atenciones interdisciplinarias y especializadas pertinentes, así como todas las tecnologías en salud incluidas en este Plan de Beneficios.

ARTÍCULO 117. ATENCIÓN A PERSONAS DE 14 AÑOS A MENORES DE 18 AÑOS DE EDAD CON TRASTORNOS ALIMENTARIOS. Para las personas con trastornos alimentarios se cubren las **evaluaciones, atenciones interdisciplinarias y especializadas pertinentes**, así como todas las tecnologías en salud incluidas en este plan de beneficios.

Resolución 5592 de 2015

ARTÍCULO 118. ATENCIÓN A PERSONAS DE 14 AÑOS A MENORES DE 18 AÑOS DE EDAD CON DISCAPACIDAD.

Las personas de 14 años a menores de 18 años de edad con **discapacidad física, sensorial o cognitiva**, tienen derecho a las **evaluaciones, atenciones interdisciplinarias y especializadas pertinentes** realizadas por profesionales de la salud y a todas las tecnologías en salud incluidas en el presente acto administrativo.

PARÁGRAFO. Será el **profesional tratante quien determine el plan de tratamiento a seguir, de conformidad con la discapacidad motivo de intervención**.

Resolución 5592 de 2015

ARTÍCULO 123. ATENCIÓN EN SALUD MENTAL.

Se cubre la **internación total o parcial** (hospital día) para las personas de 14 años a menores de 18 años de edad que lo requieran, a criterio del profesional tratante.

En la fase aguda, la cobertura de la **hospitalización** podrá extenderse **hasta 90 días**, continuos o discontinuos por año calendario.

…La cobertura de la internación será durante el periodo que considere necesario el o los profesionales tratantes.

… De preferencia en el programa de internación parcial u hospital día.

Resolución 5592 de 2015

ARTÍCULO 123. ATENCIÓN EN SALUD MENTAL…

La atención ambulatoria con psicoterapia individual o grupal, independientemente de la fase en que se encuentra la enfermedad, tiene la siguiente cobertura:

1. Hasta treinta (**30**) sesiones de **psicoterapia individual** en total por psicólogo y médico especialista competentes, durante el año calendario.

2. Hasta treinta (30) terapias **grupales, familiares y de pareja** en total por psicólogo y médico especialista competentes, durante el año calendario.

Resolución 5592 de 2015

ARTÍCULO 124. PSICOTERAPIA AMBULATORIA. Para las personas de 14 años a menores de 18 años de edad **víctimas de violencia intrafamiliar, abuso sexual, trastornos alimentarios, con consumo de sustancias psicoactivas (incluye alcohol) y personas con discapacidad**, la cobertura de este plan de beneficios será así:

1. Hasta sesenta (**60**) sesiones de **psicoterapia individual**, en total por psicólogo y médico especialista competentes, durante el año calendario.

2. Hasta sesenta (**60**) terapias **grupales, familiares y de pareja**, en total por psicólogo y médico especialista competentes, durante el año calendario.

Resolución 5592 de 2015

ARTÍCULO 125. ATENCIÓN CON INTERNACIÓN EN SALUD MENTAL. Para las personas de 14 años a menores de 18 años de edad **víctimas de violencia intrafamiliar, abuso sexual, con trastornos alimentarios, consumo de sustancias psicoactivas (incluye alcohol) y personas con discapacidad** :

En la **fase aguda**, la cobertura de la **hospitalización** podrá extenderse **hasta 180 días**.

… La internación será durante el periodo que considere necesario el o los profesionales tratantes.

… De preferencia en el programa de internación parcial u hospital día, según la normatividad vigente y en servicios debidamente habilitados para tal fin.

Resolución 5592 de 2015

TÍTULO V

TRANSPORTE O TRASLADOS DE PACIENTES

ARTÍCULO 126. TRANSPORTE O TRASLADOS DE PACIENTES. El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC cubre el **traslado acuático, aéreo y terrestre** (en ambulancia básica o medicalizada) en los siguientes casos:

- Movilización de pacientes con **patología de urgencias desde el sitio de ocurrencia de la misma hasta una institución hospitalaria**, incluyendo el **servicio prehospitalario y de apoyo terapéutico en unidades móviles**.

- Entre IPS dentro del territorio nacional de los pacientes remitidos, teniendo en cuenta las limitaciones en la oferta de servicios de la institución en donde están siendo atendidos, que requieran de atención en un servicio no disponible en la institución remisora. Igualmente para estos casos está cubierto el **traslado en ambulancia en caso de contrarreferencia**.

Resolución 5592 de 2015

TÍTULO V

TRANSPORTE O TRASLADOS DE PACIENTES

ARTÍCULO 126. TRANSPORTE O TRASLADOS DE PACIENTES.

El servicio de traslado cubrirá el medio de transporte disponible en el sitio geográfico donde se encuentre el paciente, con base en su estado de salud, el concepto del médico tratante y el destino de la remisión, de conformidad con la normatividad vigente.

Asimismo, se cubre el traslado en ambulancia del **paciente remitido para atención domiciliaria** si el médico así lo prescribe.

Resolución 5592 de 2015

ARTÍCULO 127. TRANSPORTE DEL PACIENTE AMBULATORIO. El servicio de transporte en un **medio diferente a la ambulancia**, para acceder a una atención incluida en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, **no disponible en el lugar de residencia del afiliado**, será cubierto en los municipios o corregimientos **con cargo a la prima adicional para zona especial por dispersión geográfica**.

PARÁGRAFO. Las **EPS** o las entidades que hagan sus veces igualmente **deberán pagar el transporte del paciente ambulatorio cuando el usuario debe trasladarse a un municipio distinto a su residencia para recibir los servicios** mencionados en el artículo 10 de este acto administrativo, cuando existiendo estos en su municipio de residencia la EPS o la entidad que haga sus veces no los hubiere tenido en cuenta para la conformación de su **red de servicios. Esto aplica independientemente de si en el municipio la EPS o la entidad que haga sus veces recibe o no una UPC diferencial.**

Resolución 5592 de 2015

TÍTULO VII

CONDICIONES DE NO COBERTURA DE TECNOLOGÍAS CON CARGO A LA UNIDAD DE PAGO POR CAPITACIÓN

ARTÍCULO 132. TECNOLOGÍAS NO FINANCIADAS CON CARGO A LA UPC. Sin perjuicio de las aclaraciones de cobertura del presente acto administrativo, en el contexto del Plan de Beneficios con cargo a la UPC deben entenderse como **no financiadas con la Unidad de Pago por Capitación**, aquellas tecnologías que cumplan las siguientes condiciones:

1. Tecnologías **cuya finalidad no sea** la promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación o paliación de la enfermedad.
2. **Tecnologías de carácter educativo, instructivo o de capacitación, que no corresponden al ámbito de la salud** aunque sean realizadas por personal del área de la salud.
3. **Servicios no habilitados en el sistema de salud, así como la internación en instituciones educativas, entidades de asistencia o protección social tipo hogar geriátrico, hogar sustituto, orfanato, hospicio, guardería o granja protegida, entre otros.**
4. **Cambios de lugar de residencia o traslados** por condiciones de salud, así sean prescritas por el médico tratante.

Resolución 5592 de 2015

TÍTULO VIII
DISPOSICIONES VARIAS

ARTÍCULO 133. COBERTURAS ESPECIALES PARA COMUNIDADES INDÍGENAS. La población indígena afiliada al SGSSS tendrá cobertura con los contenidos previstos en el presente acto administrativo, **incluyendo los hogares de paso y guías bilingües**. Una vez se defina el Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural - SISPI, éste será utilizado como uno de los insumos de referencia para determinar los beneficios que les serán proporcionados.

ARTÍCULO 8. GLOSARIO

14. **Consulta psicológica:** Es una valoración y orientación realizada por un profesional en psicología que consta de: **anamnesis, evaluación general del estado emocional, socio afectivo y comportamental**, incluyendo en caso, de ser necesario, la **aplicación de test o pruebas psicológicas**, así como la **definición de un plan de tratamiento**.

23. Hospital Día: Modalidad de prestación de servicios de salud en **internación parcial**, entendida como la **atención intramural o institucional por un plazo inferior a doce (12) horas**, con la intervención de un **grupo interdisciplinario** integrando distintas actividades terapéuticas, con el objetivo de **conseguir la autonomía del paciente sin separarlo de su entorno familiar**.

ARTÍCULO 8. GLOSARIO

35. Psicoterapia: De acuerdo con la definición de la Organización Mundial de la Salud — OMS, la psicoterapia comprende **intervenciones planificadas y estructuradas que tienen el objetivo de influir sobre el comportamiento, el humor y patrones emocionales de reacción a diversos estímulos**, a través de medios psicológicos, verbales y no verbales.

La psicoterapia **no incluye el uso de ningún medio bioquímico o biológico**. **Es realizada por psicólogo clínico o médico especialista competente**; puede ser de carácter **individual, de pareja, familiar o grupal**, según criterio del profesional tratante.

ARTÍCULO 8. GLOSARIO

36. Referencia y contrarreferencia. Conjunto de procesos, procedimientos y actividades técnico-administrativas que permiten prestar adecuadamente los servicios de salud a los pacientes, garantizando la calidad, accesibilidad, oportunidad, continuidad, integralidad de los servicios, en función de la organización de la red de prestación de servicios definida por la entidad responsable del pago.

36.1. La referencia es el envío del paciente o elementos de ayuda diagnóstica por parte de un prestador de servicios de salud a otro prestador, para atención en salud o complementación diagnóstica que, de acuerdo con el nivel de resolución, dé respuesta a las necesidades en salud del usuario.

36.2. La contrarreferencia es la respuesta que el prestador de servicios en salud receptor de la referencia, da al prestador que remitió. La respuesta puede ser la contra remisión del paciente con las debidas indicaciones a seguir o simplemente la información sobre la atención prestada al paciente en la institución receptora, o el resultado de las solicitudes de ayuda diagnóstica.

ARTÍCULO 8. GLOSARIO

39. Telemedicina: Es la provisión de servicios de salud a distancia, en los componentes de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación, por profesionales de la salud que utilizan tecnologías de la información y la comunicación, que les permiten intercambiar datos con el propósito de facilitar el acceso de la población a los servicios que presenten limitaciones de oferta o de acceso a los servicios en su área geográfica.

15. Cuidados Paliativos: Son los cuidados apropiados para el paciente con una enfermedad terminal, crónica, degenerativa e irreversible donde el control del dolor y otros síntomas, requieren además del apoyo médico, social y espiritual, de apoyo psicológico y familiar, durante la enfermedad y el duelo.

El objetivo de los cuidados paliativos es lograr la mejor calidad de vida posible para el paciente y su familia. La medicina paliativa afirma la vida y considera el morir como un proceso normal

Procedimientos

C.U.P.S.	DESCRIPCIÓN
93.7.0.	**TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA INTEGRAL** Procedimiento de un profesional de la salud para la evaluación, diagnóstico e intervención para mejorar los trastornos del lenguaje y sus componentes que son el habla, la audición y la comprensión del lenguaje
93.7.1.	**TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA PARA PROBLEMAS EVOLUTIVOS Y ADQUIRIDOS DEL LENGUAJE** Procedimiento de un profesional de la salud para la evaluación, diagnóstico e intervención para mejorar los trastornos del lenguaje oral y escrito y sus componentes que son el habla, la audición y la comprensión del lenguaje.
93.7.2.	**TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA PARA DESÓRDENES AUDITIVOS COMUNICATIVOS** Procedimiento terapéutico de un profesional de la salud para mejorar los trastornos del lenguaje, específicamente la función de los músculos de la boca y las habilidades para la producción del habla, características articulatorias, de fluidez, de resonancia y de voz; y las habilidades para masticar y pasar los alimentos de la boca hacia el esófago
93.7.4.	**TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA PARA DESÓRDENES COGNITIVO COMUNICATIVOS** Procedimiento terapéutico de un profesional de la salud para rehabilitar a las personas que no pueden comprender el lenguaje o expresarse a través de este

Procedimientos

C.U.P.S.	DESCRIPCIÓN
93.7.5.	**OTRO ENTRENAMIENTO Y TERAPIA DEL HABLA** Procedimiento terapéutico de un profesional de la salud para rehabilitar a las personas que no pueden hablar por problemas en la producción de los sonidos.
93.8.3	**TERAPIA OCUPACIONAL** Procedimiento de un profesional de la salud para la evaluación, diagnóstico e intervención en terapia ocupacional, que busca mejorar o recuperar sus funciones físicas básicas o de razonamiento para poder hacer una función.
93.8.6.	**REHABILITACIÓN FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA-DISCAPACIDAD (FÍSICA, SENSORIAL O MENTAL)** Es el conjunto organizado de actividades, procedimientos e intervenciones tendientes a desarrollar, mejorar, mantener o restaurar la capacidad funcional física, sensorial o mental. Serán cubiertos con cargo a la UPC, sólo cuando correspondan al ámbito de la salud.
93.3.9	**TERAPIA DE INTEGRACION SENSORIAL** Procedimiento terapéutico de un profesional de la salud que busca mejorar la capacidad del sistema nervioso de interpretar y organizar la información captada por los órganos de los sentidos y el entrenamiento para poder mejorar los movimientos y la posición del cuerpo en el espacio

Procedimientos

C.U.P.S.	DESCRIPCIÓN
93.0.1.	**EVALUACIÓN FUNCIONAL** **Incluye: MÉTODOS Y ESTRATEGIAS PARA EVALUAR COMPONENTES CONGNOCITI VOS, SOCIAFECTIVOS Y ESPIRITUALES DEL DESEMPEÑO** Procedimiento diagnóstico que permiten evaluar las funciones del cerebro a través de diferentes pruebas . Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (93.0.1), salvo: Evaluación del desempeño ocupacional funcional, por corresponder a Riesgos Laborales.
93.0.1.01	**PRUEBA DE INTEGRACIÓN SENSORIAL** Procedimiento terapéutico de un profesional de la salud que busca mejorar la capacidad del sistema nervioso de interpretar y organizar la información captada por los órganos de los sentidos y el entrenamiento para poder mejorar los movimientos y la posición del cuerpo en el espacio
93.0.1.02	**PRUEBA COGNITIVA**

Procedimientos

C.U.P.S.	DESCRIPCIÓN
93.0.1.06	**EVALUACIÓN FONOAUDIOLÓGICA DE DESÓRDENES DE LENGUAJE Y VOZ** Incluye: ***PRUEBAS DE MINESSOTA, DINAMOMETRIA, DE DESÓRDENES AUDITIVOS COMUNICATIVOS, COGNOCITIVOS COMUNICATIVOS***
93.0.1.07	**PRUEBAS FONOAUDIOLÓGICAS DE LA COMUNICACIÓN FUNCIONAL (HABLA)**
93.7.0.	**TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA INTEGRAL** Procedimiento de un profesional de la salud para la evaluación, diagnóstico e intervención para mejorar los trastornos del lenguaje y sus componentes que son el habla, la audición y la comprensión del lenguaje.
93.7.1.	**TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA PARA PROBLEMAS EVOLUTIVOS Y ADQUIRIDOS DEL LENGUAJE** Procedimiento de un profesional de la salud para la evaluación, diagnóstico e intervención para mejorar los trastornos del lenguaje oral y escrito y sus componentes que son el habla, la audición y la comprensión del lenguaje.
93.7.4,	**TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA PARA DESÓRDENES COGNITIVO COMUNICATIVOS** Procedimiento terapéutico de un profesional de la salud para rehabilitar a las personas que no pueden comprender el lenguaje o expresarse a través de este
93.7.5.	**OTRO ENTRENAMIENTO Y TERAPIA DEL HABLA** Procedimiento terapéutico de un profesional de la salud para rehabilitar a las personas que no pueden hablar por problemas en la producción de los sonidos

Procedimientos

C.U.P.S.	DESCRIPCIÓN
94.0.2	**ADMINISTRACION [APLICACION] DE PRUEBA DE PERSONALIDAD** Procedimiento diagnóstico que trata de la aplicación de un cuestionario que permite conocer el comportamiento típico de una persona.
94.0.3	**ANALISIS DE CARÁCTER [CONDUCTA]** Procedimiento diagnóstico que trata del análisis de los problemas del comportamiento y manejo de los sentimientos y emociones de una persona
94.0.9	**DETERMINACIÓN DEL ESTADO MENTAL PSICOLOGICO** Procedimiento diagnóstico realizado por un psicólogo que evalúa el estado mental de un paciente teniendo en cuenta los conocimientos, las emociones y los comportamientos sociales.
94.1.1	**DETERMINACIÓN DEL ESTADO MENTAL PSIQUIATRICO** Procedimiento diagnóstico realizado por un médico especialista en psiquiatría que evalúa el estado mental de un paciente teniendo en cuenta los conocimientos, las emociones y los comportamientos sociales.
94.1.4.	**EVALUACIÓN DE SALUD MENTAL POR EQUIPO INTERDISCIPLINARIO** Procedimiento para verificar las facultades de pensamiento de una persona y determinar si cualquier problema está mejorando o empeorando. También se denomina examen o prueba neurocognitiva.

Procedimientos

C.U.P.S.	DESCRIPCIÓN
94.3.1	**PSICOTERAPIA INDIVIDUAL** Procedimiento terapéutico realizado individualmente a un paciente
94.3.5	**INTERVENCION EN CRISIS** Procedimiento terapéutico realizado a un paciente por situación puntual que afecta su estado mental.
94.4.0	**PSICOTERAPIA DE PAREJA** Procedimiento terapéutico realizado a una pareja con el fin de mejorar la convivencia y lograr una correcta comunicación entre las partes.
94.4.1	**PSICOTERAPIA FAMILIAR** Conjunto de consultas y procedimientos de carácter psiquiátrico o psicológico que se realizan a una familia que presenta alteraciones en sus relaciones, emociones o conductas
94.4.2	**PSICOTERAPIA DE GRUPO** Conjunto de consultas y procedimientos de carácter psiquiátrico o psicológico que se realizan a un grupo humano específico que presenta alteraciones en sus relaciones, emociones o conductas

Procedimientos

MINSALUD

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

C.U.P.S.	DESCRIPCIÓN
89.0.1	**ENTREVISTA, CONSULTA Y EVALUACION [VISITA] DOMICILIARIA** La provisión integral de procedimientos e intervenciones (entrevista, consulta, educación, entrenamiento, seguimiento terapéutico, evaluación) al usuario y familia en su lugar de residencia o S1T110 de trabajo, para restaurar o mantener su funcionalidad física, mental o sensorial; comprende también la visita epidemiológica
89.0.1.01	**ATENCIÓN (VISITA) DOMICILIARIA, POR MEDICINA GENERAL**
89.0.1.02	**TENCIÓN (VISITA) DOMICILIARIA, POR MEDICINA ESPECIALIZADA**
89.0.1.05	**ATENCIÓN (VISITA) DOMICILIARIA, POR ENFERMERIA** Incluye: procedimientos realizados por enfermera profesional o auxiliar de enfermería bajo su estricta supervisión
89.0.1.08	**ATENCIÓN (VISITA) DOMICILIARIA, POR PSICOLOGÍA**
89.0.1.09	**ATENCIÓN (VISITA) DOMICILIARIA, POR TRABAJO SOCIAL**

Procedimientos

C.U.P.S.	DESCRIPCIÓN
89.0.1.13	ATENCIÓN (VISITA) DOMICILIARIA, POR TERAPIA OCUPACIONAL
89.0.1.14	ATENCIÓN (VISITA) DOMICILIARIA, POR PROMOTOR DE LA SALUD
89.0.1.15	ATENCIÓN (VISITA) DOMICILIARIA, POR EQUIPO INTERDISCIPLINARIO
99.0.1	EDUCACION GRUPAL EN SALUD Actividad educativa en temas de salud realizada a un grupo de pacientes
99.0.2	EDUCACION INDIVIDUAL EN SALUD Actividad educativa en temas de salud realizada a un paciente

MEDICAMENTOS

N05BA1201	ALPRAZOLAM	ALPRAZOLAM	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO , CÁPSULA
N04BB0101	AMANTADINA	AMANTADINA SULFATO O CLORHIDRATO	Incluye todas las concentraciones	TABLETAS CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUEN LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CAPSULA.
N06AA0901	AMITRIPTILINA	AMITRIPTILINA CLORHIDRATO	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO , CÁPSULA

MEDICAMENTOS

N04AA 0201	BIPERIDENO	BIPERIDENO CLORHIDRATO	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO , CÁPSULA
N04AA 0202	BIPERIDENO	BIPERIDENO LACTATO	5 mg/mL (0,5%)	SOLUCIÓN INYECTABLE

MEDICAMENTOS

N03AF0102	CARBAMAZEPINA	CARBAMAZEPINA	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO , CÁPSULA
N03AF0101	CARBAMAZEPINA	CARBAMAZEPINA	100 mg/5 mL (2%)	SUSPENSIÓN ORAL

MEDICAMENTOS

N03AE 0101	CLONAZEPAM	CLONAZEPAM	7,5 mg/5 mL (0,25%)	SOLUCIÓN ORAL
N03AE 0102	CLONAZEPAM	CLONAZEPAM	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO , CÁPSULA
N05AH 0201	CLOZAPINA	CLOZAPINA	Incluye todas las concentraciones	TABLETAS CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUEN LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CAPSULA.

MEDICAMENTOS

N05B A0102	DIAZEPAM	DIAZEPAM	5 mg/mL (0,5%)	SOLUCIÓN INYECTABLE
N05B A0101	DIAZEPAM	DIAZEPAM	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO , CÁPSULA

MEDICAMENTOS

N03AA 0201	FENOBARBITAL	FENOBARBITAL	20 mg/5 mL (0,4%)	ELIXIR
N03AA 0202	FENOBARBITAL	FENOBARBITAL	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO O QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO , CÁPSULA
N03AA 0203	FENOBARBITAL	FENOBARBITAL SÓDICO	200 mg/ mL (20%)	SOLUCIÓN INYECTABLE
N03AA 0204	FENOBARBITAL	FENOBARBITAL SÓDICO	40 mg/mL (4%)	SOLUCIÓN INYECTABLE
N03AA 0201	FENOBARBITAL	FENOBARBITAL	20 mg/5 mL (0,4%)	Elixir

MEDICAMENTOS

N06AB 0301	FLUOXETINA	FLUOXETINA	20 mg/5 mL (como base) (0,4%)	SOLUCIÓN ORAL
N06AB 0302	FLUOXETINA	FLUOXETINA	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO , CÁPSULA
N05AD 0101	HALOPERIDOL	HALOPERIDOL	Todas las concentraciones	SOLUCIÓN INYECTABLE
N05AD 0102	HALOPERIDOL	HALOPERIDOL	2 mg/mL (0,2%)	SOLUCIÓN ORAL
N05AD 0103	HALOPERIDOL	HALOPERIDOL	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO , CÁPSULA

MEDICAMENTOS

NO6AA 0201	IMIPRAMINA	IMIPRAMINA CLORHIDRATO	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA
NOSAA 0201	LEVOMEPROMAZINA	LEVOMEPROMAZINA	Todas las concentraciones	SOLUCIÓN INYECTABLE
NOSAA 0202	LEVOMEPROMAZINA	LEVOMEPROMAZINA	40 mg/mL (4%)	SOLUCIÓN ORAL
NO5AA 0203	LEVOMEPROMAZINA	LEVOMEPROMAZINA	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA.

MEDICAMENTOS

N05A N0101	LITIO	LITIO CARBONATO	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA
N05B A0601	LORAZEPAM	LORAZEPAM	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA.
N02A C5201	METADONA, COMBINACIONES EXCL. PSICOLÉPTICOS	METADONA CLORHIDRATO	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA.
N06B A0401	METILFENIDATO	METILFENIDATO	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA.

MEDICAMENTOS

N05CD 0801	MIDAZOLAM	MIDAZOLAM	1 mg/mL (0,1%)	SOLUCIÓN INYECTABLE
N05CD 0802	MIDAZOLAM	MIDAZOLAM	Todas las concentraciones	SOLUCIÓN INYECTABLE
N05CD 0803	MIDAZOLAM	MIDAZOLAM	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA.
V03AB 1501	NALOXONA	NALOXONA CLORHIDRATO	0,4 mg/mL (0,04%)	SOLUCIÓN INYECTABLE
N05AC 0401	PIPOTIAZINA	PIPOTIAZINA PALMITATO	25 mg/mL (2,5%)	SOLUCIÓN INYECTABLE

MEDICAMENTOS

568	N06A B0601	SERTRALINA	SERTRALINA	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA.
616	N05A C0201	TIORIDAZINA	TIORIDAZINA CLORHIDRATO	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA.
617	N05A C0202	TIORIDAZINA	TIORIDAZINA CLORHIDRATO	Incluye todas las concentraciones	TABLETA DE LIBERACIÓN PROGRAMADA

MEDICAMENTOS

N06A X0501	TRAZODONA	TRAZODONA CLORHIDRATO	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA.
N03A G0101	ÁCIDO VALPROICO	VALPROICO ÁCIDO	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA.
N03A G0102	ÁCIDO VALPROICO	VALPROICO SÓDICO	250 mg/5 mL como ácido (5%)	JARABE

MEDICAMENTOS

NO3AG0401	VIGABATRIN *Epilepisa refractaria*	VIGABATRIN	Incluye todas las concentraciones	Todas las presentaciones
NO3AX1101	TOPIRAMATO *Epilepsia refractaria*	TOPIRAMATO	Incluye todas las concentraciones	Todas las presenteaciones
NO3AA0301	PRIMIDONA	PRIMIDONA	Todas las concentraciones	Con o sin recubrimiento que no afecte la liberación
NO3AF0201	OXCARBAZEPINA Epilepsia Rerfractaria	OXCARBAZEPINA	Todas las concentraciones	Todas las presentaciones
NO3AX1401	LEVETIRACETAM *Epilepsia refractaria*	LEVETIRACETAM	Todas las concentraciones	Todas las presentaciones

MEDICAMENTOS

NO3A X0901	LAMOTRIGINA *Epilepisa refractaria*	LAMOTRIGINA	Incluye todas las concentraciones	Con o sin cubierta que no altere la liberación
NO3A X1801	LACOSAMIDA *Epilepsia refractaria*	LACOSAMIDA	Incluye todas las concentraciones	Todas las presenteaciones
NO3A B0201	FENITOINA	FENITOINA	125 mg/5 ml (2,5%)	Suspensión oral
NO3A B0203	FENITOINA	FENITOINA SÓDICA	Todas las concentraciones	Presnetación parenteral
NO3A B0202	FENITOINA	FENITOINA SÓDICA	Todas las concentraciones	Tableta o cápsula que no afecte la liberación
NO3A D0101	ETOSUXIMIDA	ETOSUXIMIDA	Todas las concentraciones	Tableta o cápsula que no alterae la liberaicón

S POR UN
VO PAÍS
IDAD EDUCACIÓN

MEDICAMENTOS

PATOLOGÍA	Código (ATC)	PRINCIPIO ACTIVO	CONCENTRACIÓN FORMA FARMACÉUTICA	ACLARACIÓN
DEPRESION	N06AB1001	ESCITALOPRAM	Incluye todas las Concentraciones Y Formas farmacéuticas	CUBIERTO PARA USO EN DEPRESIÓN MODERADA Y SEVERA
	N06AB0801	FLUVOXAMINA	Incluye todas las Concentraciones Y Formas farmacéuticas	
	N06AB0501	PAROXETINA	Incluye todaslas Concentraciones Y Formas farmacéuticas	

MEDICAMENTOS

PATOLOGÍA	Código (ATC)	PRINCIPIO ACTIVO	CONCENTRACIÓN FARMACÉUTICA	ACLARACIÓN
TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR	N05AX1201	ARIPIPRAZOL	Incluye todas las Concentraciones Y Formas farmacéuticas	CUBIERTO PARA USO EN TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR EN TERAPIA COMBINADA CON ESTABILIZADORES DEL ÁNIMO
	N05AH0302	OLANZAPINA	Incluye toda slas Concentraciones Y Formas farmacéuticas	
	N05AH0401	QUETIAPINA	Incluye todas las Concentraciones Y Formas farmacéuticas	
	N05AX0805	RISPERIDONA	Incluye todas las Concentraciones Y Formas farmacéuticas	

MEDICAMENTOS

PATOLOGÍA	Código (ATC)	PRINCIPIO ACTIVO	CONCENTRACIÓN FARMACÉUTICA	ACLARACIÓN
DEMENCIA	N06DA035	RIVASTIGMINA	18mg PARCHE	CUBIERTO EN EL MANEJO DE LA DEMENCIA
	N06DA036	RIVASTIGMINA	27mg PARCHE	
	N06DA037	RIVASTIGMINA	9mg PARCHE	
	N06DA034	RIVASTIGMINA	Incluye todas las Concentraciones	

MENSAJES CLAVES

En el Plan Obligatorio de Salud vigente (Resolución 5592 del 24 de diciembre del 2015) están incluidos los procedimientos, actividades e intervenciones para el tratamiento de los problemas y trastornos mentales y del comportamiento, por lo **cual cualquier ciudadano** puede asistir a la **Institución Prestadora de Servicios de Salud** en la que habitualmente es atendido y **solicitar la prestación de servicios** de salud que permita el diagnóstico y el tratamiento correspondiente a través de la **red de servicios de salud de cada Empresa Administradora de Planes de Beneficios** (E.P.S.).

MINSALUD

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

MENSAJES CLAVES

El actual Plan Obligatorio de Salud incluye la **internación** (hospitalización) de pacientes con trastorno o enfermedad mental de cualquier tipo durante la fase aguda de su enfermedad y podrá extenderse **hasta 90 días**, continuos o discontinuos por **año calendario** y en caso de que esta crisis ponga en peligro su vida o integridad, la de sus familiares o la comunidad **durante el periodo que considere necesario el o los profesionales tratantes**.

Sin embargo dicha norma explicita que sin perjuicio del criterio del profesional tratante, el paciente con trastorno o enfermedad mental, se manejará de preferencia en el programa de **internación parcial u hospital día**, según la normatividad vigente y en servicios debidamente habilitados para tal fin.

MENSAJES CLAVES

En concordancia con consensos de expertos a nivel mundial (Declaración de Caracas de 1990 y el Consenso de Panamá en 2010) OPS/OMS, en el Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS de Colombia, la **hospitalización** para personas con trastornos mental (incluyendo los derivados o asociados al consumo de sustancias psicoactivas), **sólo es recomendable en fases agudas**, por tanto es indispensable la respectiva valoración médica y luego de la superación de la crisis, se recomienda la **reincorporación a la red de apoyo social y familiar**.

MENSAJES CLAVES

La **Ley 715 de 2001**, le da a las Entidades Territoriales las **competencias** para realizar acciones y prestar servicios de **asistencia social** y cada una organiza de forma particular la oferta a su población.

En consecuencia, si un ciudadano se encuentra en una situación de **vulnerabilidad que requiera la asistencia social por parte del Estado**, conforme a las competencias establecidas en la normatividad vigente, es la entidad territorial quien debe lidera las acciones protección que complementan los servicios de salud del POS.

MENSAJES CLAVES

La **Resolución 518/2015** (Artículo 5º) incluye entre los procesos de la Gestión de la Salud Pública :

"Gestión de la prestación de servicios individuales: para mejorar la **calidad** de la **prestación de servicios de salud,** el **acceso y el uso de los recursos en salud**, a fin de lograr la **atención en salud efectiva e integral** de la población colombiana, que incluye la **detección temprana, protección específica, recuperación de la salud, rehabilitación del daño y atención paliativa**."

MENSAJES CLAVES

La **negación de los servicios de salud** a la población constituye una **violación a sus derechos fundamentales** y debe ser denunciada ante las entidades territoriales, organismos de control (Superintendencia Nacional de Salud) o las entidades de protección de los derechos humanos (Personería Municipal - Distrital o Defensoría del Pueblo).

www.supersalud.gov.co

www.defensoria.gov.co





MINSALUD

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN



GRACIAS

MINSALUD

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN



¡Las acciones quedan grabadas en el subconsciente!

Comportamiento de la Violencia Intrafamiliar. Colombia, 2015

María Acosta Vélez
Sicóloga
Magíster en Sistema Penal y Problemas Sociales
Magíster en Estudios Interdisciplinares de Género
Investigadora Área Seguridad y Política Criminal

Fundación Ideas para la Paz

RESUMEN

Según cifras del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, durante el año 2015 se registraron 26.985 casos de violencia intrafamiliar en Colombia, de los cuales 10.435 casos correspondieron a violencia contra niños, niñas y adolescentes, con una tasa de 67,47 por cada 100.000 habitantes; 1.651 casos de violencia contra la población adulta mayor, con una tasa de 30,94; y 14.899 casos de violencia entre otros familiares, con una tasa de 54,38.

Para el caso de la violencia contra niños, niñas y adolescentes, el presunto agresor correspondió a los padres y madres en proporciones similares. En el total de los casos, el padre representó el 32,88% y la madre el 30,69%. En los casos de violencia contra la población adulta mayor, el 38,42% fueron cometidos presuntamente por el hijo/a. Para los casos de violencia entre otros familiares, se registró que en el 25,74% de los casos, el presunto agresor fue el hermano/a, seguido del 16,85 por parte del cuñado/a.

En cuanto al escenario del hecho violento, 19.561 casos se produjeron en la vivienda, lo cual corresponde al 72,48%. El 53,59% de los casos se cometieron con mecanismos contundentes, seguido del 16,32% con mecanismo múltiple. 4.653 de los casos no registraron diagnóstico topográfico de la lesión; sin embargo, de los 22.332 restantes, el 60,13% fueron diagnosticados con politraumatismos.

INTRODUCCIÓN

La familia es definida como el escenario en el cual los individuos construyen las bases para interactuar con el mundo social, aprenden a comunicarse, a respetar y comprender las normas sociales (1). Actualmente, el concepto de familia se ha trasformado pues el modelo imperante, compuesto por padre, madre e hijos/as, se ha resignificado, encontrando familias extensas, familias monoparentales/monomarentales, parejas del mismo sexo, entre otras.

La violencia, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) se define como "*el uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho o como amenaza, contra uno mismo, otra persona o un grupo de comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daño psicológico, trastornos en el desarrollo o privaciones*." (2).

El acto violento se entiende como el abuso de poder que ejerce un individuo sobre otro que es percibido como vulnerable. La mayor parte de las víctimas de esta violencia son los/las menores de edad, la población adolescente, las mujeres, personas con capacidad reducida y la población adulta mayor.

Existen diversos tipos de violencia: La violencia física, entendida como el acto de infligir daño o dolor; la violencia psicológica produciendo desvalorizaciones y humillaciones a través de amenazas, insultos, coacciones, control, ridiculización y menosprecio; la violencia sexual, entendida como cualquier contacto sexual sin consentimiento; la violencia económica a través de acciones de explotación económica o control de recursos; y negligencia por omisión de acciones de cuidado sea voluntaria o involuntariamente (3). Este tipo de violencia se puede manifestar entre diferentes integrantes de la familia, de padres a hijos/as, entre hermanos/as, de hijos/as hacia padres o hacia población adulta mayor integrante de la familia.

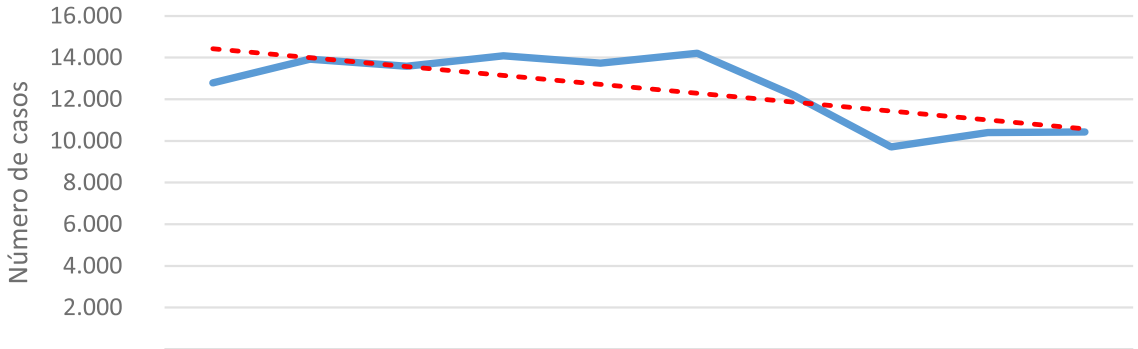
Este documento expone los registros de violencia física perpetuados sobre niños, niñas y adolescentes; población adulta mayor; y entre otros familiares.

VIOLENCIA CONTRA NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES

Resultados generales

Durante el año 2015 se registraron en Colombia 10.435 casos de violencia contra niños, niñas y adolescentes, 33 casos más que en 2014. La tasa por 100.000 para este mismo año fue de 67,47 con una variación positiva de 0,33 puntos porcentuales. Si bien desde 2006 hasta el 2011 se presentó una tasa ascendente, desde este último año hasta el 2015 el descenso en este tipo de violencia ha sido significativo (Figura 1).

Figura 1. Violencia contra niños, niñas y adolescentes, casos y tasas por 100.000 habitantes. Colombia, 2006 – 2015



	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Casos	12.788	13.919	13.580	14.087	13.731	14.211	12.173	9.708	10.402	10.435
Tasa	80,7	87,99	86,07	89,57	87,61	90,95	78,15	62,51	67,14	67,47

Años

Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses / Grupo Centro de Referencia Nacional sobre Violencia / Sistema de Información de Clínica y Odontología Forense / Sistema de Inforamción Nacional de Estadísticas Indirectas. Tasas calculadas con base en las proyecciones de población. DANE 2005-2020

Distribución Sociodemográfica

De los casos registrados el 46,18% corresponden a hombres y 53,82% a mujeres. Ello indica que no existe una prevalencia por género en este tipo de violencia. Sin embargo, al observar los rangos de edad se observa que la violencia contra las mujeres se intensifica entre los 10 y 14 años con 1.995 casos, mientras que en los niños se registran 1.597. Llama la atención que, en el siguiente grupo, entre los 15 y 17 años, la violencia contra los adolescentes hombres disminuye significativamente, se presentaron 809 casos, representado en una tasa de 60,89 por 100.000 habitantes, mientras que en las mujeres adolescentes se presentaron 1.526 casos, con una tasa de 119,72 por 100.000 habitantes (Tabla 1.).

Tabla 1. Violencia contra niños, niñas y adolescentes según grupo de edad y sexo de la víctima. Colombia, 2015

Grupo de edad	Hombre			Mujer			Total		
	Casos	%	Tasa x 100.000 hab.	Casos	%	Tasa x 100.000 hab.	Casos	%	Tasa x 100.000 hab.
(00 a 04)	964	20,01	43,60	862	15,35	40,84	1.826	17,50	42,25
(05 a 09)	1.448	30,05	66,51	1.231	21,93	59,14	2.679	25,68	62,91
(10 a 14)	1.597	33,15	73,00	1.995	35,54	95,22	3.592	34,43	83,87
(15 a 17)	809	16,79	60,89	1.526	27,18	119,72	2.335	22,38	89,69
Total	**4.818**	**100**	**60,95**	**5.614**	**100**	**74,24**	**10.432**	**100**	**67,45**

Nota: Se excluyen tres casos sin información de edad.

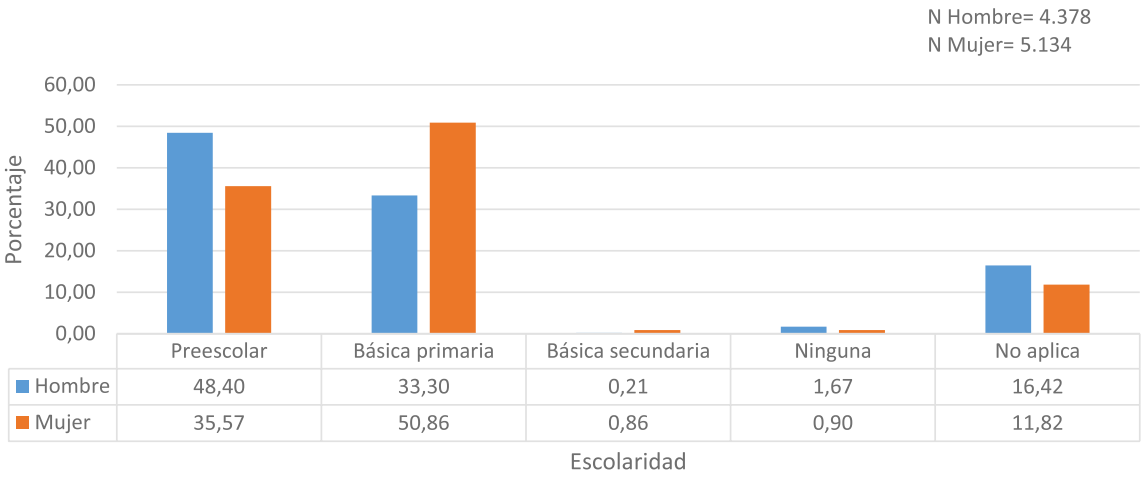
Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses / Grupo Centro de Referencia Nacional sobre Violencia / Sistema de Información de Clínica y Odontología Forense / Sistema de Inforamción Nacional de Estadísticas Indirectas. Tasas calculadas con base en las proyecciones de población. DANE 2005-2020.

El nivel de escolaridad de las víctimas hombres se concentra en un 48,40% en preescolar, seguido del 33,30% en básica primaria. En las mujeres se observó lo contrario, el 50,86% pertenecen a básica primaria, mientras el 35,57% a preescolar (Figura 2).

En relación con el factor de vulnerabilidad solo se puede realizar una lectura parcial, pues los datos no son concluyentes debido a la falta de información en 9.416 casos. Frente a los 1.019 casos reportados, 183 casos de hombres y 168 de mujeres corresponden a personas bajo custodia, mientras que 189 de las víctimas declararon ser consumidores de sustancias psicoactivas (Tabla 2).

El presunto agresor en los casos de violencia contra niños, niñas y adolescentes corresponde a padres y madres en proporciones similares. En el total de los casos, el padre representa el 32,88% y la madre el 30,69%. En los casos restantes el presunto agresor corresponde, principalmente, al padrastro, tío/a, otros familiares, hermano/a (Tabla 3).

Figura 2. Violencia contra niños, niñas y adolescentes según escolaridad y sexo de la víctima. Colombia, 2015



	Preescolar	Básica primaria	Básica secundaria	Ninguna	No aplica
Hombre	48,40	33,30	0,21	1,67	16,42
Mujer	35,57	50,86	0,86	0,90	11,82

Nota: Se excluyen 923 casos sin información de escolaridad.

Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses / Grupo Centro de Referencia Nacional sobre Violencia / Sistema de Información de Clínica y Odontología Forense / Sistema de Inforamción Nacional de Estadísticas Indirectas.

Tabla 2. Violencia contra niños, niñas y adolescentes según factor de vulnerabilidad y sexo de la víctima. Colombia, 2015

Factor de vulnerabilidad	Hombre		Mujer		Total	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%
Personas bajo custodia	183	36,90	168	32,12	351	34,45
Consumidores de sustancias psicoactivas (drogas, alcohol, etc.)	86	17,34	103	19,69	189	18,55
Campesinos (as) y/o trabajadores (as) del campo	21	4,23	28	5,35	49	4,81
Pertenecientes a grupos étnicos	18	3,63	14	2,68	32	3,14
Personas con orientación sexual diversa (LGBTI)	2	0,40	4	0,76	6	0,59
Desplazados (as)	2	0,40	1	0,19	3	0,29
Habitante de la calle	1	0,20	-	0,00	1	0,10
Personas desmovilizadas o reinsertadas	-	0,00	1	0,19	1	0,10
Ninguno	143	28,83	162	30,98	305	29,93
Otro	40	8,06	42	8,03	82	8,05
Total	**496**	**100**	**523**	**100**	**1.019**	**100**

Nota: Se excluyen 9.416 casos sin información de factor de vulnerabilidad.

Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses / Grupo Centro de Referencia Nacional sobre Violencia / Sistema de Información de Clínica y Odontología Forense / Sistema de Inforamción Nacional de Estadísticas Indirectas.

Tabla 3. Violencia contra niños, niñas y adolescentes según presunto agresor y sexo de la víctima. Colombia, 2015

Presunto agresor	Hombre		Mujer		Total	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%
Padre	1.534	33,80	1.695	32,09	3.229	32,88
Madre	1.349	29,72	1.665	31,52	3.014	30,69
Padrastro	444	9,78	488	9,24	932	9,49
Tio (a)	280	6,17	326	6,17	606	6,17
Otros familiares civiles o consanguineos	244	5,38	288	5,45	532	5,42
Hermano (a)	193	4,25	296	5,60	489	4,98
Encargado del cuidado	189	4,16	140	2,65	329	3,35
Abuelo (a)	109	2,40	105	1,99	214	2,18
Madrastra	68	1,50	115	2,18	183	1,86
Primo (a)	75	1,65	88	1,67	163	1,66
Cuñado (a)	47	1,04	64	1,21	111	1,13
Suegro (a)	7	0,15	12	0,23	19	0,19
Total	**4.539**	**100**	**5.282**	**100**	**9.821**	**100**

Nota: Se excluyen 614 casos sin información de presunto agresor.

Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses / Grupo Centro de Referencia Nacional sobre Violencia / Sistema de Información de Clínica y Odontología Forense / Sistema de Inforamción Nacional de Estadísticas Indirectas.

Distribución espaciotemporal del hecho

La mayor parte de los hechos victimizantes se dan en el marco de actividades vitales o relacionadas con el cuidado personal de los niños, niñas y adolescentes (1.558 hombres y 1.806 mujeres) (Tabla 4).

Tabla 4. Violencia contra niños, niñas y adolescentes según actividad durante el hecho y sexo de la víctima. Colombia, 2015

Actividad	Hombre		Mujer		Total	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%
Actividades vitales o relacionadas con el cuidado personal	1.558	34,34	1.806	34,24	3.364	34,29
Actividades de trabajo doméstico no pagado para el uso del propio hogar	1.011	22,28	1.323	25,09	2.334	23,79
Actividades de desplazamiento de un lugar a otro	732	16,13	854	16,19	1.586	16,17
Actividades relacionadas con el cuidado no pagado de miembros del hogar	214	4,72	247	4,68	461	4,70
Actividades relacionadas con el estudio y el aprendizaje	226	4,98	183	3,47	409	4,17
Actividades relacionadas con la asistencia a eventos culturales, de entretenimiento y/o deportivos	200	4,41	208	3,94	408	4,16
Actividades relacionadas con el trabajo remunerado	10	0,22	23	0,44	33	0,34
Actividades relacionadas con los deportes y el ejercicio físico	19	0,42	13	0,25	32	0,33
Actividades ilícitas o delictivas	19	0,42	11	0,21	30	0,31
Actividades relacionadas con manifestaciones públicas (marchas, protestas, etc.)	1	0,02	3	0,06	4	0,04
Durante una retención legal (preso detenido)	1	0,02	-	0,00	1	0,01
Otra	546	12,03	603	11,43	1.149	11,71
Total	**4.537**	**100**	**5.274**	**100**	**9.811**	**100**

Nota: Se excluyen 624 casos sin información de actidad durante el hecho.

Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses / Grupo Centro de Referencia Nacional sobre Violencia / Sistema de Información de Clínica y Odontología Forense / Sistema de Inforamción Nacional de Estadísticas Indirectas.

Acorde con lo anterior, el escenario donde se presentaron los hechos violentos fue la vivienda en un 86,30% (Tabla 5).

Tabla 5. Violencia contra niños, niñas y adolescentes según escenario del hecho y sexo de la víctima. Colombia, 2015

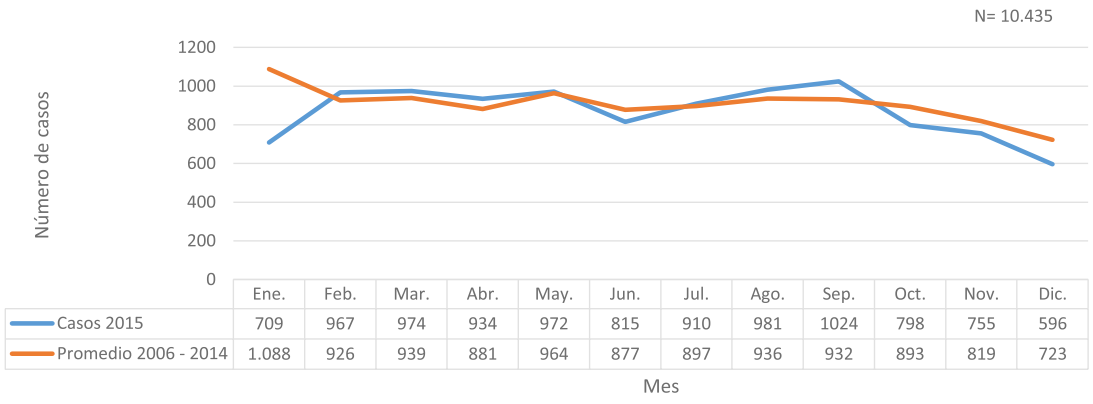
Escenario del hecho	Hombre		Mujer		Total	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%
Vivienda	3.744	84,92	4.514	87,48	8.258	86,30
Vía pública, calle, carretera	427	9,68	468	9,07	895	9,35
Escuelas, otras instituciones y áreas administrativas públicas	167	3,79	95	1,84	262	2,74
Áreas recreativas, baldios y espacios al aire libre	33	0,75	29	0,56	62	0,65
Comercio y áreas de servicio	24	0,54	35	0,68	59	0,62
Edificio de oficinas y lugares de trabajo	3	0,07	10	0,19	13	0,14
Vehículo de transporte	5	0,11	6	0,12	11	0,11
Área industrial y de la construcción	4	0,09	3	0,06	7	0,07
Zona de actividades agropecuarias	2	0,05		0,00	2	0,02
Total	**4.409**	**100**	**5.160**	**100**	**9.569**	**100**

Nota: Se excluyen 866 casos sin información de escenario del hecho.

Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses / Grupo Centro de Referencia Nacional sobre Violencia / Sistema de Información de Clínica y Odontología Forense / Sistema de Inforamción Nacional de Estadísticas Indirectas.

El comportamiento de este tipo de violencia presenta una disminución a lo largo del año. El mes con mayor número de casos en el histórico entre 2006 y 2014 ha sido el mes de enero con un promedio de 1.088 casos; sin embargo, durante el 2015 se apreció un comportamiento diferente, pues durante el mismo mes se presentaron 709 casos. En los últimos diez años, diciembre es el mes en que se presentan menor número de casos con un promedio de 723 hechos al mes (Figura 3).

Figura 3. Violencia contra niños, niñas y adolescentes según mes del hecho. Colombia, 2006 – 2015

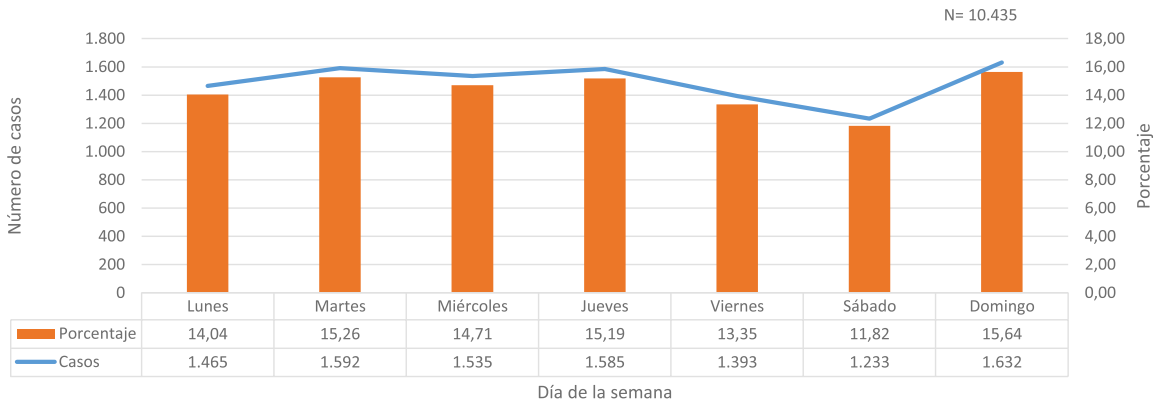


	Ene.	Feb.	Mar.	Abr.	May.	Jun.	Jul.	Ago.	Sep.	Oct.	Nov.	Dic.
Casos 2015	709	967	974	934	972	815	910	981	1024	798	755	596
Promedio 2006 - 2014	1.088	926	939	881	964	877	897	936	932	893	819	723

Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses / Grupo Centro de Referencia Nacional sobre Violencia / Sistema de Información de Clínica y Odontología Forense / Sistema de Inforamción Nacional de Estadísticas Indirectas.

De otro lado, se observó que la ocurrencia de este tipo de violencia se mantiene estable durante los días de la semana; es decir, no existe un patrón significativo en algún día de la semana (Figura 4).

Figura 4. Violencia contra niños, niñas y adolescentes según día del hecho. Colombia, 2015

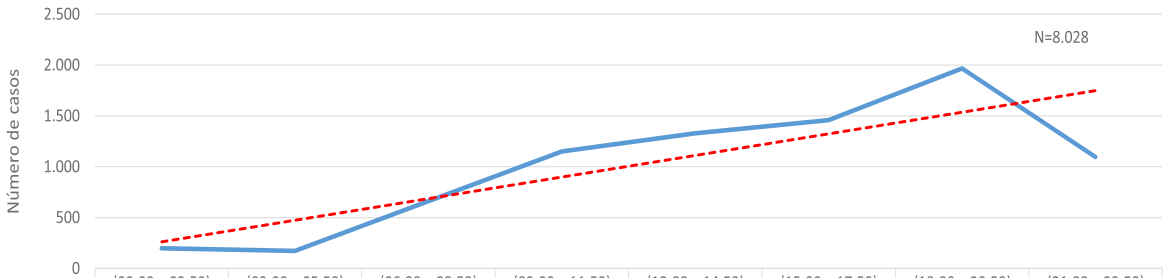


	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Porcentaje	14,04	15,26	14,71	15,19	13,35	11,82	15,64
Casos	1.465	1.592	1.535	1.585	1.393	1.233	1.632

Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses / Grupo Centro de Referencia Nacional sobre Violencia / Sistema de Información de Clínica y Odontología Forense / Sistema de Inforamción Nacional de Estadísticas Indirectas.

En relación con los horarios de mayor ocurrencia, se observó que la franja entre las 18:00 y las 20:59 se presentaron el mayor número de casos (1.966), seguido de la franja entre las 15:00 y las 17:59 (1.457) (Figura 5).

Figura 5. Violencia contra niños, niñas y adolescentes según rango de hora del hecho. Colombia, 2015



	(00:00 a 02:59)	(03:00 a 05:59)	(06:00 a 08:59)	(09:00 a 11:59)	(12:00 a 14:59)	(15:00 a 17:59)	(18:00 a 20:59)	(21:00 a 23:59)
Casos	197	172	660	1.150	1.329	1.457	1.966	1.097

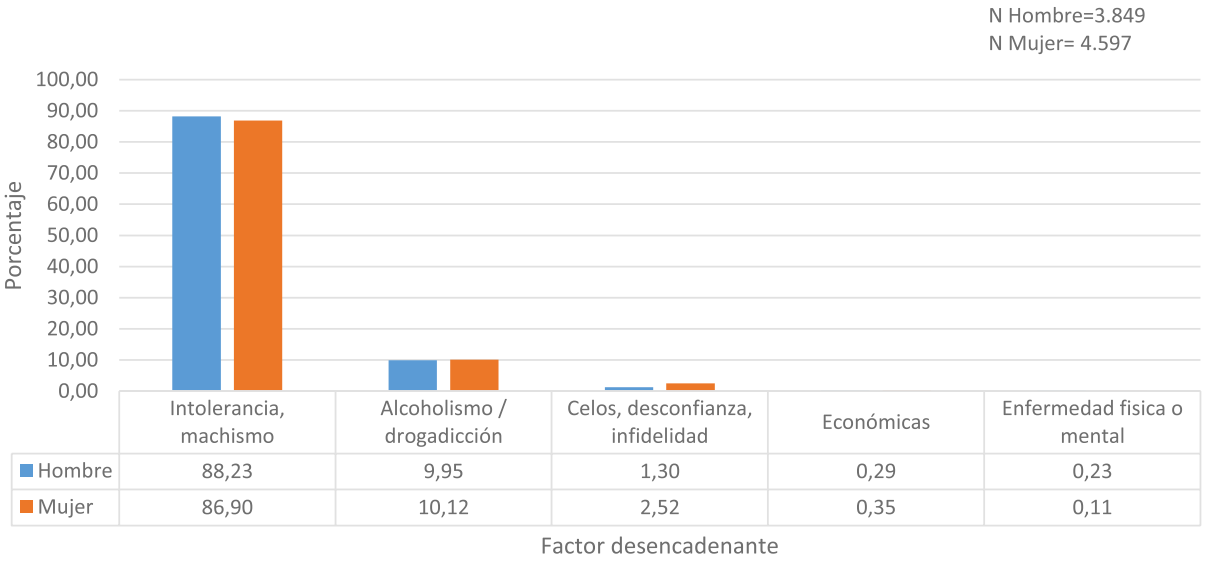
Nota: Se excluyen 2.407 casos sin información de rango de hora del hecho.

Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses / Grupo Centro de Referencia Nacional sobre Violencia / Sistema de Información de Clínica y Odontología Forense / Sistema de Inforamción Nacional de Estadísticas Indirectas.

Caracterización de la violencia contra niños, niñas y adolescentes

La mayor parte de los factores que desencadenaron los hechos violentos hacen referencia a la "intolerancia/machismo", en un 88,23% para víctimas hombres y un 86,90% para víctimas mujeres. En 1.989 casos no se reportó información sobre esta variable (Figura 6).

Figura 6. Violencia contra niños, niñas y adolescentes según factor desencadenante de la agresión y sexo de la víctima. Colombia, 2015



	Intolerancia, machismo	Alcoholismo / drogadicción	Celos, desconfianza, infidelidad	Económicas	Enfermedad fisica o mental
Hombre	88,23	9,95	1,30	0,29	0,23
Mujer	86,90	10,12	2,52	0,35	0,11

Nota: Se excluyen 1.989 casos sin información de factor desencadenante de la agresión.

Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses / Grupo Centro de Referencia Nacional sobre Violencia / Sistema de Información de Clínica y Odontología Forense / Sistema de Inforamción Nacional de Estadísticas Indirectas.

El 72,80%, correspondiente a 5.599 casos fueron cometidos con mecanismo contundentes, seguido de 1.024 casos cometidos con mecanismo múltiple (Tabla 6).

Del total de los casos reportados, 3.315 no tienen información sobre el diagnóstico topográfico de la lesión. De los 3.805 casos sobre mujeres niñas y adolescentes, 2.162 fueron diagnosticados como politraumatismo, 747 como trauma de miembros y 518 como trauma facial. De los 3.315 casos sobre hombres niños y adolescentes, el 57,32% correspondieron a politraumatismo, 15,93% a trauma de miembros y el 14,00% a trauma facial (Figura 7).

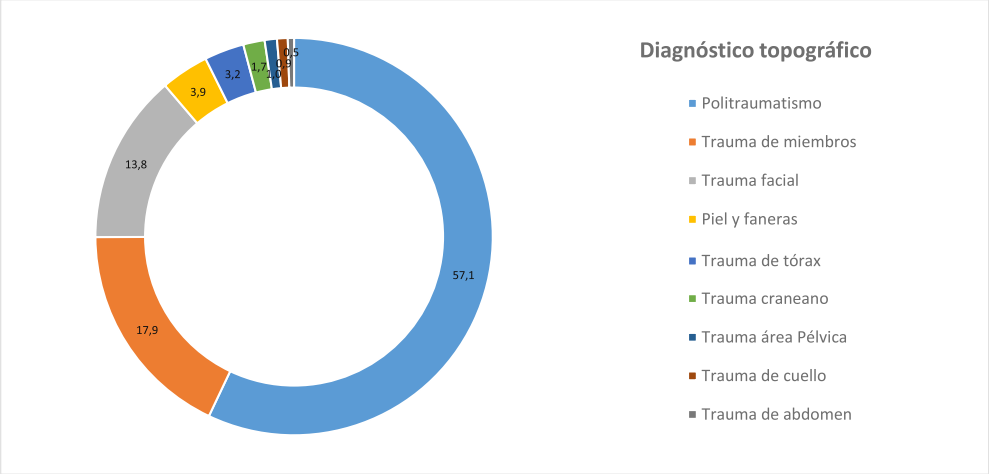
Tabla 6. Violencia contra niños, niñas y adolescentes según mecanismo causal y sexo de la víctima. Colombia, 2015

Mecanismo causal de la lesión	Hombre		Mujer		Total	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%
Contundente	2.540	70,99	3.059	74,37	5.599	72,80
Mecanismo múltiple	493	13,78	531	12,91	1.024	13,31
Corto contundente	259	7,24	263	6,39	522	6,79
Abrasivo	122	3,41	114	2,77	236	3,07
Cortante	74	2,07	71	1,73	145	1,89
Térmico	32	0,89	33	0,80	65	0,85
Corto punzante	38	1,06	17	0,41	55	0,72
Agentes y mecanismos biológicos	1	0,03	4	0,10	5	0,07
Biodinámico	2	0,06	3	0,07	5	0,07
Generadores de asfixia	2	0,06	3	0,07	5	0,07
Punzante	1	0,03	4	0,10	5	0,07
Tóxico	3	0,08	1	0,02	4	0,05
Proyectil de arma de fuego	3	0,08	-	0,00	3	0,04
Caústico	-	0,00	1	0,02	1	0,01
Eléctrico	-	0,00	1	0,02	1	0,01
Otros	8	0,22	8	0,19	16	0,21
Total	**3.578**	**100**	**4.113**	**100**	**7.691**	**100**

Nota: Se excluyen 2.744 casos con mecanismo causal de la lesión por determinar.

Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses / Grupo Centro de Referencia Nacional sobre Violencia / Sistema de Información de Clínica y Odontología Forense / Sistema de Inforamción Nacional de Estadísticas Indirectas.

Figura 7. Violencia contra niños, niñas y adolescentes según diagnóstico topográfico de la lesión. Colombia, 2015



Nota: Se excluyen 3.315 casos sin información de diagnóstico topográfico.

Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses / Grupo Centro de Referencia Nacional sobre Violencia / Sistema de Información de Clínica y Odontología Forense / Sistema de Inforamción Nacional de Estadísticas Indirectas.

Casos y tasas por departamentos y municipios

Los departamentos y sus municipios con mayor número de casos de violencia contra niños, niñas y adolescentes corresponden a Bogotá, D.C. (3.238); Antioquia (1.083) donde Medellín aportó 523; Cundinamarca (1.003) con un aporte de 297 casos en Soacha; Valle del Cauca (562) de los cuales 235 se presentaron en Cali; y Santander (440), donde Bucaramanga presentó el mayor número de casos (130) (Tabla 7).

Tabla 7. Violencia contra niños, niñas y adolescentes, según departamento / municipio del hecho y sexo de la víctima. Casos y tasas por 100.000 habitantes. Colombia, 2015

Código DANE	Departamento y municipio	Hombre		Mujer		Total	
		Casos	Tasa x 100.000 hab.	Casos	Tasa x 100.000 hab.	Casos	Tasa x 100.000 hab.
91	**Amazonas**	**16**	**92,11**	**15**	**88,18**	**31**	**90,17**
91001	Leticia	16	185,92	15	181,27	31	183,64
5	**Antioquia**	**497**	**51,04**	**586**	**62,99**	**1.083**	**56,88**
5002	Abejorral	4	131,80	3	105,67	7	119,17
5030	Amagá	1	19,76	-	0,00	1	10,18
5031	Amalfi	4	96,20	1	25,20	5	61,52
5034	Andes	5	63,63	4	53,92	9	58,92
5036	Angelópolis	2	151,86	1	81,77	3	118,11
5040	Anorí	2	64,58	1	35,10	3	50,45
5044	Anza	3	209,94	2	159,36	5	186,29
5045	Apartadó	3	7,98	5	13,86	8	10,86
5059	Armenia	-	0,00	1	147,49	1	69,83
5088	Bello	31	44,44	39	57,13	70	50,71
5091	Betania	1	59,07	1	63,25	2	61,09
5093	Betulia	2	63,23	3	95,57	5	79,34
5107	Briceño	4	244,95	2	127,88	6	187,68
5120	Cáceres	-	0,00	1	12,41	1	6,05
5125	Caicedo	-	0,00	1	65,19	1	30,64
5129	Caldas	6	55,11	8	76,53	14	65,60
5134	Campamento	3	181,71	2	131,93	5	157,88
5138	Cañasgordas	1	30,91	-	0,00	1	15,62
5150	Carolina	1	180,51	-	0,00	1	93,37
5154	Caucasia	3	14,06	2	9,58	5	11,85
5172	Chigorodó	5	32,12	9	58,51	14	45,23
5190	Cisneros	1	71,02	-	0,00	1	36,70
5101	Ciudad Bolívar	-	0,00	3	66,33	3	32,35
5197	Cocorná	-	0,00	3	135,87	3	66,95
5209	Concordia	-	0,00	3	82,60	3	39,75
5212	Copacabana	12	125,76	17	187,91	29	156,01
5237	Donmatías	7	177,22	3	79,37	10	129,37
5250	El Bagre	2	20,22	8	85,86	10	52,06
5148	El Carmen de Viboral	4	46,63	7	86,51	11	65,98
5697	El Santuario	2	48,08	3	76,75	5	61,97
5266	Envigado	12	39,23	18	61,79	30	50,23
5282	Fredonia	4	116,92	3	91,35	7	104,40
5284	Frontino	1	30,42	1	32,53	2	31,44
5308	Girardota	1	11,54	1	11,87	2	11,70

Tabla 7. Violencia contra niños, niñas y adolescentes, según departamento / municipio del hecho y sexo de la víctima. Casos y tasas por 100.000 habitantes. Colombia, 2015

Código DANE	Departamento y municipio	Hombre		Mujer		Total	
		Casos	Tasa x 100.000 hab.	Casos	Tasa x 100.000 hab.	Casos	Tasa x 100.000 hab.
5310	Gómez Plata	-	0,00	3	155,68	3	76,26
5313	Granada	-	0,00	1	65,57	1	31,98
5318	Guarne	17	207,22	22	282,67	39	243,95
5321	Guatapé	-	0,00	4	518,81	4	253,16
5360	Itagüí	24	61,97	46	122,56	70	91,79
5368	Jericó	3	156,17	1	53,59	4	105,62
5376	La Ceja	10	118,69	6	73,56	16	96,49
5380	La Estrella	4	41,98	9	98,25	13	69,56
5400	La Unión	2	59,84	1	31,80	3	46,25
5440	Marinilla	1	10,37	3	32,65	4	21,24
5001	Medellín	245	86,85	278	102,93	523	94,71
5467	Montebello	-	0,00	1	103,73	1	49,75
5480	Mutatá	-	0,00	1	26,19	1	12,76
5483	Nariño	2	61,79	-	0,00	2	32,12
5541	Peñol	3	108,77	-	0,00	3	55,34
5543	Peque	-	0,00	3	165,02	3	77,20
5579	Puerto Berrío	9	116,31	4	53,51	13	85,45
5585	Puerto Nare	-	0,00	1	33,37	1	15,73
5591	Puerto Triunfo	3	79,77	3	88,11	6	83,73
5615	Rionegro	11	58,86	7	39,35	18	49,35
5631	Sabaneta	4	70,42	3	53,84	7	62,21
5656	San Jerónimo	1	46,27	2	97,09	3	71,07
5658	San José de La Montaña	-	0,00	1	149,25	1	73,21
5659	San Juan de Urabá	3	53,09	3	55,82	6	54,42
5660	San Luis	-	0,00	2	115,27	2	54,02
5664	San Pedro de Los Milagros	2	42,28	-	0,00	2	21,63
5679	Santa Bárbara	-	0,00	1	28,31	1	13,88
5686	Santa Rosa de Osos	1	16,35	2	34,79	3	25,28
5042	Santafé de Antioquia	1	22,20	-	0,00	1	11,50
5736	Segovia	1	13,06	3	41,82	4	26,97
5756	Sonson	-	0,00	2	35,98	2	17,57
5789	Támesis	6	275,99	-	0,00	6	141,11
5790	Tarazá	1	10,46	2	22,00	3	16,08
5792	Tarso	-	0,00	1	76,05	1	36,48
5809	Titiribí	-	0,00	1	50,84	1	24,50
5837	Turbo	5	14,83	7	21,45	12	18,08
5847	Urrao	2	23,86	1	13,17	3	18,78
5858	Vegachí	5	269,54	-	0,00	5	137,93
5885	Yalí	-	0,00	4	253,49	4	122,10
5887	Yarumal	3	34,09	-	0,00	3	17,42
5893	Yondó	-	0,00	1	31,52	1	15,32
5895	Zaragoza	1	16,31	-	0,00	1	8,40
81	**Arauca**	**57**	**98,56**	**77**	**137,52**	**134**	**117,72**
81001	Arauca	40	206,84	46	239,62	86	223,17
81220	Cravo Norte	-	0,00	2	273,97	2	135,96
81300	Fortul	7	125,18	11	197,27	18	161,17
81736	Saravena	3	28,43	5	49,48	8	38,72
81794	Tame	7	60,43	13	121,30	20	89,69

Tabla 7. Violencia contra niños, niñas y adolescentes, según departamento / municipio del hecho y sexo de la víctima. Casos y tasas por 100.000 habitantes. Colombia, 2015

Código DANE	Departamento y municipio	Hombre		Mujer		Total	
		Casos	Tasa x 100.000 hab.	Casos	Tasa x 100.000 hab.	Casos	Tasa x 100.000 hab.
88	**Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina**	**13**	**110,70**	**18**	**160,01**	**31**	**134,83**
88001	San Andrés	13	118,54	18	170,97	31	144,22
8	**Atlántico**	**144**	**36,15**	**167**	**43,89**	**311**	**39,93**
8078	Baranoa	1	10,68	-	0,00	1	5,46
8001	Barranquilla	74	40,28	115	65,25	189	52,51
8296	Galapa	1	12,60	4	53,98	5	32,58
8433	Malambo	8	37,37	6	29,46	14	33,52
8436	Manatí	1	41,43	-	0,00	1	21,57
8560	Ponedera	2	47,51	-	0,00	2	24,43
8573	Puerto Colombia	1	23,66	2	53,02	3	37,50
8634	Sabanagrande	2	38,96	1	20,30	3	29,82
8638	Sabanalarga	4	22,40	6	35,86	10	28,91
8685	Santo Tomás	-	0,00	1	26,69	1	13,10
8758	Soledad	50	47,71	32	31,77	82	39,90
11	**Bogotá, D.C.**	**1.534**	**137,11**	**1.704**	**159,52**	**3.238**	**148,05**
11001	Bogotá, D.C.	1.534	137,11	1.704	159,52	3.238	148,05
13	**Bolívar**	**101**	**26,88**	**96**	**26,62**	**197**	**26,75**
13006	Achí	-	0,00	1	24,65	1	12,01
13052	Arjona	-	0,00	1	7,61	1	3,73
13001	Cartagena	60	37,81	50	32,23	110	35,05
13188	Cicuco	-	0,00	1	49,75	1	24,25
13222	Clemencia	-	0,00	1	41,36	1	19,57
13212	Córdoba	-	0,00	1	40,55	1	19,55
13244	El Carmen de Bolívar	12	75,87	14	94,69	26	84,96
13268	El Peñón	1	48,38	-	0,00	1	25,31
13430	Magangué	22	96,05	22	101,06	44	98,49
13468	Mompós	3	34,44	2	23,70	5	29,16
13654	San Jacinto	1	26,55	-	0,00	1	13,71
13657	San Juan Nepomuceno	-	0,00	2	36,08	2	17,59
13683	Santa Rosa	1	22,02	-	0,00	1	11,30
13836	Turbaco	1	8,50	1	8,78	2	8,63
15	**Boyacá**	**165**	**76,99**	**206**	**101,83**	**371**	**89,05**
15022	Almeida	1	361,01	2	757,58	3	554,53
15087	Belén	2	173,31	1	92,25	3	134,05
15097	Boavita	1	97,18	-	0,00	1	49,24
15172	Chinavita	-	0,00	1	199,60	1	96,15
15176	Chiquinquirá	11	94,24	5	46,31	16	71,21
15218	Covarachía	1	207,47	-	0,00	1	109,89
15223	Cubará	-	0,00	1	76,10	1	36,51
15226	Cuítiva	-	0,00	1	342,47	1	163,67
15238	Duitama	20	112,63	20	111,61	40	112,11
15272	Firavitoba	1	115,34	4	503,14	5	300,84
15299	Garagoa	4	138,65	16	562,00	20	348,92
15322	Guateque	4	274,91	1	78,06	5	182,75
15362	Iza	-	0,00	1	346,02	1	162,60
15380	La Capilla	1	284,09	1	300,30	2	291,97
15425	Macanal	2	264,90	4	552,49	6	405,68
15469	Moniquirá	1	29,10	1	30,76	2	29,91

Tabla 7. Violencia contra niños, niñas y adolescentes, según departamento / municipio del hecho y sexo de la víctima. Casos y tasas por 100.000 habitantes. Colombia, 2015

Código DANE	Departamento y municipio	Hombre		Mujer		Total	
		Casos	Tasa x 100.000 hab.	Casos	Tasa x 100.000 hab.	Casos	Tasa x 100.000 hab.
15491	Nobsa	2	71,20	3	112,74	5	91,41
15516	Paipa	3	58,82	4	82,80	7	70,49
15542	Pesca	2	152,21	3	251,68	5	199,52
15572	Puerto Boyacá	3	30,76	6	64,50	9	47,23
15599	Ramiriquí	1	54,23	5	287,85	6	167,55
15600	Ráquira	-	0,00	2	73,07	2	33,66
15632	Saboyá	-	0,00	1	49,31	1	23,42
15646	Samacá	2	50,28	5	135,98	7	91,44
15681	San Pablo de Borbur	1	52,80	2	117,86	3	83,54
15693	Santa Rosa de Viterbo	2	102,99	1	57,64	3	81,59
15686	Santana	2	141,24	5	387,60	7	258,68
15759	Sogamoso	46	271,77	46	273,42	92	272,59
15762	Sora	1	168,92	1	183,15	2	175,75
15764	Soracá	-	0,00	2	213,22	2	103,63
15778	Sutatenza	2	357,78	2	361,01	4	359,39
15806	Tibasosa	1	41,56	1	44,17	2	42,83
15816	Togüí	1	105,82	-	0,00	1	55,77
15820	Tópaga	-	0,00	1	161,55	1	81,63
15001	Tunja	44	148,71	55	190,40	99	169,31
15861	Ventaquemada	3	105,08	2	71,56	5	88,50
17	**Caldas**	**81**	**54,60**	**86**	**60,89**	**167**	**57,66**
17042	Anserma	4	78,96	-	0,00	4	39,64
17174	Chinchiná	15	184,84	11	139,29	26	162,38
17380	La Dorada	15	119,35	13	107,25	28	113,41
17001	Manizales	35	69,77	42	86,98	77	78,21
17433	Manzanares	2	50,42	-	0,00	2	25,93
17486	Neira	1	17,36	2	36,87	3	26,82
17524	Palestina	1	32,44	1	34,75	2	33,55
17614	Riosucio	-	0,00	1	11,39	1	5,50
17616	Risaralda	-	0,00	1	65,40	1	30,84
17653	Salamina	3	101,69	2	72,94	5	87,84
17662	Samaná	1	21,99	1	23,86	2	22,89
17665	San José	-	0,00	2	165,43	2	81,04
17777	Supía	2	46,38	-	0,00	2	23,58
17867	Victoria	-	0,00	1	78,06	1	37,88
17873	Villamaría	2	24,11	9	115,22	11	68,30
18	**Caquetá**	**20**	**20,86**	**12**	**12,96**	**32**	**16,98**
18029	Albania	1	72,78	-	0,00	1	37,15
18256	El Paujil	-	0,00	1	22,93	1	11,38
18001	Florencia	17	55,50	10	33,27	27	44,49
18610	San José del Fragua	2	62,54	-	0,00	2	32,49
18753	San Vicente del Caguán	-	0,00	1	7,29	1	3,57
85	**Casanare**	**98**	**146,25**	**134**	**209,53**	**232**	**177,15**
85010	Aguazul	8	112,50	9	130,43	17	121,33
85139	Maní	9	435,84	10	528,82	19	480,28
85162	Monterrey	1	37,38	4	149,25	5	93,37
85225	Nunchía	1	56,43	3	169,40	4	112,90
85230	Orocué	-	0,00	1	60,17	1	29,15

Tabla 7. Violencia contra niños, niñas y adolescentes, según departamento / municipio del hecho y sexo de la víctima. Casos y tasas por 100.000 habitantes. Colombia, 2015

Código DANE	Departamento y municipio	Hombre		Mujer		Total	
		Casos	Tasa x 100.000 hab.	Casos	Tasa x 100.000 hab.	Casos	Tasa x 100.000 hab.
85250	Paz de Ariporo	20	375,02	27	536,78	47	453,54
85325	San Luis de Palenque	1	66,14	1	75,02	2	70,30
85410	Tauramena	2	49,90	-	0,00	2	25,86
85430	Trinidad	1	33,68	1	33,41	2	33,55
85440	Villanueva	2	44,63	-	0,00	2	22,81
85001	Yopal	53	211,33	78	325,50	131	267,12
19	**Cauca**	**84**	**34,76**	**106**	**45,82**	**190**	**40,17**
19050	Argelia	1	20,49	-	0,00	1	10,29
19130	Cajibío	-	0,00	1	14,93	1	7,14
19142	Caloto	1	34,69	3	107,99	4	70,66
19212	Corinto	8	138,65	6	107,86	14	123,53
19256	El Tambo	-	0,00	2	26,64	2	12,88
19300	Guachené	1	26,08	2	51,57	3	38,90
19392	La Sierra	1	62,74	-	0,00	1	32,69
19455	Miranda	3	38,85	4	53,59	7	46,09
19532	Patía	-	0,00	2	31,62	2	15,23
19548	Piendamó	2	26,96	3	42,31	5	34,46
19001	Popayán	46	124,20	61	169,68	107	146,61
19585	Puracé	1	34,78	-	0,00	1	17,85
19622	Rosas	-	0,00	1	51,71	1	25,14
19693	San Sebastián	-	0,00	1	52,14	1	24,93
19698	Santander de Quilichao	12	78,32	12	81,08	24	79,68
19743	Silvia	1	16,27	-	0,00	1	8,31
19780	Suárez	1	26,76	-	0,00	1	13,78
19807	Timbío	1	19,38	2	42,34	3	30,35
19824	Totoró	1	23,96	4	99,28	5	60,95
19845	Villa Rica	4	134,23	2	69,61	6	102,51
20	**Cesar**	**61**	**30,41**	**58**	**30,26**	**119**	**30,34**
20011	Aguachica	12	68,69	9	52,82	21	60,86
20013	Agustín Codazzi	8	76,33	7	69,49	15	72,97
20045	Becerril	-	0,00	1	37,06	1	17,52
20178	Chiriguaná	2	48,64	4	102,04	6	74,70
20238	El Copey	-	0,00	2	37,13	2	18,25
20250	El Paso	2	39,70	3	62,06	5	50,65
20400	La Jagua de Ibirico	-	0,00	1	23,93	1	11,43
20621	La Paz	2	42,05	4	89,17	6	64,92
20614	Río de Oro	-	0,00	1	45,09	1	21,69
20770	San Martín	-	0,00	1	29,22	1	14,17
20001	Valledupar	35	42,35	25	31,21	60	36,86
27	**Chocó**	**20**	**17,77**	**21**	**19,14**	**41**	**18,44**
27099	Bojaya	1	43,35	-	0,00	1	22,11
27205	Condoto	1	32,55	1	31,26	2	31,89
27361	Istmina	1	19,34	1	18,88	2	19,11
27413	Lloró	-	0,00	2	79,40	2	40,09
27430	Medio Baudó	-	0,00	1	32,78	1	16,37
27001	Quibdó	17	65,13	15	59,71	32	62,47
27787	Tadó	-	0,00	1	23,27	1	11,59
23	**Córdoba**	**21**	**6,58**	**31**	**10,15**	**52**	**8,33**

Tabla 7. Violencia contra niños, niñas y adolescentes, según departamento / municipio del hecho y sexo de la víctima. Casos y tasas por 100.000 habitantes. Colombia, 2015

Código DANE	Departamento y municipio	Hombre		Mujer		Total	
		Casos	Tasa x 100.000 hab.	Casos	Tasa x 100.000 hab.	Casos	Tasa x 100.000 hab.
23162	Cereté	-	0,00	3	20,42	3	10,14
23182	Chinú	1	12,99	1	13,16	2	13,08
23189	Ciénaga de Oro	1	8,54	1	9,08	2	8,80
23300	Cotorra	1	41,10	-	0,00	1	21,12
23417	Lorica	1	4,62	1	4,85	2	4,73
23466	Montelíbano	7	44,51	5	32,21	12	38,40
23001	Montería	6	8,08	15	20,63	21	14,29
23555	Planeta Rica	-	0,00	1	8,45	1	4,15
23574	Puerto Escondido	1	15,77	-	0,00	1	8,27
23670	San Andrés de Sotavento	-	0,00	1	11,36	1	5,56
23672	San Antero	1	17,58	1	18,32	2	17,94
23675	San Bernardo del Viento	-	0,00	2	32,72	2	15,63
23678	San Carlos	1	19,57	-	0,00	1	9,97
23807	Tierralta	1	4,63	-	0,00	1	2,36
25	**Cundinamarca**	**461**	**104,22**	**542**	**127,83**	**1.003**	**115,78**
25035	Anapoima	2	102,83	4	214,48	6	157,48
25040	Anolaima	1	54,29	4	230,41	5	139,74
25599	Apulo	2	168,07	1	85,98	3	127,50
25053	Arbeláez	1	44,21	-	0,00	1	22,44
25099	Bojacá	1	44,09	8	364,63	9	201,70
25126	Cajicá	1	10,58	5	57,23	6	32,99
25148	Caparrapí	2	74,32	1	40,10	3	57,86
25151	Caqueza	7	256,88	6	233,55	13	245,56
25154	Carmen de Carupa	1	69,30	2	152,56	3	108,93
25175	Chía	10	52,11	5	26,90	15	39,71
25178	Chipaque	4	265,60	1	73,21	5	174,09
25181	Choachí	5	274,88	-	0,00	5	140,21
25183	Chocontá	9	217,60	11	274,25	20	245,49
25200	Cogua	3	80,91	9	248,14	12	163,60
25224	Cucunubá	3	197,89	2	141,14	5	170,47
25245	El Colegio	7	214,40	2	63,65	9	140,47
25260	El Rosal	2	62,21	5	158,48	7	109,89
25269	Facatativá	56	251,09	84	396,99	140	322,12
25286	Funza	14	116,65	7	58,47	21	87,60
25290	Fusagasugá	17	89,14	19	102,28	36	95,62
25295	Gachancipá	5	171,00	3	107,18	8	139,79
25307	Girardot	15	106,30	10	69,04	25	87,43
25312	Granada	2	131,49	2	133,07	4	132,28
25317	Guachetá	4	217,27	3	169,49	7	193,85
25320	Guaduas	-	0,00	4	62,85	4	30,94
25322	Guasca	5	189,18	9	360,87	14	272,53
25377	La Calera	2	47,34	-	0,00	2	24,16
25386	La Mesa	8	170,65	4	88,65	12	130,43
25394	La Palma	1	61,58	-	0,00	1	31,29
25402	La Vega	3	139,21	3	143,95	6	141,54
25407	Lenguazaque	2	110,38	4	236,55	6	171,28
25426	Macheta	-	0,00	1	98,52	1	50,58
25430	Madrid	18	136,61	24	189,33	42	162,46

Tabla 7. Violencia contra niños, niñas y adolescentes, según departamento / municipio del hecho y sexo de la víctima. Casos y tasas por 100.000 habitantes. Colombia, 2015

Código DANE	Departamento y municipio	Hombre		Mujer		Total	
		Casos	Tasa x 100.000 hab.	Casos	Tasa x 100.000 hab.	Casos	Tasa x 100.000 hab.
25438	Medina	1	50,05	3	166,76	4	105,35
25473	Mosquera	2	14,03	4	29,79	6	21,67
25486	Nemocón	4	158,79	11	453,05	15	303,21
25488	Nilo	2	59,88	3	136,12	5	90,19
25513	Pacho	6	133,13	8	181,49	14	157,04
25530	Paratebueno	1	71,38	3	218,98	4	144,35
25535	Pasca	-	0,00	1	47,46	1	23,58
25572	Puerto Salgar	1	30,06	1	31,14	2	30,59
25596	Quipile	-	0,00	2	136,15	2	65,15
25645	San Antonio del Tequendama	5	255,75	-	0,00	5	130,28
25662	San Juan de Río Seco	-	0,00	1	63,98	1	31,92
25718	Sasaima	5	312,89	1	64,89	6	191,14
25736	Sesquilé	1	40,95	1	42,09	2	41,51
25740	Sibaté	21	331,75	30	493,99	51	411,19
25745	Simijaca	2	84,67	1	43,14	3	64,10
25754	Soacha	137	157,00	160	191,96	297	174,08
25758	Sopó	5	113,10	5	117,90	10	115,45
25769	Subachoque	-	0,00	2	83,86	2	41,14
25777	Supatá	-	0,00	1	99,01	1	49,73
25785	Tabio	2	45,08	2	47,11	4	46,07
25793	Tausa	1	60,46	-	0,00	1	32,06
25797	Tena	2	112,17	-	0,00	2	55,85
25799	Tenjo	5	146,37	5	151,88	10	149,08
25807	Tibirita	2	372,44	1	190,11	3	282,22
25815	Tocaima	1	36,00	4	153,91	5	92,99
25817	Tocancipá	-	0,00	2	34,15	2	16,70
25839	Ubalá	-	0,00	2	109,83	2	51,24
25841	Ubaque	-	0,00	4	465,66	4	218,22
25851	Útica	1	120,34	-	0,00	1	63,90
25862	Vergara	-	0,00	2	161,68	2	81,27
25843	Villa de San Diego de Ubate	11	165,46	10	150,49	21	157,98
25873	Villapinzón	6	152,71	1	27,64	7	92,75
25875	Villeta	6	150,23	5	130,48	11	140,56
25878	Viotá	2	97,13	-	0,00	2	49,89
25899	Zipaquirá	16	80,69	23	120,68	39	100,29
94	**Guainía**	**6**	**64,71**	**6**	**67,41**	**12**	**66,03**
94001	Inírida	6	140,42	6	149,44	12	144,79
95	**Guaviare**	**18**	**73,38**	**16**	**67,17**	**34**	**70,32**
95001	San José del Guaviare	18	122,57	16	112,69	34	117,72
41	**Huila**	**96**	**46,29**	**156**	**78,57**	**252**	**62,07**
41006	Acevedo	5	70,41	-	0,00	5	35,94
41013	Agrado	-	0,00	2	116,62	2	56,07
41078	Baraya	1	56,50	3	184,16	4	117,68
41298	Garzón	3	16,90	4	24,10	7	20,38
41306	Gigante	-	0,00	1	16,55	1	8,10
41359	Isnos	2	38,57	1	20,41	3	29,75
41396	La Plata	4	31,55	5	41,63	9	36,45
41483	Nátaga	-	0,00	1	84,32	1	40,36

Tabla 7. Violencia contra niños, niñas y adolescentes, según departamento / municipio del hecho y sexo de la víctima. Casos y tasas por 100.000 habitantes. Colombia, 2015

Código DANE	Departamento y municipio	Hombre		Mujer		Total	
		Casos	Tasa x 100.000 hab.	Casos	Tasa x 100.000 hab.	Casos	Tasa x 100.000 hab.
41001	Neiva	54	106,10	99	198,72	153	151,92
41503	Oporapa	4	124,49	2	65,96	6	96,08
41518	Paicol	2	180,83	1	97,75	3	140,91
41524	Palermo	-	0,00	1	18,20	1	8,90
41530	Palestina	2	85,98	1	47,87	3	67,95
41548	Pital	2	77,10	4	164,47	6	119,38
41551	Pitalito	11	47,11	17	74,78	28	60,76
41615	Rivera	-	0,00	1	32,89	1	16,21
41668	San Agustín	1	17,37	2	35,66	3	26,39
41676	Santa María	3	133,93	1	49,09	4	93,52
41770	Suaza	1	26,21	-	0,00	1	13,45
41799	Tello	-	0,00	2	70,80	2	34,54
41801	Teruel	-	0,00	3	203,39	3	95,06
41807	Timaná	1	26,07	3	80,04	4	52,74
41872	Villavieja	-	0,00	1	74,68	1	36,35
41885	Yaguará	-	0,00	1	73,96	1	36,48
44	**La Guajira**	**47**	**22,82**	**56**	**28,21**	**103**	**25,46**
44035	Albania	1	17,35	-	0,00	1	8,98
44078	Barrancas	-	0,00	7	95,81	7	47,26
44090	Dibulla	-	0,00	1	14,50	1	6,98
44098	Distracción	1	30,77	1	32,79	2	31,75
44279	Fonseca	14	222,86	6	98,23	20	161,42
44378	Hatonuevo	1	18,90	-	0,00	1	9,74
44430	Maicao	11	32,90	9	27,88	20	30,43
44560	Manaure	1	4,20	-	0,00	1	2,11
44001	Riohacha	16	28,37	29	53,61	45	40,73
44650	San Juan del Cesar	1	14,35	1	15,54	2	14,92
44847	Uribia	-	0,00	2	5,13	2	2,54
44874	Villanueva	1	20,70	-	0,00	1	10,61
47	**Magdalena**	**74**	**29,16**	**94**	**38,85**	**168**	**33,89**
47053	Aracataca	-	0,00	1	12,07	1	5,87
47058	Ariguaní	-	0,00	1	16,90	1	8,05
47189	Ciénaga	12	57,75	14	72,05	26	64,66
47245	El Banco	5	42,21	9	79,95	14	60,60
47288	Fundación	5	40,81	2	16,84	7	29,01
47555	Plato	-	0,00	8	70,21	8	34,09
47570	Puebloviejo	1	14,30	1	14,89	2	14,59
47001	Santa Marta	49	55,07	56	64,34	105	59,65
47745	Sitionuevo	-	0,00	1	16,31	1	7,93
47980	Zona Bananera	2	13,97	1	7,48	3	10,84
50	**Meta**	**199**	**118,62**	**214**	**133,02**	**413**	**125,67**
50006	Acacías	5	44,86	12	107,92	17	76,35
50124	Cabuyaro	-	0,00	1	141,64	1	67,16
50150	Castilla la Nueva	1	59,28	-	0,00	1	30,08
50223	Cubarral	1	95,42	-	0,00	1	48,66
50226	Cumaral	1	29,92	2	61,37	3	45,45
50270	El Dorado	3	412,09	1	154,80	4	291,12
50287	Fuente de Oro	1	39,94	-	0,00	1	20,34

Tabla 7. Violencia contra niños, niñas y adolescentes, según departamento / municipio del hecho y sexo de la víctima. Casos y tasas por 100.000 habitantes. Colombia, 2015

Código DANE	Departamento y municipio	Hombre		Mujer		Total	
		Casos	Tasa x 100.000 hab.	Casos	Tasa x 100.000 hab.	Casos	Tasa x 100.000 hab.
50313	Granada	10	89,80	9	83,30	19	86,60
50400	Lejanías	1	54,14	2	124,46	3	86,86
50330	Mesetas	-	0,00	1	45,31	1	22,02
50568	Puerto Gaitán	1	22,85	-	0,00	1	11,73
50573	Puerto López	7	109,63	10	174,22	17	140,21
50606	Restrepo	2	110,19	4	227,53	6	167,93
50683	San Juan de Arama	1	53,22	-	0,00	1	27,42
50001	Villavicencio	163	207,52	172	225,12	335	216,20
50711	Vistahermosa	2	39,80	-	0,00	2	20,44
52	**Nariño**	**54**	**17,86**	**70**	**24,03**	**124**	**20,88**
52207	Consaca	-	0,00	1	72,78	1	35,69
52260	El Tambo	1	51,28	-	0,00	1	26,12
52520	Francisco Pizarro	2	56,29	-	0,00	2	30,28
52317	Guachucal	1	46,75	2	97,56	3	71,62
52352	Iles	1	75,30	-	0,00	1	38,79
52356	Ipiales	8	34,95	19	85,09	27	59,71
52001	Pasto	31	49,98	35	57,45	66	53,68
52612	Ricaurte	-	0,00	1	26,36	1	12,69
52835	San Andres de Tumaco	8	18,70	10	24,17	18	21,39
52838	Túquerres	2	31,28	2	32,61	4	31,93
54	**Norte de Santander**	**129**	**54,45**	**140**	**61,46**	**269**	**57,89**
54003	Abrego	-	0,00	1	13,97	1	6,93
54128	Cachirá	1	46,23	1	49,83	2	47,96
54125	Cácota	-	0,00	2	609,76	2	300,30
54172	Chinácota	3	106,31	1	36,63	4	72,05
54001	Cúcuta	95	88,64	113	108,27	208	98,32
54223	Cucutilla	-	0,00	1	68,54	1	32,61
54245	El Carmen	1	35,25	-	0,00	1	18,13
54261	El Zulia	-	0,00	3	72,17	3	34,92
54377	Labateca	2	172,86	-	0,00	2	91,62
54405	Los Patios	11	91,48	7	59,36	18	75,58
54498	Ocaña	-	0,00	3	18,79	3	9,15
54518	Pamplona	6	66,90	4	45,17	10	56,10
54673	San Cayetano	1	99,30	-	0,00	1	50,74
54720	Sardinata	-	0,00	1	22,67	1	10,71
54810	Tibú	2	24,29	1	13,20	3	18,97
54820	Toledo	1	32,48	-	0,00	1	16,50
54874	Villa del Rosario	6	39,45	2	13,79	8	26,93
86	**Putumayo**	**29**	**40,99**	**31**	**45,43**	**60**	**43,17**
86001	Mocoa	7	88,72	10	134,54	17	110,94
86320	Orito	-	0,00	1	8,61	1	4,22
86568	Puerto Asís	4	32,90	3	25,30	7	29,15
86571	Puerto Guzmán	-	0,00	1	19,89	1	9,58
86573	Puerto Leguízamo	2	64,10	7	236,89	9	148,15
86757	San Miguel	2	32,85	-	0,00	2	16,68
86865	Valle del Guamuez	3	28,71	2	19,78	5	24,32
86885	Villagarzón	11	263,73	7	169,61	18	216,92
63	**Quindío**	**54**	**64,05**	**79**	**98,15**	**133**	**80,71**

Tabla 7. Violencia contra niños, niñas y adolescentes, según departamento / municipio del hecho y sexo de la víctima. Casos y tasas por 100.000 habitantes. Colombia, 2015

Código DANE	Departamento y municipio	Hombre		Mujer		Total	
		Casos	Tasa x 100.000 hab.	Casos	Tasa x 100.000 hab.	Casos	Tasa x 100.000 hab.
63001	Armenia	41	97,44	57	140,19	98	118,45
63130	Calarca	7	58,77	15	134,24	22	95,30
63190	Circasia	1	23,44	2	47,37	3	35,34
63272	Filandia	1	46,77	-	0,00	1	24,00
63401	La Tebaida	2	27,04	1	14,36	3	20,89
63470	Montenegro	2	30,14	4	65,03	6	46,93
66	**Risaralda**	**77**	**54,66**	**98**	**72,55**	**175**	**63,42**
66045	Apía	3	91,02	2	64,66	5	78,26
66088	Belén de Umbría	1	21,27	4	89,57	5	54,54
66170	Dosquebradas	11	38,17	13	47,07	24	42,53
66318	Guática	2	84,57	-	0,00	2	42,31
66400	La Virginia	5	101,01	2	40,59	7	70,87
66440	Marsella	2	56,29	-	0,00	2	28,77
66001	Pereira	49	76,07	72	116,98	121	96,06
66594	Quinchía	-	0,00	2	33,87	2	16,74
66682	Santa Rosa de Cabal	4	36,11	3	28,36	7	32,32
68	**Santander**	**208**	**66,49**	**232**	**77,99**	**440**	**72,09**
68077	Barbosa	8	172,23	4	93,15	12	134,24
68081	Barrancabermeja	34	114,19	39	138,60	73	126,05
68001	Bucaramanga	65	91,47	65	95,50	130	93,44
68147	Capitanejo	2	236,41	1	121,95	3	180,07
68152	Carcasí	1	132,80	-	0,00	1	67,70
68167	Charalá	-	0,00	1	60,75	1	29,50
68190	Cimitarra	3	34,97	2	24,79	5	30,03
68209	Confines	1	244,50	-	0,00	1	122,40
68229	Curití	2	108,28	-	0,00	2	54,76
68235	El Carmen de Chucurí	-	0,00	2	63,41	2	30,66
68276	Floridablanca	30	83,36	34	100,01	64	91,44
68296	Galán	1	261,78	-	0,00	1	136,61
68298	Gambita	-	0,00	1	118,20	1	57,57
68307	Girón	20	72,20	22	82,25	42	77,14
68322	Guapotá	2	568,18	3	854,70	5	711,24
68327	Güepsa	-	0,00	1	176,68	1	86,81
68406	Lebríja	3	45,10	3	48,38	6	46,68
68432	Málaga	2	72,94	5	187,13	7	129,29
68444	Matanza	-	0,00	1	122,55	1	60,20
68498	Ocamonte	-	0,00	1	135,14	1	64,89
68500	Oiba	1	46,36	2	98,14	3	71,51
68533	Páramo	-	0,00	2	266,31	2	129,53
68547	Piedecuesta	15	66,60	7	32,33	22	49,80
68573	Puerto Parra	-	0,00	1	66,58	1	31,93
68575	Puerto Wilches	-	0,00	3	51,68	3	25,72
68655	Sabana de Torres	3	95,66	3	101,35	6	98,43
68679	San Gil	6	100,13	5	83,46	11	91,80
68682	San Joaquín	-	0,00	1	284,09	1	135,14
68684	San José de Miranda	-	0,00	1	143,27	1	70,42
68689	San Vicente de Chucurí	2	33,56	5	86,91	7	59,76
68720	Santa Helena del Opón	1	116,69	-	0,00	1	59,84

Tabla 7. Violencia contra niños, niñas y adolescentes, según departamento / municipio del hecho y sexo de la víctima. Casos y tasas por 100.000 habitantes. Colombia, 2015

Código DANE	Departamento y municipio	Hombre		Mujer		Total	
		Casos	Tasa x 100.000 hab.	Casos	Tasa x 100.000 hab.	Casos	Tasa x 100.000 hab.
68755	Socorro	-	0,00	1	23,38	1	11,14
68770	Suaita	2	124,22	9	606,88	11	355,64
68773	Sucre	1	65,83	-	0,00	1	34,34
68820	Tona	1	85,25	2	183,15	3	132,45
68855	Valle de San José	-	0,00	1	145,99	1	70,22
68861	Vélez	1	28,11	4	120,52	5	72,71
68872	Villanueva	1	125,16	-	0,00	1	63,49
70	**Sucre**	**89**	**57,81**	**110**	**74,74**	**199**	**66,09**
70110	Buenavista	-	0,00	1	57,64	1	28,66
70215	Corozal	11	108,56	5	51,26	16	80,45
70221	Coveñas	-	0,00	1	39,05	1	19,20
70235	Galeras	2	51,39	-	0,00	2	26,12
70265	Guaranda	-	0,00	1	28,69	1	13,99
70473	Morroa	-	0,00	2	82,41	2	39,54
70670	Sampués	2	27,59	2	29,26	4	28,40
70678	San Benito Abad	1	18,96	-	0,00	1	9,76
70702	San Juan de Betulia	1	49,63	3	155,68	4	101,47
70742	San Luis de Sincé	1	16,55	7	125,00	8	68,72
70717	San Pedro	1	36,83	-	0,00	1	19,15
70820	Santiago de Tolú	-	0,00	3	49,33	3	24,09
70001	Sincelejo	70	153,95	84	191,08	154	172,20
70823	Tolú Viejo	-	0,00	1	31,06	1	14,86
73	**Tolima**	**119**	**49,96**	**129**	**57,32**	**248**	**53,54**
73055	Armero	2	100,65	-	0,00	2	52,08
73168	Chaparral	14	148,38	16	177,44	30	162,58
73268	Espinal	8	63,27	5	41,63	13	52,73
73275	Flandes	-	0,00	1	22,77	1	11,04
73347	Herveo	1	71,99	-	0,00	1	37,23
73349	Honda	4	102,62	23	655,64	27	364,57
73001	Ibagué	76	88,28	72	87,42	148	87,86
73408	Lérida	1	36,76	-	0,00	1	18,78
73411	Líbano	2	29,29	4	62,53	6	45,37
73449	Melgar	2	32,04	1	17,39	3	25,02
73483	Natagaima	1	28,56	-	0,00	1	14,72
73675	San Antonio	-	0,00	1	36,47	1	17,94
73443	San Sebastián de Mariquita	6	113,79	5	99,32	11	106,72
73854	Valle de San Juan	-	0,00	1	89,93	1	43,54
73861	Venadillo	2	58,58	-	0,00	2	30,67
76	**Valle del Cauca**	**240**	**35,66**	**322**	**49,95**	**562**	**42,65**
76100	Bolívar	1	44,44	-	0,00	1	23,20
76109	Buenaventura	12	16,21	11	15,42	23	15,82
76113	Bugalagrande	1	33,06	-	0,00	1	17,33
76122	Caicedonia	1	23,41	-	0,00	1	12,08
76001	Cali	108	32,33	127	39,28	235	35,75
76126	Calima	-	0,00	1	48,19	1	23,56
76130	Candelaria	1	8,97	6	57,85	7	32,52
76147	Cartago	19	103,69	28	158,08	47	130,43
76233	Dagua	12	231,75	16	324,68	28	277,06

Tabla 7. Violencia contra niños, niñas y adolescentes, según departamento / municipio del hecho y sexo de la víctima. Casos y tasas por 100.000 habitantes. Colombia, 2015

Código DANE	Departamento y municipio	Hombre		Mujer		Total	
		Casos	Tasa x 100.000 hab.	Casos	Tasa x 100.000 hab.	Casos	Tasa x 100.000 hab.
76243	El Águila	3	170,55	5	303,40	8	234,81
76248	El Cerrito	3	38,08	1	13,16	4	25,84
76275	Florida	-	0,00	2	22,88	2	11,14
76306	Ginebra	1	37,20	2	75,96	3	56,38
76318	Guacarí	1	20,58	3	64,45	4	42,05
76111	Guadalajara de Buga	28	185,36	39	278,17	67	230,04
76364	Jamundí	1	5,41	8	45,69	9	25,00
76400	La Unión	2	36,15	2	38,11	4	37,10
76403	La Victoria	1	54,67	-	0,00	1	28,91
76497	Obando	-	0,00	1	41,96	1	20,31
76520	Palmira	18	44,94	28	73,53	46	58,88
76563	Pradera	1	10,61	6	67,13	7	38,12
76616	Riofrío	2	91,12	-	0,00	2	47,88
76622	Roldanillo	1	21,13	3	67,29	4	43,52
76670	San Pedro	-	0,00	3	128,37	3	60,02
76736	Sevilla	4	57,47	3	48,94	7	53,48
76828	Trujillo	-	0,00	1	36,48	1	17,56
76834	Tuluá	8	26,62	12	42,25	20	34,21
76890	Yotoco	-	0,00	2	94,92	2	45,21
76892	Yumbo	11	63,78	12	73,69	23	68,59
97	**Vaupés**	**1**	**9,96**	**-**	**0,00**	**1**	**5,09**
97001	Mitú	1	13,73	-	0,00	1	7,03
99	**Vichada**	**6**	**35,21**	**4**	**24,59**	**10**	**30,02**
99773	Cumaribo	1	11,13	-	0,00	1	5,60
99001	Puerto Carreño	5	138,16	4	124,26	9	131,62
Total		**4.819**	**60,96**	**5.616**	**74,27**	**10.435**	**67,47**

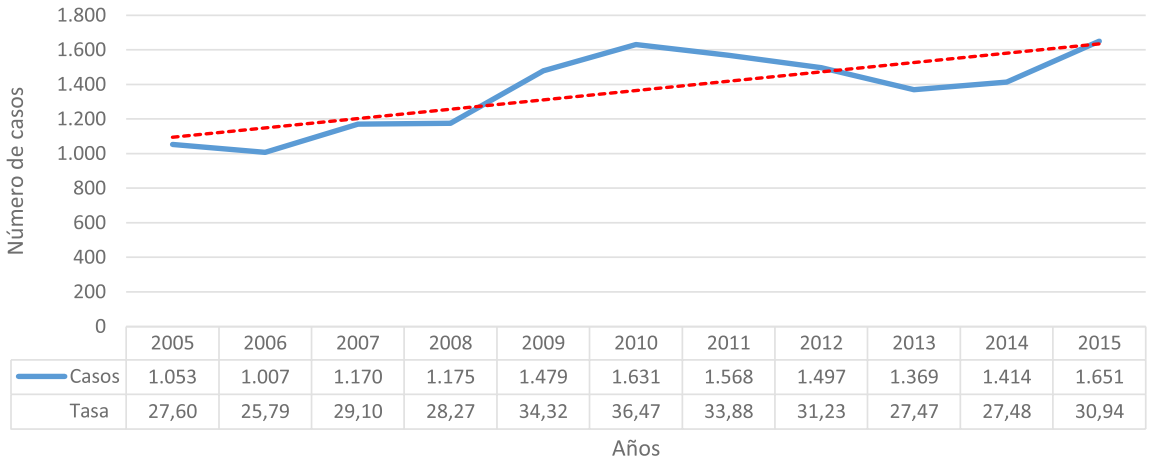
Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses / Grupo Centro de Referencia Nacional sobre Violencia / Sistema de Información de Clínica y Odontología Forense / Sistema de Información Nacional de Estadísticas Indirectas. Tasas calculadas con base en las proyecciones de población. DANE 2005-2020.

VIOLENCIA CONTRA LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR

Resultados generales

En Colombia, se registraron 1.651 casos de violencia contra la población adulta mayor, 237 casos más que en 2014. La tasa para este mismo año fue de 30,94 por cada 100.000 habitantes con una variación positiva de 3,46 puntos porcentuales. Al observar este tipo de violencia en el histórico desde 2005, llama la atención su tendencia al alza (Figura 8).

Figura 8. Violencia contra la población adulta mayor, casos y tasas por 100.000 habitantes. Colombia, 2006 – 2015



	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Casos	1.053	1.007	1.170	1.175	1.479	1.631	1.568	1.497	1.369	1.414	1.651
Tasa	27,60	25,79	29,10	28,27	34,32	36,47	33,88	31,23	27,47	27,48	30,94

Años

Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses / Grupo Centro de Referencia Nacional sobre Violencia / Sistema de Información de Clínica y Odontología Forense / Sistema de Información Nacional de Estadísticas Indirectas. Tasas calculadas con base en las proyecciones de población. DANE 2005-2020.

Distribución sociodemográfica

Este fenómeno victimiza tanto a hombres como a mujeres después de los sesenta años. De los casos registrados el 46,15% corresponden a hombres y 53,85% a mujeres. Ello indica que no existe una prevalencia por género en este tipo de violencia. La mayor parte de hechos violentos se presentan en el grupo de edad correspondiente entre los 60 y 64 años (604 casos) (Tabla 8). El 39,86% de los hombres víctimas son casados, mientras que el 37% de las mujeres son viudas.

La mayor parte de las víctimas de violencia tienen un nivel de escolaridad bajo. De las víctimas hombres un 58,51% se concentra en nivel preescolar, seguido del 25,31% en básica primaria. Las mujeres culminaron preescolar en un 58,51%, y 25,31% la básica primaria (Figura 9).

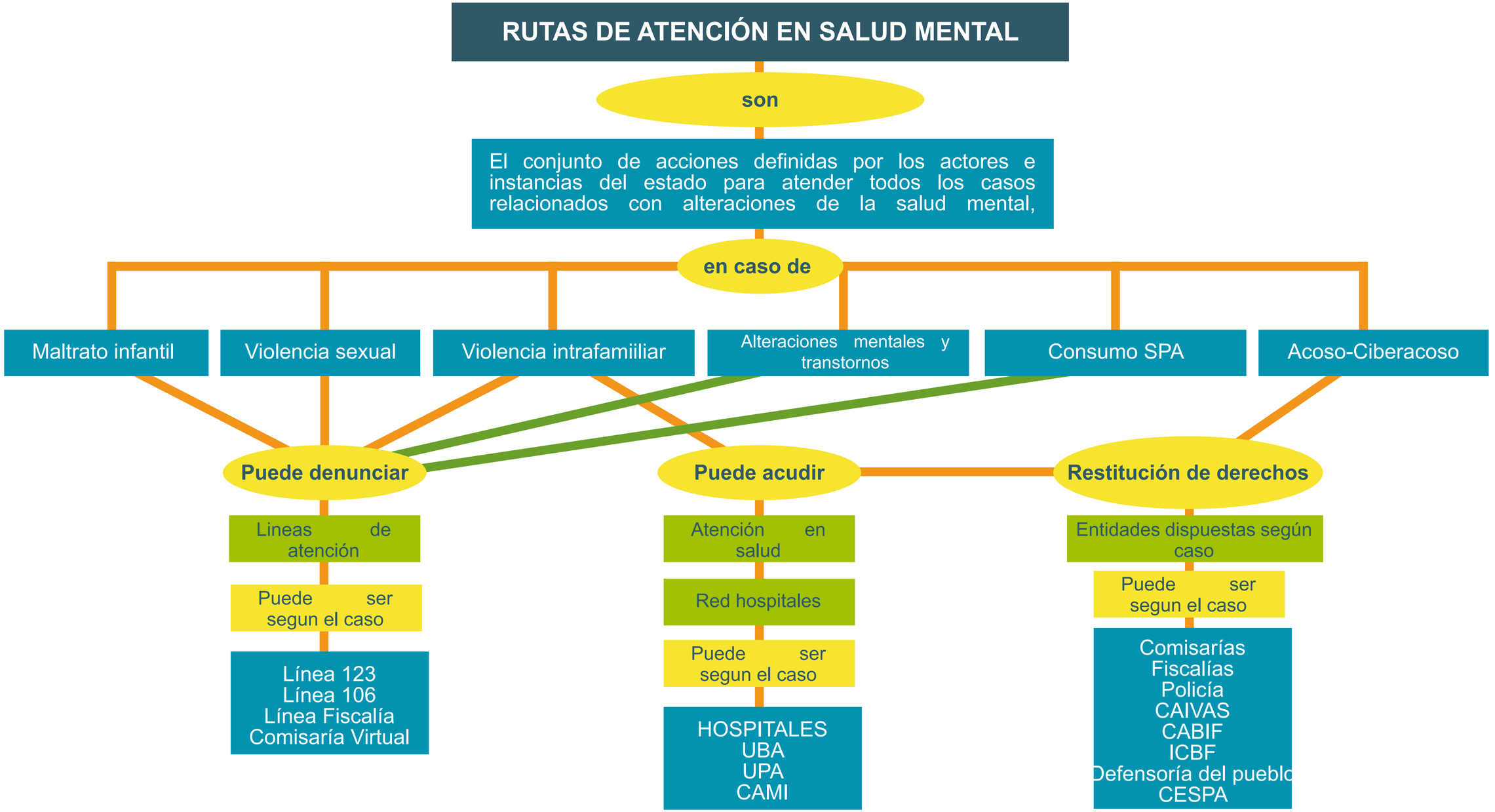
ACCIONES DE PREVENCIÓN EN SALUD MENTAL

Material de Formación

QUÉ HACER CUANDO SE AFECTA LA SALUD MENTAL



Mapa Conceptual



Contenido

Introducción 4

1. Violencia intrafamiliar. 5
   1.1 Líneas y medios de denuncia y atención. 6

2. Maltrato infantil. 7
   2.1 Líneas y medios de denuncia y atención. 8

3. Violencia contra la mujer por razón de género. 9
   3.1 Centros para la atención medica integral. 10

4. Alteraciones mentales, trastornos, consumo de sustancia psicoactivas. 11
   4.1Centros para la atención medica integral. 12
   4.2 Trastornos mentales. 12
   4.3 Acoso ciberacoso. 13

Bibliografía 14

Control de documento 15



Introducción

Ya hemos realizado un recorrido que nos permite comprender sobre la importancia de la salud mental en una persona, así mismo detectar los factores que pueden llegar a afectar la misma. Ahora bien, no solo basta con saber que estamos en riesgo o que definitivamente hay situaciones que ya han afectado nuestro bienestar, es necesario actuar, romper con los círculos de violencia, salir de los entornos malsanos y buscar la ayuda profesional necesaria.

De esta forma, en esta unidad haremos un recorrido por las rutas de atención que podemos utilizar en caso de violencia, trastorno mental o consumo de SPA. La invitación es que podamos actuar asertiva y oportunamente para que los niveles de afectación se reduzcan y a la vez, generar conciencia frente a la denuncia de situaciones propias o de otras personas, ya que esta es la clave para que los organismos encargados puedan actuar.

1. Violencia intrafamiliar

Figura 1. Riesgos para la salud mental



Fuente: Equipo de Adecuación Gráfica y Didáctica de Recursos Educativos – SENA Regional Risaralda

La violencia al interior de la familia en muchas ocasiones se naturaliza, es decir, que los comportamientos de agresión física o violencia psicológica manifestada en los insultos y humillaciones terminan siendo un comportamiento normal que, a pesar de dañar psicológicamente, se repite generación tras generación.

Usted tiene la responsabilidad de denunciar cualquier hecho, en donde la vida e integridad de una persona esté en riesgo, más, si esa persona forma parte de su familia o es usted mismo.

Cuando un hecho de violencia intrafamiliar ocurre y se vulneran los derechos de algún miembro de la familia, debe saber que existen unos derechos que protegen a la víctima: derecho a ser escuchado, a tener una atención digna, a recibir asesoría jurídica y psicológica, solicitar o recibir medidas de protección.

¿QUE HACER?

1.1 Líneas y medios de denuncia y atención:

- Línea 123 emergencia Distrital o la línea de su ciudad.
- Línea de la Fiscalía 5702072 – 018000816999
- Página web policía nacional: www.policia.gov.co
- Línea 106 Secretaría Distrital de Salud.

Denuncie en cualquiera de las siguientes instituciones de forma directa

- Comisaría de Familia más cercana
- Centro de Atención a Víctimas de Violencia Intrafamiliar – CAVIF
- Unidad de Reacción Inmediata URI – Fiscalía más cercana.

Para la atención medica integral:

- Hospitales locales.
- IPS.
- CAMI (Centro de Atención Médica Inmediata).
- UPA (Unidad Primaria de Atención).
- ABA (Unidad Básica de atención).

2. Maltrato infatil

Figura 2. Maltrato infantil.



Fuente: Equipo de Adecuación Gráfica y Didáctica de Recursos Educativos – SENA Regional Risaralda

Cuando un niño o niña y/o adolescente esté siendo víctima de algún prejuicio, castigo, humillación, descuido, malos tratos, abuso o explotación sexual, por parte de sus padres o representantes legales o por cualquier otra persona, es nuestro deber denunciar, sea usted la víctima o no.

“No estamos solos, es necesario buscar ayuda”

Las víctimas de maltrato infantil tienen derecho al restablecimiento de sus derechos, es decir, a que sean protegidos y se les respete su vida e integridad, además tienen derecho a recibir atención integral en salud y educación.

¿QUE HACER?

2.1 Líneas y medios de denuncia y atención:

- Línea 123 emergencia Distrital o la línea de su ciudad.
- Línea de la Fiscalía 5702072 – 018000816999.
- Línea ICBF 018000918080.
- Línea de prevención del abuso sexual – 01 8000 11 2440.
- Línea 141 – Línea exclusiva ICB para denuncia en caso de maltrato.
- Página web policía nacional: www.policia.gov.co
- Línea 106 Secretaría Distrital de Salud.

Denuncie en cualquiera de las siguientes instituciones de forma directa:

- Comisaría de Familia más cercana.
- Centro de Atención a Víctimas de Violencia Intrafamiliar – CAVIF.
- Centro de Atención a Víctimas de abuso sexual – CAIVAS.
- Unidad de Reacción Inmediata URI – Fiscalía más cercana.
- ICBF – Centro Zonal.

Para la atención medica integral:

- Hospitales locales.
- IPS.
- CAMI (Centro de Atención Médica Inmediata).
- UPA (Unidad Primaria de Atención).
- ABA (Unidad Básica de Atención).

3. Violencia contra la mujer por razón de género

Figura 3. Violencia contra la mujer.



Fuente: Equipo de Adecuación Gráfica y Didáctica de Recursos Educativos – SENA Regional Risaralda

Es cuando una mujer al interior de la familia o fuera de ella es sometida a actos de violencia física, psicológica, abuso sexual, explotación o causar la muerte, por el hecho de ser mujer.

Este tipo de violencia es muy peligrosa, porque pasa inadvertida y en ocasiones solo se evidencia cuando se desencadenan hechos trágicos como la agresión física o la muerte.

Las mujeres deben entender que no están solas, que existen mecanismos de protección y que nadie tiene derecho a hacerles daño.

“Una mujer que es maltratada la primera vez y deja pasar esa situación corre el riesgo de entrar en un ciclo de violencia que pone en peligro la vida e integridad”.

¿QUE HACER?

3.1 Líneas y medios de denuncia y atención:

- Línea 123 emergencia Distrital o la línea de su ciudad.
- Página web policía nacional: www.policia.gov.co
- Línea 106 Secretaría Distrital de Salud.
- Línea 195.

Denuncie en cualquiera de las siguientes instituciones de forma directa:

- Comisaría de Familia más cercana.
- Centro de Atención a Víctimas de Violencia Intrafamiliar – CAVIF.
- Unidad de Reacción Inmediata URI – Fiscalía más cercana.
- Casas de justicia.

Para la atención medica integral

- Hospitales locales.
- IPS.
- CAMI (Centro de Atención Médica Inmediata).
- UPA (Unidad Primaria de Atención).
- ABA (Unidad Básica de Atención).
- Casa de igualdad de oportunidades – Programa Justicia de Género.
- Dirección de Derechos Humanos y apoyo a la justicia.

4. Alteraciones mentales, trastornos, consumo de sustancias psicoactivas

Figura 4. Trastornos mentales



Fuente: Equipo de Adecuación Gráfica y Didáctica de Recursos Educativos – SENA Regional Risaralda

Existe una diferencia muy importante entre consumo, abuso y dependencia de sustancias psicoactivas.
Usted debe tener claro que el consumo se refiere al uso de algún tipo de sustancia psicoactiva, de forma habitual. Sin embargo, no todas las personas que consumen son dependientes o generan adicciones, es decir, se convierten en usuarios no problemáticos. Esto no significa que las drogas no tengan efectos adversos sobre el organismo, porque efectivamente los tiene. El consumo puede ser experimental, recreativo o habitual.

El abuso se identifica cuando el consumo se vuelve compulsivo, es decir, que cuando no consume, siente una necesidad de hacerlo ya sea por presiones externas del entorno o porque con el efecto de las drogas inhibe otras condiciones como dolor físico o emocional. El abuso genera problemas de salud física y mental evidente.

La dependencia se identifica cuando no se puede dejar de consumir cualquier sustancia psicoactiva, presentando alteraciones físicas evidentes, como la ansiedad, cambios de estado de ánimo, entre otros.

Conocer esta problemática común, le permite saber cuándo debe buscar ayuda personal, o para otras personas de su entorno que estén abusando del consumo de sustancias psicoactivas.

¿QUE HACER?

Puede comunicarse con la Línea 106 de la secretaría de salud para buscar orientación o acérquese a cualquiera de las instituciones de la red de salud, allí podrá solicitar un tamizaje de consumo para establecer en qué momento se encuentra, qué riesgos tiene y qué tipo de intervención debe iniciar.

“no dude en buscar ayuda, el camino de las adicciones nunca le dejara nada positivo para su vida”.

4.1 Centros para la atención medica integral:

- Hospitales locales.
- IPS.
- CAMI (Centro de Atención Médica Inmediata).
- UPA (Unidad Primaria de Atención).
- ABA (Unidad Básica de Atención).

4.2 Trastornos mentales:

Cualquier alteración de la salud mental que ponga en riesgo el bienestar personal, familiar o social, debe ser manejada a tiempo y por profesionales idóneos, calificados para trabajar con este tipo de alteraciones.

No sienta vergüenza por pedir ayuda psicológica, eso no es un delito, es normal y es una enfermedad como cualquier otra y tiene derecho a ser escuchado, atendido y a recibir el tratamiento e intervenciones pertinentes que le permitan manejar la enfermedad.

4.3 Acoso ciberacoso

Todos podemos ser y estar seguros en la internet, las medidas de prevención como la utilización de herramientas robustas en seguridad, administradas por empresas que oferten experiencia, también limitar el tiempo de uso en la web, estar muy atento en las redes sociales a la información y a las personas con las que se comparte, aprender a decir no en muchos casos es de un gran valor, el configurar el acceso restringido a sitios es importante, si luego del uso de estas herramientas preventivas no es suficiente.

¿QUE HACER?

En caso de emergencia comuníquese a cualquiera de las siguientes líneas y páginas web:

- Línea 123 emergencia Distrital o la línea de su ciudad.
- CAI virtual: https://caivirtual.policia.gov.co/contenido/caivirtual-0
- Página web policía nacional: www.policia.gov.co.
- Página web Fiscalía: http://www.fiscalia.gov.co/colombia/

Consulte las siguientes páginas web para navegar y apoyar su aprendizaje.

- http://www.enticconfio.gov.co/actualidad/ciberacoso#sthash.SEQEdDPX.dpbs
- http://www.teprotejo.org/index.php/es/.

Referencias bibliográficas

Acosta, M. (2015). Comportamiento de la violencia intrafamiliar en Colombia. Fundación Ideas para la Paz. (consultado 03 de junio de 2017). http://corrillos.com.co/wp-content/uploads/2016/03/4.-violencia-intrafamiliar-1-parte.pdf.

Organización Mundial de la Salud. (2014). Informe del Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias en colaboración con el Centro de Investigación de Prevención de las Universidades de Nijmegen y Maastricht. 2004. Prevención de los Trastornos Mentales Intervenciones efectivas y opciones políticas. (Recuperado 02 de junio de 2017). http://www.who.int/mental_health/evidence/Prevention_of_mental_disorders_spanish_version.pdf.

Alcaldía Mayor de Bogotá. (2015). Consejo Distrital de Atención Integral a Víctimas de Violencia, Intrafamiliar y Abuso Sexual –Rutas de atención, violencia intrafamiliar, violencia y explotación sexual. PPT. (Recuperado 02 de junio de 2017).

file:///C:/Users/Aprendiz/Downloads/M2_Guia7.pdf.

Figuras

Figura 1. Violencia intrafamiliar. Fuente: Equipo de Adecuación Gráfica y Didáctica de Recursos Educativos – SENA Regional Risaralda.

Figura 2. Maltrato infantil. Fuente: Equipo de Adecuación Gráfica y Didáctica de Recursos Educativos – SENA Regional Risaralda.

Figura 3. Violencia contra la mujer. Fuente: Equipo de Adecuación Gráfica y Didáctica de Recursos Educativos – SENA Regional Risaralda.

Control del documento

Nombre del documento: Material de formación 3: Qué hacer cuando se afecta la salud mental

Nombre del programa de formación: Acciones de prevención en salud mental

Versión: 1

	Nombre	Cargo	Fecha
Elaboró	Sonia Margarita Leal Cruz	Experto temático asignado al Equipo de Adecuación Gráfica y Didáctica de Recursos Educativos - SENA Regional Risaralda	Junio de 2017
Primera revisión	Nelson Iván Giraldo	Apoyo pedagógico del Equipo de Adecuación Gráfica y Didáctica de Recursos Educativos – SENA Regional Risaralda.	Junio de 2017
Segunda revisión	Victor Hugo Suarez Palacio	Guionista del Equipo de Adecuación Gráfica y Didáctica de Recursos Educativos - SENA Regional Risaralda.	Junio de 2017
Aprobó	Andrés Felipe Valencia Pimienta	Líder del del Equipo de Adecuación Gráfica y Didáctica de Recursos Educativos - SENA Regional Risaralda.	Junio de 2017

creative commons

BY NC SA

ATRIBUCIÓN,
NO COMERCIAL,
COMPARTIR IGUAL.

Este material puede ser distribuido, copiado y exhibido por terceros si se muestra en los créditos. No se puede obtener ningún beneficio comercial y las obras derivadas tienen que estar bajo los mismos términos de licencia que el trabajo original.

SENA


SENA

CÓMO MEJORAR SU AUTOESTIMA.

Por: Nathaniel Branden

INDICE:

1. La importancia de la autoestima.....1
2. El concepto de sí mismo como destino 4
3. Vivir conscientemente.....10
4. Aprender a aceptarse 17
5. Liberación de la culpa.....28
6. La integración del si-mismo más joven.....38
7. Vivir de un modo responsable 44
8. Vivir de un modo auténtico 49
9. Desarrollar la autoestima de los demás.....54
10. La cuestión del egoísmo.....58
11. Resumen: el impacto de la autoestima.....60

La importancia de la autoestima

El modo en que nos sentimos con respecto a nosotros mismos afecta virtualmente en forma decisiva todos los aspectos de nuestra experiencia, desde la manera en que funcionamos en el trabajo, el amor o el sexo, hasta nuestro proceder como padres y las posibilidades que tenemos de progresar en la vida. Nuestras respuestas ante los acontecimientos dependen de quién y qué pensamos que somos. Los dramas de nuestra vida son los reflejos de la visión íntima que poseemos de nosotros mismos. Por lo tanto, la autoestima es la clave del éxito o del fracaso.

También es la clave para comprendernos y comprender a los demás.

Aparte de los problemas de origen biológico, no conozco una sola dificultad psicológica -desde la angustia y la depresión, el miedo a la intimidad o al éxito, el abuso del alcohol o de las drogas, el bajo rendimiento en el estudio o en el trabajo, hasta los malos tratos a las mujeres o la violación de menores, las disfunciones sexuales o la inmadurez emocional, pasando por el suicidio o los crímenes violentos- que no sea atribuible a una autoestima deficiente. De todos los juicios a que nos sometemos, ninguno es tan Importante como el nuestro propio. La autoestima positiva es el requisito fundamental para una vida plena.

Veamos qué es la autoestima. Tiene dos componentes: un sentimiento de capacidad personal y un sentimiento de valía personal. En otras palabras, la autoestima es la suma de la confianza y el respeto por uno mismo. Refleja el juicio implícito que cada uno hace de su habilidad para enfrentar los desafíos de la vida (para comprender y superar los problemas) y de su derecho a ser feliz (respetar y defender sus intereses y necesidades).

Tener una alta autoestima es sentirse confiadamente apto para la vida, es decir, capaz y valioso, en el sentido que acabo de indicar. Tener una autoestima baja es sentirse inútil para la vida; errado, no con respecto a tal o cual asunto, sino *equivocado como persona* Tener un término medio de autoestima es fluctuar entre sentirse apto e Inútil, acertado y equivocado como persona, y manifestar estas incoherencias en la conducta (actuar a veces con sensatez, a veces tontamente), reforzando, así, la inseguridad.

La capacidad de desarrollar una confianza y un respeto saludables por nosotros mismos es Inherente a nuestra naturaleza, ya que la capacidad de pensar es la fuente básica de nuestra idoneidad, y el hecho de que estemos vivos es la fuente básica de nuestro derecho a esforzarnos por conseguir felicidad. Idealmente, todo el mundo debería disfrutar de un alto nivel de autoestima, experimentando tanto una fe Intelectual en sí mismo como una fuerte sensación de que merecemos ser felices. Por desgracia, sin embargo, hay mucha gente a la que esto no le ocurre. Numerosas personas padecen sentimientos de Inutilidad, Inseguridad, dudas sobre si mismas, culpa y miedo a participar plenamente en la vida, una vaga sensación de que "lo que soy no es suficiente". No siempre estos sentimientos se reconocen y admiten con facilidad, pero ahí están.

En el proceso del desarrollo, y en el proceso de la vida en sí, nos resulta sumamente fácil apartarnos de un concepto positivo de nosotros mismos, o no llegar a formar-lo nunca. Tal vez no podamos jamás estar satisfechos con nosotros mismos a causa de la aportación negativa de los demás, o porque hemos faltado a nuestra propia honestidad, integridad, responsabilidad y autoafirmación, o porque hemos juzgado nuestras acciones con una comprensión y una compasión Inadecuadas.

Sin embargo, la autoestima es siempre una cuestión de grado. Nunca he conocido a nadie que careciera por completo de autoestima positiva, ni tampoco he conocido a nadie que no fuera capaz de desarrollar su autoestima.

Desarrollar la autoestima es desarrollar la convicción de que uno es competente para vivir y merece la felicidad, y por lo tanto enfrentar a la vida con mayor confianza, benevolencia y optimismo, lo cual nos ayuda a alcanzar nuestras metas y experimentar la plenitud. Desarrollar la autoestima es ampliar nuestra capacidad de ser felices.

Si comprendemos esto, podemos apreciar que el hecho de cultivar la autoestima nos interesa a todos. No es necesario llegar a, Odiarnos para poder aprender a querernos más; no tenemos que sentirnos Inferiores para desear tenernos más confianza. No hemos de sentirnos infelices para desear ampliar nuestra capacidad de alegría.

Cuanto más alta sea nuestra autoestima, mejor preparados estaremos para afrontar las adversidades; cuanto más flexibles seamos, más resistiremos las presiones que nos hacen sucumbir a la desesperación o a la derrota.

Cuanto más alta sea nuestra autoestima, más posibilidades tendremos de ser creativos en nuestro trabajo, lo que significa que también tendremos más posibilidades de lograr el éxito.

Cuanto más alta sea nuestra autoestima, más ambiciosos tenderemos a ser, no necesariamente en nuestra carrera o profesión o en un sentido económico, sino en términos de lo que esperamos experimentar en la vida en el plano emocional, creativo y espiritual.

Cuanto más alta sea nuestra autoestima, más posibilidades tendremos de entablar relaciones enriquecedoras y no destructivas, ya que lo semejante se atrae entre sí, salud llama a la salud, y la vitalidad y la generosidad de ánimo son más apetecibles que el vacío afectivo y la tendencia a aprovecharse de los demás.

Cuanto más alta sea nuestra estima, más inclinados estaremos a tratar a los demás con respeto, benevolencia y buena voluntad, ya que no los percibiremos como amenaza, no nos sentiremos "extraños y asustados en un mundo que nunca hicimos" (citando el poema de A. E. Housman), y porque el respeto por uno mismo es la base del respeto por los demás.

Cuanto más alta sea nuestra estima, más alegría experimentaremos por el solo hecho de ser, de despertarnos por la mañana, de vivir dentro de nuestros cuerpos.

Estas son las recompensas de la confianza y el respeto por nosotros mismos.

En *Honoring the Self* he analizado con detalle por qué existen tales correlaciones; pero creo que está claro que si deseamos ampliar nuestras posibilidades positivas y, por lo tanto transformar la calidad de nuestra existencia, debemos empezar por desarrollar nuestra autoestima. Examinemos más profundamente el significado de la autoestima.

La autoestima, en cualquier nivel, es una experiencia íntima; reside en el núcleo de nuestro ser. Es lo que *yo* pienso y siento sobre mi mismo, no lo que otros piensan o sienten sobre mí.

Cuando somos niños, los adultos pueden alimentar o minar la confianza y el respeto por nosotros mismos, según que nos respeten, nos amen, nos valoren y nos alienten a tener fe en nosotros mismos, o no lo hagan. Pero aun en nuestros primeros años de vida nuestras propias elecciones y decisiones desempeñan un papel crucial en el nivel de autoestima que a la larga desarrollemos. Estamos lejos de ser meros receptáculos pasivos de las opiniones que los demás tengan de nosotros. Y de todos modos, cualquiera que haya sido nuestra educación, como adultos la cuestión está en nuestras manos.

Nadie puede respirar por nosotros, nadie puede pensar por nosotros, nadie puede imponernos la fe y el amor por nosotros mismos.

Puedo ser amado por mi familia, mi pareja y mis amigos, pero no amarme a mí mismo. Puedo ser admirado por mis socios y considerar no obstante que carezco de valores. Puedo proyectar una imagen de seguridad y aplomo que engañe a todo el mundo, y temblar secretamente porque me siento inútil.

Puedo satisfacer las expectativas de los demás y no las mías; puedo obtener altos honores y sin embargo sentir que no he logrado nada; puedo ser adorado por millones de personas pero despertar cada mañana con una deprimente sensación de fraude y de vacío.

Alcanzar el "éxito" sin alcanzar una autoestima positiva es estar condenado a sentirse como un impostor que espera con angustia que lo descubran.

Así como el aplauso de los otros no genera nuestra autoestima, tampoco lo hacen el conocimiento, ni la destreza, ni las posesiones materiales, ni el matrimonio, ni la paternidad o maternidad, ni las obras de beneficencia, ni las conquistas sexuales, ni las cirugías estéticas. A veces estas cosas *pueden* hacernos sentir mejor con respecto a nosotros mismos por un tiempo, o más cómodos en determinadas situaciones; pero comodidad no es autoestima.

Lo trágico es que la mayoría de las personas buscan la autoconfianza y el autorrespeto en todas partes menos dentro de sí mismas, y por ello fracasan en su búsqueda. Veremos que la autoestima positiva se comprende mejor como una suerte de *logro espiritual,* es decir, como una victoria en la evolución de la conciencia. Cuando comenzamos a concebirla de este modo, como un estado de conciencia, descubrimos la necedad de creer que sólo con lograr que los demás se formen una impresión positiva de nosotros disfrutaremos de una consideración positiva por parte de nosotros mismos. Dejaremos de decirnos: si pudiera lograr otro ascenso; si pudiera ser esposa y madre; si pudiera ser considerado un buen padre; si pudiera comprarme un coche más grande; si pudiera escribir otro libro, adquirir otra empresa, tener un nuevo amante, recibir otro premio, lograr un reconocimiento más de mi "abnegación"... entonces me sentiría *realmente* en paz conmigo mismo. Nos daremos cuenta de que, puesto que la búsqueda es irracional, ese anhelo por "algo más" existirá siempre.

Si la autoestima es el juicio de que soy apto para la vida, la experiencia de mi propia capacidad y valía, si la autoestima es una conciencia autoafirmadora, una mente que confía en sí misma, nadie puede generar esta experiencia, salvo uno mismo.

Cuando apreciamos la verdadera naturaleza de la autoestima, vemos que no es competitiva ni comparativa.

La verdadera autoestima no se expresa por la autoglorificación a expensas de los demás, o por el afán de ser superior a los otros o de rebajarlos para elevarse uno mismo. La arrogancia, la jactancia y la sobrevaloración de nuestras capacidades reflejan más bien una autoestima equivocada y no, como imaginan algunos, un exceso de autoestima.

El estado de una persona que no está en guerra ni consigo misma ni con los demás, es una de las características más significativas de una autoestima sana.

La importancia de una autoestima sana radica en que esa es la base de nuestra capacidad para responder de manera activa y positiva a las oportunidades que se nos presentan en el trabajo, en el amor y en la diversión. Además, es la base de esa serenidad de espíritu que hace posible disfrutar de la vida.

El concepto de si mismo como destino

El concepto que cada uno de nosotros tiene de sí mismo consiste en quién y qué pensamos que somos consciente y subconscientemente, nuestros rasgos físicos y psicológicos, nuestras cualidades y nuestros defectos y, por encima de todo, nuestra autoestima. La autoestima es el componente *evaluativo* del concepto de si mismo.

Este concepto modela nuestro destino, es decir, que la visión más profunda que tenemos de nosotros mismos influye sobre todas nuestras elecciones y decisiones más significativas y, por ende, modela el tipo de vida que nos creamos.

Las breves ilustraciones que siguen procuran clarificar cómo el concepto de sí mismo afecta a los sentimientos y a la conducta. Lea estas historias con esa perspectiva en mente.

Alicia tenía treinta y cuatro años y trabajaba de vendedora en unos grandes almacenes. Aunque mantenía con un hombre una relación que ella describía como "confortable", nunca se había casado. En nuestro primer encuentro explicó que no tenía ninguna queja específica, sino más bien una sensación de insatisfacción general, la sensación de que "la vida debe ser algo más que esto". Luego agregó:

"Me gustaría entenderme mejor, y me gustaría ser más emprendedora".

Le pedí que cerrara los ojos y se sumergiera en la siguiente fantasía:

"Piense que está al pie de una montaña, cualquier clase de montaña que desee imaginar. Hay un sendero que conduce hasta la cima. Comienza a caminar. A medida que sube, siente el esfuerzo en los músculos de las piernas. ¿Hay árboles y flores en la ladera de esta montaña?... Mientras sube va tomando conciencia de algo muy interesante: Todos los miedos, dudas e inseguridades de su vida cotidiana parecen desaparecer, como si fueran un exceso de equipaje que usted ya no necesita. Cuanto más asciende, más libre se siente. A medida que se acerca a la cima se da cuenta de que casi no pesa nada. Tiene la mente despejada. Se siente más fuerte, más segura de si misma que durante toda su vida anterior. Imagine ese estado y explórelo. ¿Le gusta? ¿Y, cómo se siente su cuerpo cuando usted tiene confianza en sí misma y está libre de dudas y de miedos?... Ahora está apenas a unos pasos de la cima de la montaña. Ahora se detiene en la cima y contempla el mundo. ¿Cómo se siente? ¿Qué sensación tiene ahora de su relación con el mundo? ¿Cómo es estar sin las viejas y conocidas dudas? Tómese unos minutos para explorar ese estado... Y ahora dé la vuelta y comience a bajar. Y mientras sigue el sendero montaña abajo, fíjese en si lleva consigo su fuerza y su libertad nuevas, o si dejó esos sentimientos en la cima. ¿Vuelve a sentir los viejos pesos mientras va acercándose al pie de la montaña?. Y al regresar al punto desde el cual partió, ¿puede contemplar al mundo desde una nueva perspectiva? ¿Cómo se siente? ¿Qué es lo que ha cambiado? ¿Se experimenta a usted misma de una manera diferente?".

Al cabo de unos instantes abrió los ojos.

-Me encantó estar en la cima. Me sentí yo misma, aunque es un yo que nunca fui. Y me sentía sola. Y asustada. Y oí la voz de mi madre que me decía: "Este no es tu lugar". Cuando bajaba por la montaña sentí que volvía mi vieja pesadez, pero no del todo. Había algo diferente. Y allá arriba hubo un momento en que... en que fui libre. Realmente libre. Sabía que podía hacer cualquier cosa. Sabia que nada me detenía, salvo yo misma. Realmente podía sentir eso, experimentarlo, no como una teoría, ¿me entiende?, sino como algo real, algo que sentía en el cuerpo y veía con toda mi mente. Fue casi como un momento de embriaguez. Pero era una embriaguez que no me apartaba de la realidad. Era más bien un aumento de la visión.

-¿Tal vez subir más alto podría significar ir en contra de su madre? -sugerí-. ¿Contradecir la opinión que ella tiene de las cosas?

-Supongo que sí... dejar de ser su hija.

-Y, visto de ese modo, parece una elección difícil.

-¿Puedo gustarme a mí misma si no le gusto a mi madre?.

-¿Puede? -le insinué.

-No veo por qué no. Y tal vez ella aprenda también. Tal vez ella se adapte a mí en lugar de ser yo quien se adapte a ella.

-¿Ha pensado alguna vez en que casi todos los viajes iniciáticos empiezan cuando el héroe deja su hogar, cortando el lazo que lo une como una fuerza de gravitación, a su familia?.

Lo principal de mi trabajo con Alicia consistió en enseñarle a adquirir un mayor conocimiento de sí misma (conocimiento de sus sentimientos, deseos, pensamientos y aptitudes), autoaceptación (aprender a no rechazar su experiencia y a no mantener consigo misma una relación de rivalidad) y autoexpresión en la acción (autoafirmación), que son algunos de los pilares más importantes de la autoestima. Alicia utilizó la imagen de embarcarse en un viaje para romper sus ataduras familiares, y eso le proporcionó una nueva perspectiva. Después de varios meses de terapia dijo que había alcanzado su meta, y la terapia finalizó.

Seis meses más tarde recibí una alentadora carta en la cual me informaba con alegría que una semana después de terminar la terapia había dejado su trabajo y abierto su propio negocio, "algo que deseaba hacer desde hacía años, pero nunca me sentía con fuerzas para ello", y que le iba muy bien. "En mi familia se suponía que las mujeres no sirven para los negocios, pero ahora ya he olvidado del todo esas tonterías. Lo que obtuve mediante la terapia fue saber que mi vida me pertenece a mí -¿no es esto fundamental para la autoestima?- y que si hay algo que quiero de verdad, ¿por qué no voy a tratar de conseguirlo? Ahora ya estoy preparada para empezar a pensar en mis relaciones."

Alicia no carecía de autoestima la primera vez que me consultó. Sin embargo, una parte de ella estaba invertida en valores falsos: en la creencia de que la aprobación de su madre era necesaria para su bienestar y para su respeto por si misma. Al aprender a eliminar esa inversión, al volver a tomar la vida en sus propias manos y vivir según su propio juicio, elevó su autoestima de manera natural y abrió la puerta a posibilidades que antes había creído fuera de su alcance.

¿Hay algo en la historia de Alicia que tenga relación con la experiencia que ha vivido usted?.

Carlos, de cincuenta años, banquero de gran éxito, vino a verme a causa de una profunda infelicidad en sus relaciones personales y un miedo muy arraigado, oculto tras una máscara de aparente calma y seguridad. "Es increíblemente fácil engañar a la gente con respecto a mi autoconfianza -dijo-. Y es porque ellos también se sienten inseguros". Divorciado después de quince años de matrimonio, hacía tres años que estaba con una misma mujer, separándose, reconciliándose y volviendo a separarse. "La verdad es que no tengo mucha consideración por ella. Pero ella me adora, se aferra a mí, quiere estar conmigo todo el tiempo. Es una relación segura y simple. Peleamos porque yo no quiero casarme. Yo la humillo, le reprocho sus aventuras anteriores. Ella me echa en cara que yo tengo miedo a comprometerme. Pero, ¿por qué tendría que comprometerme con una mujer que, en realidad, en el fondo, no me interesa?. ¿Qué estoy haciendo, pues, con ella?".

Lo que yo vi cuando miré el rostro de este hombre de mediana edad, cuyos cabellos comenzaban a escasear, fue un chico asustado, confundido, angustiado, que parecía salir a pedir ayuda desde las profundidades de alguna pesadilla de su pasado. Yo sabía perfectamente que no era así como lo veían sus socios, pero me pregunté cómo hacían para no verlo de ese modo. Y pensé que su sensación de invisibilidad debía de aumentar aun más sus sufrimientos.

Hijo único de una pareja de inmigrantes rusos venidos a menos, lo habían criado, según dijo, sin amor, sin el más ligero gesto de calidez o de afecto, y con una buena dosis de humillante brutalidad física.

-Pero yo sabía que era inteligente y que podría sobrevivir. Sabía que podía ver cosas que los demás no veían.

Cómo hacer dinero, por ejemplo. A los catorce años ya tenía mi primer negocio, que administraba con éxito. Yo quería dinero para ser libre. Hoy tengo mucho. A mí, los negocios me resultan muy fáciles. No sé por qué, pero así es. Las jugadas correctas me resultan obvias. En cuanto a mi vida personal, un par de veces traté de confiarme a uno de mis socios, y hablarle de mis inseguridades. Se rió de mí, no me creía, ni siquiera quería escucharme. Vivo en un apartamento de dos dormitorios y no me interesan los

lujos personales. Creo que no los merezco. Creo que no merezco casi nada... ¿Sabe qué es lo que me gusta de usted? Que ve mi miedo y mi dolor y cree en ellos, no le asustan, no trata de cambiar de tema.

-Ya que hablamos de eso -le dije-, me pregunto cómo sería vivir en su casa cuando usted tenía cinco años.

Mientras me contaba cómo y por qué esa época había sido verdaderamente terrible, se le llenaron los ojos de lágrimas. A medida que hablaba, el niño que había sido emergía en su rostro cada vez con mayor claridad.

Era evidente que de niño, pese a su feroz voluntad de sobrevivir, Carlos se había formado un concepto de sí mismo asombrosamente desfavorable, que explicaba tanto su sentimiento de no ser merecedor de nada como su elección de una mujer a la que tenía en baja estima. ¿Quién era él para poseer el amor de una mujer admirable? Y aunque se permitía hacer dinero, no se permitía disfrutarlo.

Decidí que el niño (o, más precisamente, la parte de niño que había en el si-mismo del adulto) era el que encerraba la clave para recuperar la autoestima de Carlos. Ya que el concepto del "sí-mismo niño" *[child-self)* es importante y volverá a aparecer más adelante en este libro, detengámonos un poco para comprenderlo mejor.

Todos nosotros hemos sido niños una vez y, aunque quizá no nos demos cuenta, llevamos ese niño dentro de nosotros, como un aspecto del sujeto que somos. A veces nos trasladamos al estado de conciencia del niño que fuimos, y respondemos a situaciones de nuestra vida adulta como si, para todos los fines prácticos, fuéramos todavía ese niño, con sus valores, emociones, perspectivas y su peculiar manera de interpretar la experiencia. A veces esto es conveniente, por ejemplo, cuando experimentamos la espontaneidad y la capacidad lúdica de los niños. Sin embargo, no lo es cuando reactivamos las inseguridades, la dependencia y la limitada percepción del mundo, propias de los niños.

Podemos aprender a reconocer a ese niño, intimar con él y escuchar atentamente lo que necesita decirnos, aunque sea doloroso. Podemos, en verdad, permitir que el niño se sienta cómodo dentro de nosotros y, por lo tanto, permitir que el sí-mismo niño se integre en el sí-mismo adulto. O podemos rechazar a ese niño, por miedo, dolor o vergüenza ignorando su existencia o sus necesidades. En este último caso, el sí-mismo niño, abandonado y no integrado, empieza por lo general a causar estragos en nuestra vida, de maneras que es probable que no reconozcamos; haciéndonos imposible vivir una vida amorosa feliz, llevándonos a conductas impropias en el trabajo, negándonos la libertad de formas de juego adultas, etcétera.

Yo quería explorar la hipótesis de que los primeros años de Carlos habían sido tan dolorosos que él se había entumecido psicológicamente para sobrevivir, que en el proceso de maduración había abandonado a su sí-mismo niño en una habitación cerrada donde sus gritos apenas pudieran oírse, y que la redención de su autoestima no comenzaría hasta que redimiera a ese sí-mismo niño. Mientras su si-mismo niño siguiera sintiéndose rechazado y repudiado por su sí-mismo adulto, mientras una parte de él siguiera tan implacablemente condenada por otra de sus partes, no habría modo de que su autoestima sobreviviera incólume.

Los primeros estadios de la terapia, por lo tanto, se concentraron en recorrer junto con él los años de su infancia, y permitirle que experimentara en niveles más y más profundos las indignidades, las humillaciones y el sentimiento general de peligro y caos que habían constituido sus primeras impresiones de la vida. Esto se consiguió principalmente mediante una técnica de completar oraciones gramaticales que ocupa un lugar preponderante en mi método de terapia. Le expliqué a Carlos que le daría el principio de una oración, una oración incompleta, y que él repetiría ese principio y terminaría la oración cada vez con un final diferente, sin preocuparse de que cada final fuera literalmente cierto, o de que alguno de los finales pareciera oponerse a otro. Lo que sigue son unos extractos de nuestras primeras sesiones.

Le di el principio *Si el niño que tengo dentro pudiera hablar, diría...,* y éstos son los finales que él añadió:

Tengo miedo.

No entiendo.
¿Por qué mamá siempre me grita?.
¿Por qué papá me pega?.
¿Por qué nada tiene sentido?.
¿Por qué nadie juega conmigo?.
No sé cómo hablar con la gente.
Siempre tengo pesadillas, y cuando lloro papá me grita.
¿Por qué, cuando me estoy bañando, papá entra y se burla de mí?.
¿Por qué nadie me protege?.

Después le di el principio *Una de las cosas que tuve que hacer para sobrevivir fue...*

Ser cauteloso.
No sentir.
Esconderme.
Leer.
Mantener los ojos bien abiertos cada instante.
Estar siempre alerta al peligro.
No confiar en nadie.
Aprender a ser independiente.

En una sesión posterior: *Una de las cosas que mi sí mismo niño necesita de mí es...*

Permiso para ser espontáneo.
Que lo escuche.
Que lo haga sentir seguro.
Que lo deje llorar.
Que lo abrace.
Que no lo castigue como hizo papá.
Que atienda a su dolor.
Que lo consuele.
Que esté a su lado.
Que no huya de él.

Si yo fuera más compasivo y amable con mi sí-mismo niño...

Lo dejaría jugar más.
Se sentiría menos solo.
No se sentiría abandonado por todos.
Yo podría ser el padre que él nunca tuvo.
Lo dejaría disfrutar de las cosas.
Él podría sentirse seguro.
Ambos podríamos sentirnos seguros.
Podría curarlo a él y a mí mismo.

Cuando ya habíamos explorado estos temas con bastante detalle, le pedí a Carlos:

-¿Podría cerrar los ojos, por favor, e imaginar al pequeño Carlos frente a usted? ¿Cómo lo mira? ¿Cuál es la expresión de sus ojos? Y quisiera saber cómo se sentiría usted, en este momento, si pudiera alargar los brazos, sentarlo en su regazo y abrazarlo, y permitir que sus brazos le digan que esta a salvo, que ahora usted está con él, y que lo acompañará siempre, que al fin puede confiar en alguien y tenerle fe.

Quería que Carlos experimentara a su sí-mismo niño como una entidad separada, sabiendo al mismo tiempo que estaba tratando con un aspecto rechazado de sí mismo, al que posteriormente, tendría que integrar.

Carlos empezó a sollozar suavemente.

-Parece herido, y enfadado, y desconfiado, pero con una enorme necesidad de creer... Me siento muy bien -susurró.

-Está bien... permítale llorar con usted... los dos lloran juntos... Ahora realmente entienden las cosas... mucho más de lo que se puede expresar con palabras... las palabras no son necesarias... y usted puede sentir que...

Mediante la imaginación y la fantasía, Carlos retrocedió en el tiempo para rescatar a su sí-mismo niño, calmar su dolor y darle un consuelo, un apoyo y una firmeza que no había conocido nunca. Al hacerlo, Carlos empezó a "perdonar" a ese niño, a "perdonar" a su sí-mismo niño -a *comprender que no era necesario ningún perdón*- por el hecho de que no hubiera sabido apañárselas mejor; *el niño había luchado por sobrevivir de la única forma que conocía...* A medida que Carlos fue asimilando e integrando esta perspectiva, su autoestima comenzó a aumentar.

Y a medida que su autoestima se fortalecía, empezó de inmediato a parecer más adulto y más masculino. Su si-mismo niño daba vida a su rostro, y no dolor. En las semanas siguientes realizó más cambios, enteramente por iniciativa propia. Empezó a vestirse mejor, ya sin avergonzarse de poder comprar ropa cara. Dejó su modesto apartamento y se mudó a una hermosa casa. Terminó su insatisfactoria relación amorosa de tres años y comenzó a salir con mujeres más inteligentes, realizadas e independientes. Proyectaba más energía y decisión. Parecía más vital.

Al recuperar e integrar una parte importante pero *rechazada* de sí mismo, creció en estatura ante sus propios ojos. Al transformar su autoestima, transformó su vida.

Sugiero que se tome usted un momento para explorar sus sentimientos hacia el niño que fue una vez, para preguntarse sobre el papel que su sí-mismo niño podría ocupar en su vida actual.

A Eva, de quince años, le iba mal en los estudios. Rara vez volvía de la escuela o de sus paseos a la hora que había prometido. Sus padres se quejaban de sus frecuentes mentiras. Su madre, que confesaba que su propia vida había sido bastante "disparatada" hasta que se casó, me dijo: "Estoy aterrada. Eva se parece mucho a como era yo a su edad." El padre de Eva, corredor de bolsa, confesó: “yo también fui adolescente y sé lo que puede pasar. Yo tampoco era un ángel, y Eva lo sabe, ya que nos ha oído hablar a su madre y a mí. Quiero a mi hija y me preocupa su comportamiento."

El hermano mayor de Eva era buen alumno y un hijo modelo. En la terapia, Eva admitió que lo consideraba el más guapo e inteligente de los dos. Sabía que ella era única para provocar peleas con él. Para mí enseguida resultó evidente que el único modo que conocía Eva de llamar la atención era ser "mala". En otras palabras, tenía un pobre concepto de sí misma y parecía empeñada en traducirlo en una vida infeliz. La cuestión era: ¿cómo generar un cambio en su concepto de sí misma y en su conducta?

Le pedí que se sentara ante un espejo y se estudiara. Dijo que hacer eso le molestaba muchísimo; veía reflejado en el espejo todo lo que no le gustaba de ella misma.

Le sugerí que si podía pasar una semana entera sin decirle a nadie una sola mentira, se sorprendería del cambio que encontraría en el espejo en nuestra sesión siguiente, aunque quizás el cambio fuera sutil y tuviera que observarlo con ojos muy agudos. Le pareció una tontería, pero aceptó la consigna. Aparte les pedí a los padres que admitieran cualquier cosa que ella les dijese esa semana y que no desconfiaran de ella.

En la sesión siguiente se sentó frente al espejo y dijo:

-Me veo peor.

Después confesó que le había dicho tres mentiras a su madre. Estaba sorprendida de que no la hubieran regañado. Nos pusimos de acuerdo en repetir la tarea la semana siguiente.

Esta vez llegó temprano y, antes de entrar en mi consultorio, anunció en la sala de espera:

-¡No he dicho una sola mentira en toda la semana!

-Se apresuró a mirarse. -Mmmm... Dijo en voz baja; luego se dio vuelta y me preguntó:

-¿Usted ve algo?.

-Veo una chica que eligió ser sincera durante una semana.

Pero ella insistió:

-¿Me veo diferente? -Le sugerí que volviera a contemplarse en el espejo y lo decidiera ella misma. -Me veo más contenta -anunció.

-Bueno, es una diferencia, ¿no?.

Le sugerí que averiguáramos qué pasaría si volviera a su casa todos los días precisamente a la hora en que les había dicho a sus padres que lo haría.

La próxima sesión giró en parte alrededor de sus padres.

-Mis padres tuvieron una pelea terrible. No me sorprendió.

-¿Por ti? -le pregunté.

-No, por su relación.

Se sentó frente al espejo y le dijo a su imagen:

-¿Ves lo que pasa cuando no te cogen como excusa para pelear? -Yo permanecí en silencio, complacido por su conclusión. -Creo que me estoy volviendo más guapa -declaró.

Era su modo de decirme que había logrado cumplir la consigna de mantener su palabra.

En una sesión posterior trabajamos completando oraciones. Los siguientes son sus finales para el principio *Me gusto más cuando...*

No trato de ser como todos los demás.
Hago lo que digo que haré.
No hago el gandul en clase.
Hago mis deberes.
Digo la verdad.
Me divierto con papá.
Uso la cabeza en lugar de hacerme la estúpida.
No me meto en líos.
No fumo marihuana.

Me gusto menos cuando...

Me hago la idiota.
Me comporto como una inútil.
Hago un escándalo para llamar la atención.
Como demasiado.
Actúo impulsivamente.
No me callo mis opiniones ante la gente.
Miento.
No cumplo mis promesas.

Durante este período mantuve varías sesiones paralelas con los padres de Eva, y les alerté sobre el hecho de que, a medida que ella cambiara y mejorara, ellos podrían experimentar más dificultades en su matrimonio, puesto que Eva ya no les serviría de distracción. También les advertí que en realidad, podrían llegar a sabotear el progreso de su hija para no tener que enfrentarse a sus propios problemas como matrimonio. Nos pusimos de acuerdo en reunirnos a intervalos regulares, junto con Eva y su hermano, para controlar las respuestas de la familia a los cambios de Eva. Así se satisfaría su deseo de atención, pero de un modo beneficioso para todos los miembros de la familia. Habíamos comprometido su sensación de utilidad (además de su sensación de sentirse querida y empezar a verse atractiva) junto con su sinceridad y su integridad.

Mientras Eva aprendía a vivir de una manera más responsable, su autoestima aumentó. Se veía mejor. Su deseo de vivir de un modo responsable se hizo más fuerte. Sus notas en la escuela mejoraron. Comenzó a elegir mejor a sus amigos y actividades. Ella y su hermano intimaron más. Uno de los resultados del tratamiento de Eva fue que sus padres vieron que sus propios problemas contribuían a aumentar las dificultades de Eva, y buscaron consejo profesional.

Eva aprendió a diferenciar entre los rasgos de sus padres que admiraba y los que no. Comenzó a diferenciar mejor cuáles eran los rasgos que ella imitaba, y a rechazar aquellos con respecto a los cuales, según percibía, sus propios padres se sentían culpables. Cuando esto se hizo evidente, sus padres se sintieron aliviados. Abandonaron parte de la culpa que experimentaban como padres y aprendieron a apoyar los esfuerzos de su hija para convertirse en una adulta fuerte y responsable.

En la ayuda que se le proporcionó a Eva para que fortaleciera su autoestima, el paso más importante fue el primero: necesitaba *dejar de mentir.* No sólo mentía a los demás sobre sus acciones, sino que se mentía a sí misma con respecto a quién era, simulando una ineptitud que sus potencialidades desmentían. También hacía falta trabajar con muchas otras cosas, pero su voluntad de experimentar con la sinceridad fue esencial para el comienzo del cambio.

¿Hay algún aspecto de la psicología de Eva que pueda ser de importancia para usted?

Confío en que el lector comprenda que en mi relato de estas historias he omitido algunos episodios. No es éste un libro sobre el arte de la psicoterapia. Las historias se han simplificado para destacar claramente los puntos principales que tienen relevancia para nuestros objetivos. Las he relatado para que podamos comprender mejor que el sujeto y la entidad que pensamos ser influyen sobre el modo en que actuamos; para que apreciemos mejor el enorme poder del concepto de sí mismo.

Lo que principalmente nos interesa aquí es lo que nosotros, como adultos, podemos hacer para elevar el nivel de nuestra autoestima, para aprender a queremos y confiar más en nosotros mismos, y para sentirnos más seguros con respecto a nuestra eficacia.

Es cierto que algunos tal vez necesitemos de la psicoterapia para resolver plenamente nuestras dificultades; pero la mayoría podemos lograr bastante por nuestra cuenta, siempre que deseemos hacer el esfuerzo. La situación es más o menos similar a la que se plantea con los ejercicios de gimnasia: es innegablemente más fácil practicarlos con un profesor o entrenador, pero con la ayuda de un libro adecuado, es posible lograr una mejora importante de nuestro estado físico. Todo se reduce a una cuestión de voluntad y determinación.

Queremos tener éxito en nuestra vida. Queremos para nosotros mismos lo mejor. Si la clave es la autoestima, ¿cómo conseguirla?.

Vivir conscientemente

Hay dos palabras que describen inmejorablemente lo que podemos hacer para aumentar nuestra autoestima, es decir, para generar más confianza en nosotros mismos y respetarnos más. Estas son: *vivir conscientemente.* El problema es que esta frase quizá resulte algo abstracta para algunas personas; no se traduce de manera evidente en una acción mental o física. Y si deseamos crecer, necesitamos saber *qué hacer.* Necesitamos aprender *nuevas conductas.* De modo que debemos preguntar: si tratáramos de vivir más conscientemente, ¿cómo y en qué aspectos *actuaríamos de manera diferente?.*

Sólo con las conclusiones a que nos conduzca este libro responderemos a esta pregunta, pero antes veamos por qué el hecho de vivir conscientemente es la base de la autoconfianza y el autorrespeto.

La mente es nuestro medio de supervivencia fundamental. *Todos nuestros logros específicamente humanos son el reflejo de nuestra capacidad de pensar.* Una vida llena de éxitos depende del uso adecuado de la inteligencia, es decir, adecuado a las tareas y objetivos que nos proponemos y a los desafíos con que nos enfrentamos. Este es el hecho biológico central de nuestra existencia.

Pero el uso adecuado de nuestra conciencia no es automático; más bien, *es una elección.* Tenemos libertad de obrar en pro de la ampliación o de la limitación de la conciencia. Podemos aspirar a ver más o a ver menos. Podemos desear saber o no saber. Podemos luchar para obtener claridad o confusión. Podemos vivir conscientemente, o semiconscientemente, o (para casi todos los fines prácticos) *inconscientemente.* Este es, en definitiva, el significado del libre albedrío.

Si nuestra vida y nuestro bienestar dependen del uso adecuado de la conciencia, la importancia que le otorguemos a la visión, prefiriéndola a la ceguera, es el componente más importante de nuestra autoconfianza y nuestro autorrespeto. Será difícil que podamos sentirnos competentes en la vida si vagamos (en el trabajo, en el matrimonio o en la relación con los hijos) en medio de una niebla mental autoprovocada. Si traicionamos nuestro medio fundamental de supervivencia tratando de existir de forma irreflexiva, la impresión que nos formamos de nuestros propios méritos queda perjudicada en la misma medida, con independencia de la aprobación o desaprobación de los demás. *Nosotros* conocemos nuestros defectos, los conozcan o no los otros. La *autoestima es* la *reputación que adquirimos con respecto a nosotros mismos.*

Mil veces por día debemos elegir el nivel de conciencia en el cual funcionaremos. Mil veces por día debemos elegir entre pensar y no pensar. Gradualmente, con el tiempo, adquirimos una noción de la clase de persona que somos, según cuáles sean las elecciones que hagamos, la racionalidad y la integridad que mostremos. Esa es la reputación a la que me refiero.

Cuanto más inteligentes somos, mayor es nuestra capacidad de conocimiento, pero el principio de vivir conscientemente sigue siendo el mismo, sea cual fuere el nivel de inteligencia. Vivir conscientemente significa conocer todo lo que afecta a nuestras acciones, objetivos, valores y metas, y comportarnos de acuerdo con aquello que vemos y sabemos.

En cualquier situación, vivir conscientemente significa generar un estado mental adecuado a la tarea que se realiza. Conducir un coche, hacer el amor, escribir la lista de la compra, estudiar un balance, meditar, todo ello requiere estados mentales diferentes, distintos tipos de procesos psíquicos. *En lo referente a cuestiones de funcionamiento mental, el contexto determina qué es lo adecuado.* Vivir conscientemente significa hacerse responsable del conocimiento adecuado a la acción que estamos efectuando. Esto, sobre todo, es el fundamento de la autoconfianza y el autorrespeto.

La autoestima, pues, depende, no de las características con las que nacemos, sino del *modo en que usemos nuestra conciencia,* de las elecciones que hagamos con respecto al conocimiento, la honestidad de nuestra relación con la realidad y el nivel de nuestra integridad. Una persona de gran inteligencia y gran autoestima no se sentirá más adecuada a la vida o más merecedora de felicidad que otra persona con gran autoestima y una inteligencia modesta.

Vivir conscientemente implica respeto por los hechos de la realidad -los hechos de nuestro mundo interior así como los del mundo exterior-, en contraste con una actitud equivalente a decir: "Si yo no quiero verlo o considerarlo, esto no existe". Vivir conscientemente es vivir *responsablemente para con la realidad.* Lo cual no significa que tenga que gustarnos lo que vemos, sino que debemos reconocer lo que es y lo que no es, y que los deseos o los miedos o los rechazos no alteran los hechos.

Para ilustrar lo que quiero decir con "vivir conscientemente", ofrezco los siguientes ejemplos:

Vivir conscientemente. Cuando Nicanor empezó a trabajar en un nuevo empleo, hizo todo lo posible para cumplir a la perfección con lo que se le pedía y no cesaba de buscar medios que le permitieran realizar su tarea con mayor eficiencia. Además, procuró comprender el contexto más amplio dentro del cual se desarrollaba su trabajo, a fin de poder ascender y no quedarse estancado para siempre en el nivel en el cual había empezado. Su deseo básico era *aprender,* y así seguir creciendo en confianza, productividad e idoneidad.

Vivir inconscientemente. Cuando Rodolfo empezó a trabajar en la misma empresa, pensó que si memorizaba la rutina de las tareas que le habían asignado y no atraía sobre si una atención negativa, conservaría el empleo. Los *desafíos* no le atraían, pues implicaban riesgo y requerían pensar. Se condujo dentro del nivel mínimo de conocimiento necesario para repetir los movimientos que le habían enseñado, sin aportar nada por su parte. Rara vez desviaba la vista de su puesto de trabajo, salvo para conversar con sus compañeros o soñar despierto. No sentía curiosidad alguna por su actividad, más allá de lo más inmediato. ¿Qué necesidad tenía? Total, el empleo ya era suyo. Frente a él puso un reloj, para saber exactamente cuándo eran las cinco, hora

de irse a casa. Cuando se vio frente a su supervisor y éste le reprochó errores que había cometido, su comportamiento típico fue buscar excusas y hervir por dentro. Pero cuando ascendieron a Nicanor y a él no, Rodolfo se sintió perplejo y resentido.

¿Cuál de estos dos patrones de conducta se parece más al suyo? ¿Y cómo influye esta conducta en su autoestima?

Vivir conscientemente. Isabel, una mujer felizmente casada, me dijo una vez: "Una hora después de conocer al hombre con el que más tarde me casé, yo podría haberle dado una conferencia sobre las cosas que harían difícil la convivencia con él. Lo considero el hombre más excitante que he conocido, pero nunca me engañé con respecto a que también es extremadamente introvertido. A veces parece un profesor distraído. Pasa muchísimo tiempo en su mundo personal privado. Tuve que saberlo desde el principio, de lo contrario más tarde me habría sentido muy defraudada. El nunca trató de disimular la clase de hombre que era. Yo no entiendo a la gente que se manifiesta herida o disgustada por el modo en que sus parejas resultan ser. ¡Es tan fácil conocer a la gente, con sólo *prestar un poco de atención!.* Soy feliz en mi matrimonio, pero no porque me diga que mi marido es “perfecto” o “no tiene defectos”. Creo que es por eso que sé apreciar su fuerza y sus virtudes: *yo estoy dispuesta a verlo todo."*

Vivir inconscientemente. Luisa, una mujer que vino a verme para la psicoterapia, me dijo en la primera sesión:

"Con los hombres tengo una mala suerte terrible. ¿Cuántas mujeres pueden decir que sus tres últimos amantes les pegaban?. No sé por qué pasan estas cosas. ¿Por qué tiene que sucederme a mí, Dios, por qué a mí?. En realidad, no puedo decir que me tomo el trabajo de conocerlos antes... ¿me entiende?. Para mí, la inseguridad forma parte de la emoción, ¿no?. Y después, cuando empiezan a sacudirme, me llevo una sorpresa tremenda... ¡No puedo creer lo que está pasando!. Bueno, creo que más o menos sabía... de algún modo... que me iban a traer problemas. Había señales. ¡Pero yo *quería* que las cosas salieran bien!. Yo *quería* que cada uno de ellos fuera el Hombre Perfecto. Así que, aunque me enteraba de cómo habían tratado a otras mujeres, me decía: “Conmigo va a ser diferente”. Me pregunto si las otras mujeres también se habrán dicho lo mismo... Mamá solía aconsejarme: “Mira antes de cruzar”. ¿Pero así, qué diversión hay?. A mí me gusta cerrar los ojos... y caer. ¡Que sea lo que Dios quiera!. Esa es mi filosofía. Si pudiera encontrar un tipo de hombre mejor..."

De más está decir que estas dos mujeres representan los extremos de dos actitudes opuestas. En sus relaciones personales, ¿qué actitud está más cerca de la suya?.

Vivir conscientemente. Cuando Rogelio era chico, veía y oía muchas cosas que no entendía. Oía a su madre, que le aleccionaba sobre las virtudes de la honestidad y luego, en muchas ocasiones, la oía mentirles a los vecinos. Veía que su padre miraba a su madre con odio y unos instantes después le decía: "Sí, querida, tienes razón, te pido disculpas". Veía que los adultos casi nunca decían la verdad sobre sus sentimientos; que por lo general parecían desdichados y derrotados, aunque ello no les impedía pronunciar discursos sobre cómo tener éxito en la vida. Parecían preocuparse mucho más por lo que pensaban los otros que por lo que era correcto. Rogelio se sentía desanimado, y a veces asustado por lo que veía, pero seguía mirando, seguía tratando de entender. Sabía que no quería ser como los adultos que lo rodeaban. Con frecuencia sentía la necesidad de tener a alguien a quien pudiera admirar sinceramente, pero no fingía admirar a la gente que conocía. Tenía impaciencia por crecer, para poder salir de allí y encontrar un camino mejor que el que le ofrecían los adultos que veía. Mientras tanto, se decía, nada era más importante que mantener la claridad de su propio criterio... y no rendirse a la desesperanza. Lastimado, golpeado, alienado de los que lo rodeaban, resistió, perseveró, y al crecer descubrió amigos a quienes *podía* querer y admirar, y halló las posibilidades de llevar la clase de vida con la

que había soñado de niño, cuando aún ni siquiera conocía las palabras para designarla. De adulto, encontró esas palabras... y la realidad.

Vivir inconscientemente. Marcos vivía en un mundo parecidísimo al de Rogelio, pero muy pronto, en las primeras etapas de su vida, llegó a una conclusión diferente. Nebulosamente y sin palabras, decidió que ver demasiado es peligroso. Quería ser aceptado en su medio, quería que lo amaran y eso le parecía lo más importante de todo. De modo que simulaba no darse cuenta cuando los adultos mentían o se comportaban de manera hipócrita o cruel, y así aprendió a imitar la conducta de ellos, hasta que llegó un día en el que le resultó tan natural como respirar. Al llegar a la adolescencia se preguntaba qué había sido del entusiasmo que sentía de niño, pero enseguida apartaba de su mente tales pensamientos. Cuando tenía ya veinte años, su padre le dijo un día: "¿Tú crees que la vida es tratar de ser feliz?". Por aquel entonces Marcos se hallaba tan confundido que sabía que no era necesario responder; su padre, sencillamente, estaba afirmando algo obvio. A los treinta años, tomando una copa con sus amigos, Marcos decía: "Os diré cuál es el secreto de la vida: seguir adelante y no pensar. Así, no se siente dolor". Todos le consideraban un hombre normal, salvo sus asombrados hijos, que veían cierto vacío en su mirada. Pero a los adultos les parecía un hombre como cualquier otro, y eso era lo que Marcos había querido siempre; y para conseguirlo habría vendido su alma, que fue lo que hizo.

¿Puede usted relacionar la psicología de uno de estos dos hombres con la suya? Si es así, ¿qué es lo que eso le aclara?.

Vivir conscientemente. Adela era bioquímica y se dedicaba a la investigación. Había escrito varios ensayos muy respetados, en los que desarrollaba una teoría que iba ganando muchos partidarios entre sus colegas. Más tarde, por un desconocido diario australiano, se enteró de unos descubrimientos experimentales que, si llegaban a verificarse, invalidarían por completo su teoría. Repitió los experimentos descritos, comprobó que en verdad su teoría era equivocada, y publicó un artículo dando a conocer esos resultados. Cuando un colega menos honesto, le preguntó por qué había elegido rectificar basándose en el titular de un periódico que no conocía nadie, Adela lo miró como si no entendiera, lo cual no hizo más que enfurecer a su colega. "Me interesa la *verdad",* le respondió. "¿Y qué es la verdad?" preguntó el otro, encogiéndose de hombros.

Vivir inconscientemente. En este caso, consistiría en compartir la mentalidad del colega de Adela, sea cual fuere la profesión de uno.

De estas dos actitudes opuestas respecto a la verdad, ¿cuál se parece más a la suya? ¿Y cuán coherente es usted? ¿Y cómo afecta ello a la imagen que tiene de usted mismo?.

Vivir conscientemente. En medio de una acalorada discusión con su esposa, Horacio se detuvo de pronto y le dijo: "¡Espera un momento! Me parece que estoy a la defensiva, que en realidad no te estoy escuchando. ¿Podríamos dar marcha atrás, rebobinar un poco y volver a intentar entendernos? Veamos si puedo comprender lo que me dices."

Vivir inconscientemente. Durante varios años, la esposa de Arturo procuró comunicarle a su marido que no se sentía feliz en su matrimonio. La respuesta característica de él consistía en adormecerse, tranquilamente. Si ella trataba de sacar el tema por la mañana temprano, con la esperanza de encontrarlo más despierto, él refunfuñaba:

"¿Por qué empiezas a hablar de estas cosas inaguantables cuando sabes que estoy a punto de ir al trabajo?" Si ella le pedía que le dijera algún otro momento más apropiado para la charla, Arturo le respondía: "¡Me estás acorralando! ¡No soporto que me presiones!" En una ocasión ella le confesó que si no aprendían a comunicarse el uno con el otro, ella no podría soportar seguir viviendo con él; Arturo vociferó: "acaso crees que otras esposas son más felices que tú? " y salió de la casa dando un portazo. Después de eludir la situación varios años, un día se encontró, al volver a casa, con una nota en la que su mujer le decía que se había ido porque no aguantaba más. Entonces gritó a las paredes:

"Pero, ¿qué es lo que ha pasado? ¿Cómo pudo suceder esto? ¿Cómo pudo abandonarme sin darme siquiera una oportunidad?".

¿Se identifica usted con alguno de estos modelos de conducta más que con el otro?. ¿Ve en estas dos historias ciertos aspectos de su propia personalidad?. Y lo que ve, ¿le gusta o le disgusta?.

Vivir conscientemente. Cada vez que Olga se proponía una nueva meta, de inmediato se preguntaba qué iba a necesitar para alcanzarla. Por ejemplo, quiso abrir su propio negocio, y para ello preparó un elaborado plan de acción, con una serie de detalladas estrategias que le permitirían avanzar paso a paso en dirección al fin deseado; luego empezó a actuar. No esperó pasivamente a que alguien le facilitara la realización de sus sueños. Si algo le salía mal, su respuesta típica era: "¿Qué es lo que olvidé?" Cuando se topaba con algún obstáculo, no buscaba culpas sino soluciones. Consideraba que la responsabilidad era la *causa* de los *efectos* que ella quería. Cuando al fin alcanzó el éxito, no se sintió en absoluto asombrada por ello.

Vivir inconscientemente. María estaba descontenta con su trabajo en una casa de modas, y soñaba con abrir un negocio propio; pero si sus amigos le preguntaban cómo haría para llevar a cabo con éxito ese propósito, ella respondía: "¿No sería estupendo?" Cuando su jefe la reprendía por soñar despierta en las horas de trabajo y no atender bien a las clientas, ella se decía: "Es difícil concentrarse en cosas sin importancia cuando estoy pensando en mis propias ambiciones".

Si una amiga le sugería que podía ser conveniente que mostrara más iniciativa en su empleo, ella respondía: "¿Y por qué tendría que matarme trabajando para otro?". Cuando su jefe le comunicó que ya no necesitaría sus servicios, María se sintió ofendida y traicionada. Se preguntó por qué algunas personas podían realizar sus sueños y ella no, y pensó: "Quizá tengo demasiados escrúpulos para triunfar en los negocios". Advertía vagamente que en su corazón crecía el odio, pero ella lo denominaba "indignación ante la injusticia del *sistema*".

Si usted conociera a dos mujeres de esas características, ¿con cuál tendría más cosas en común?. ¿Cuál se le asemeja más?. ¿Puede ver las implicaciones que ello tiene en cuanto a su autoconfianza y su autorrespeto?.

Vivir conscientemente. Mercedes amaba a su marido, que era constructor, y cuando se enteró de que él estaba reduciendo la calidad de sus proyectos para abaratar los costos, de un modo que rozaba los límites de lo inescrupuloso, se sintió muy mal. Sabía que la industria de la construcción atravesaba un mal momento y que la competencia era feroz; pero hasta entonces la preocupación por su propio trabajo le había impedido darse cuenta de lo inquieto que estaba su marido con respecto a su negocio. Mercedes le planteó el tema; al principio él se mostró irritado y a la defensiva. Ella insistió, y entonces él vio que su esposa no le hablaba con hostilidad sino con verdadero interés, y comenzó a abrirse más y más y a compartir con ella sus inquietudes y los motivos que lo llevaban a reducir la calidad. Aun así, durante la semana siguiente pasaron momentos difíciles; a veces perdían el control y se gritaban. No obstante al final privaron la sensatez, el amor y el respeto mutuo. Él se comprometió a corregir las infracciones que había cometido y a volver a practicar en su trabajo la integridad que había demostrado en el pasado. Su mujer le ayudó a fortalecer su confianza respecto al modo de salir airoso. Después de capear con éxito esa tormenta, el matrimonio se fortaleció. "Si uno ama de verdad a alguien -dijo Mercedes-, no permite que el miedo le impida desafiarlo, cuando eso es lo que exige la situación."

Vivir inconscientemente. Susana no se sintió cómoda con respecto al futuro nuevo socio de su marido, Pablo, cuando éste lo llevó a cenar a su casa. Pablo poseía varios garajes que en ese momento necesitaban capital, que era precisamente lo que ofrecía aquel hombre, a cambio de una parte del negocio. Para Susana, nada de lo que se habló en la mesa tenía sentido, y en ningún momento intentó aclararlo; se dijo que el comercio es cosa de hombres y que ella no tenía por qué pensar en eso. Sin embargo, le parecía, aunque vagamente, que el hombre había dicho que si bien *en los papeles* él sería el dueño mayoritario a partir de ese momento, *en la práctica* el negocio

seguiría siendo de Pablo. "Después de todo -afirmó el hombre, yo no entiendo nada de garajes." Susana advirtió que Pablo se veía inquieto, distraído y algo irritable cada vez que ella hablaba; se dijo que el principal deber de una esposa es mantener la casa en orden, y se quedó debidamente callada, sin prestar atención al resto de la charla. No dijo nada cuando Pablo firmó los papeles sin haber consultado con su abogado; prefirió no pensar en ello, como prefirió no pensar mientras veía que despedían a un empleado tras otro, según las órdenes del nuevo socio, y contrataban gente menos experimentada sin consultar a Pablo; prefirió no pensar ni hablar cuando vio que los ingresos de Pablo disminuían sin ninguna razón que él fuera capaz de explicarle; prefirió no pensar ni hablar cuando un día Pablo llegó a su casa y le anunció que iba a declararse en quiebra. Era como si cada uno de esos golpes fuera una señal para cerrar aun más su conciencia. Por aquel entonces, Susana lloraba mucho (en realidad, lloraban los dos)-, pero ninguno hablaba o pensaba al respecto. "¿Qué es lo que hay que pensar?", le dijo Pablo un día, en respuesta a su silencio. "Tuve mala suerte. Podría sucederle a cualquiera." Susana lo miró desde el otro extremo de la mesa, haciendo un intento desesperado de mantener su mente en la bruma, para no ponerse a llorar a gritos. Pero se sentía traicionada, no tanto por su marido como por sus padres, que mucho tiempo atrás le habían dicho que si una mujer es complaciente, apoya a su marido y nunca se le opone, será feliz. Pero Susana no era feliz. *"¿Por qué la vida me ha engañado?",* se preguntaba amargada. "Quizás Pablo haga algo para salir de esto", se dijo. Ni ella ni Pablo se habían parado a pensar que los esposos deben reflexionar y hablar juntos sobre los temas de su vida común.

¿Puede hallar aspectos de usted mismo en alguna de estas dos mujeres?. Si es así, identifique cuáles. ¿Le producen orgullo o tristeza?.

Vivir conscientemente. Cuando Rolando llegó a la edad de cuarenta y dos años, sabía que había logrado los objetivos más importantes que se había propuesto. Gozaba de un matrimonio feliz, había alcanzado el éxito como médico y tenía tres hijos a los que amaba y de los cuales se sentía orgulloso. Pero cada vez advertía más una vaga insatisfacción que crecía dentro de él, como si una parte desconocida de sí mismo tratase de enviarle una señal por medio de su mente consciente. Al principio sólo pudo identificar una difusa sensación de añoranza. No la olvidó, sino que la observó. Poco a poco comenzó a recordar un sueño de su juventud largamente olvidado: escribir libros. Redujo sus horas de trabajo y sus compromisos sociales, a fin de contar con más tiempo para explorar esos sueños y anhelos. En los primeros momentos le costó distinguir si representaban un deseo real o el residuo de una fantasía adolescente: pero sabía que tenía que averiguarlo, pues su vida y lo que había hecho con ella eran importantes. Comenzó a advertir que deseaba apasionadamente escribir obras de ficción, y pronto se puso a trabajar en el esquema de una novela. Dos años más tarde la novela estaba terminada; un año y medio después, la había publicado. Le fue más o menos bien. Pero entonces Rolando sabía, ya sin ninguna duda, que eso era lo que quería hacer. Su segunda novela tuvo mayor éxito, y la tercera más aun. Dejó la medicina y se dedicó por completo a escribir. Su mujer le vio convenirse en un hombre más joven y más feliz. Sus hijos aprendieron una lección inapreciable: respetemos nuestros deseos, respetemos nuestra propia vida. "Estad siempre alerta a las señales interiores (les dijo Rolando), no actuéis de modo impulsivo, *prestad atención.* A veces una parte de nuestra mente está algunos años por delante en sabiduría con respecto a otra."

Vivir inconscientemente. Rafael se aburría. Psicólogo, había comenzado a ejercer su profesión a los veintiocho años y ahora, a los cincuenta y dos, se preguntaba qué haría para soportar otros veinte años haciendo lo mismo. Realizaba sesiones individuales y de grupo y, de vez en cuando, realizaba seminarios para empresas. Ya no recordaba en qué momento había dejado de trabajar por placer y empezado a hacerlo únicamente por el dinero, pero sabía que hacia ya mucho tiempo que su ocupación no le proporcionaba satisfacción alguna. En aquellos tiempos transmitía emoción a sus pacientes; ahora sólo les ofrecía una "sabiduría" cansada y

cínica. Se sentía un fraude y a menudo se sorprendía de que nadie más lo advirtiera. Solía ocurrirle, de vez en cuando, que acudiera a él algún paciente aquejado de los mismos problemas que él experimentaba; pero eso no le empujaba a pensar en su situación o analizarla con alguien. Su pasatiempo y su evasión favorita era el tenis, y con frecuencia, mientras un paciente le hablaba y él se aburría, soñaba con ese deporte. Su familia lo veía cada vez más apagado, aislado e irritable. Hasta que un día se enamoró de una paciente treinta años más joven y se fue con ella a vivir en un *ashram* en Colorado, dirigido por un gurú indio que predicaba el "amor libre" y la "experimentación" con drogas -además de la absoluta sumisión a su voluntad-, como medio para alcanzar la iluminación espiritual. El gurú le dijo que tanto pensar había sido la causa de sus problemas y Rafael quiso creer que eso era lo cierto.

Dos diferentes actitudes hacia la vida, la razón y la realidad. ¿Cuál está más cerca de la suya?. ¿Y cuáles observa que son las consecuencias para su autoestima?.

Al considerar los ejemplos precedentes, analice los resultados que implica el hecho de vivir conscientemente, en contraposición a los que produce el vivir inconscientemente:

Pensar, aunque resulte difícil, contra no pensar.

El conocimiento, aun cuando sea un desafío, contra el desconocimiento.

La claridad, se obtenga o no con facilidad, contra la oscuridad o la vaguedad.

El respeto por la realidad, ya sea agradable o dolorosa, contra la huida de la realidad.

El respeto por la verdad contra el rechazo de la verdad.

La independencia contra la dependencia.

La actitud activa contra la actitud pasiva.

La voluntad de correr riesgos adecuados, aunque despierten miedo, contra la falta de voluntad.

La honestidad con uno mismo contra la deshonestidad.

Vivir en el presente y de acuerdo con él, contra replegarse en la fantasía.

Enfrentarse a uno mismo contra evitarse a uno mismo.

La voluntad de ver y corregir los errores, contra la perseverancia en el error.

La razón contra el irracionalismo.

En las historias anteriores encontrará todos estos temas presentes de un modo implícito.

Uno de los puntos más importantes del vivir conscientemente es la independencia intelectual. Una persona no puede pensar a través de la mente de otra. Podemos aprender de los demás, pero el verdadero conocimiento implica comprensión, y no se trata de la mera repetición o imitación. Tenemos dos alternativas: ejercitar nuestra propia mente, o delegar en otros la responsabilidad del conocimiento y la evaluación y aceptar sus veredictos de manera más o menos incondicional.

Por supuesto, a veces los demás influyen en nosotros de modos que no reconocemos; pero esto no altera el hecho de que existe una distinción entre los que tratan de comprender las cosas por sí mismos, y los que no lo hacen. Lo decisivo a este respecto es nuestra intención, nuestra meta. Como política general, ¿*intenta* usted pensar por sí mismo?. ¿Es ésa su orientación básica?.

Hablar de "pensar de forma independiente" es útil porque la redundancia tiene valor en términos de énfasis. A menudo la gente llama "pensar" al mero reciclaje de las opiniones ajenas, no al verdadero pensamiento. Pensar con independencia -sobre nuestro trabajo, nuestras relaciones, los valores que guiarán nuestra vida- es parte de lo que se quiere decir con "vivir conscientemente".

La independencia es una virtud de la autoestima.

Al repasar los casos citados, tal vez usted desee preguntar: ¿acaso la gente que vive conscientemente no tiene, ya, una buena autoestima, y la que vive inconscientemente carece de ella?. ¿Cómo puede, entonces, el vivir conscientemente ser la *base* de la autoestima?

Nos encontramos aquí con lo que yo llamo *el principio de la causalidad recíproca* Con ello quiero decir que las conductas que generan una buena autoestima son también expresiones de una buena

autoestima, y las conductas que expresan una buena autoestima son también generadoras de una buena autoestima. Vivir conscientemente es a la vez causa y efecto de la autoconfianza y el autorrespeto.

Cuanto más conscientemente vivo, más fe tengo en mi mente y más respeto mi valor. Cuanta más fe tengo en mi mente y más respeto mi valor, más natural me resulta vivir conscientemente. Esta misma relación existe entre todas las conductas que sirven de apoyo a la autoestima.

Pensemos en las historias citadas. ¿Puede usted aislar las áreas de su vida en las que obra con mayor conciencia?. ¿Y qué sucede con las áreas en las que obra con menor conciencia?. Empleando como guía el material de este capítulo, escriba dos listas. Es un excelente modo de profundizar su comprensión de qué significa para usted vivir conscientemente.

Ahora, supongamos que usted identifica tres áreas en las cuales reconoce que su nivel medio de conciencia es mucho menor que lo que debería ser. Trate de ver por qué le resulta difícil lograr en estas áreas un alto nivel de concentración mental. Luego, para cada una de esas áreas, escriba: *"La dificultad de permanecer plenamente consciente en esto reside en...",* y luego, lo más rápido posible, sin censurarse o "pensar", complete la oración empleando de seis a diez terminaciones diferentes. Luego haga lo mismo con: *"Lo bueno de ser plenamente consciente en esto es...";* luego siga con: *"Si yo permaneciera plenamente consciente en esto...".* Es probable que haga algunos descubrimientos esclarecedores. Ya con el solo hecho de efectuar este ejercicio, vivirá usted más conscientemente.

Por último, reflexione un poco sobre el día de mañana, y sobre los próximos siete días de su vida. Considere cómo puede aplicar estas ideas a sus intereses diarios. Si, por ejemplo, decide ser más consciente en su trabajo, ¿qué es lo que podría hacer de manera diferente?. Si elige ser más consciente en una o más de sus relaciones afectivas, ¿qué cambiaría en su conducta? Si desea desarrollar su confianza y respeto por si mismo, *comience ahora.* Identifique tres nuevas conductas dentro del ámbito de su trabajo y de sus relaciones, respectivamente, en las que pueda practicar esta semana... y comprométase a experimentarlas.

Y siga trabajando durante los próximos siete días, y los siguientes, para ampliar más su conciencia, paso a paso. En lo que concierne a elevar la autoestima, no evolucionamos a pasos de gigante, sino comprometiéndonos *en la acción* a avanzar poco a poco, paso tras paso, inflexiblemente, hacia un horizonte en constante expansión.

No es que no puedan ocurrir adelantos y transformaciones extraordinarios. Esto puede suceder, pero no a aquellos que esperan con una actitud de vacía pasividad. Debemos actuar, y debemos comenzar a partir del punto en que nos hallamos. Un pequeño movimiento en dirección a una conciencia más elevada abre la puerta a otro, y a otro. No Importa en qué punto empecemos; sólo importa que asumamos la responsabilidad de empezar.

Aprender a aceptarse

Si la esencia de vivir conscientemente es el respeto por los hechos y la realidad, la autoaceptación es la prueba. Cuando los hechos que debemos afrontar tienen que ver con nosotros mismos, vivir conscientemente puede resultar muy difícil. Aquí es donde entra en juego el desafío de la autoaceptación.

La autoaceptación pide que enfoquemos nuestra experiencia con una actitud que haga irrelevantes los conceptos de aprobación o desaprobación: el deseo de ver, de saber, de conocer.

Ahora bien, aceptarnos a nosotros mismos no significa carecer del afán de cambiar, mejorar o evolucionar. Lo cierto es que la autoaceptación es la condición previa del cambio. Si aceptamos lo que sentimos y lo que somos en cualquier momento de nuestra existencia, podemos permitirnos ser conscientes de la naturaleza de nuestras elecciones y acciones, y nuestro desarrollo no se bloquea.

Comencemos por un ejemplo simple. Póngase frente a un espejo que abarque toda su figura y mírese la cara y el cuerpo. Preste atención a sus sentimientos mientras lo hace. Quizá algunas partes de lo que vea le gustarán más que otras. Si es usted como la mayoría de la gente, algunas partes de su

cuerpo le resultarán más difíciles de mirar detenidamente, porque lo perturban o le disgustan. Tal vez vea en su rostro un dolor que no desea afrontar; tal vez exista algún aspecto de su cuerpo que le desagrada tanto que le cueste mucho mantener sus ojos fijos en él; tal vez vea indicios de su edad y no pueda soportar los pensamientos y emociones que esos indicios le despiertan. De modo que se siente impulsado a escapar -a huir de la conciencia- a rechazar, negar, olvidarse de ciertos aspectos de usted mismo.

Pero siga mirando su imagen en el espejo unos instantes más, e intente decirse a usted mismo: "Sean cuales fueren mis defectos o imperfecciones, me acepto a mí mismo sin reservas y por completo". Siga contemplándose, respire hondo, y repita esa frase una y otra vez durante uno o dos minutos, sin acelerar el proceso sino, más bien, permitiéndose experimentar plenamente el significado de sus palabras. Quizás se descubra protestando: "Pero hay algunas partes de mi cuerpo que no me gustan; ¿cómo puedo entonces aceptarlas sin reservas y por completo?" Recuerde: *aceptar* no significa necesariamente *gustar; aceptar* no significa que no podamos imaginar o desear cambios o mejoras. Significa experimentar, sin negación ni rechazo, que un hecho es un hecho; en este caso, significa aceptar que la cara y el cuerpo que ve en el espejo son *su* cara y *su* cuerpo, y que son como son. Si insiste, si se rinde a la realidad, si se rinde al conocimiento (que es lo que, en definitiva, significa "aceptar"), advertirá que ha comenzado a relajarse un poco, y tal vez se sienta más cómodo con usted mismo, y más real.

Aunque no le guste o no le cause placer todo lo que vea cuando se mire al espejo, aun podrá decir: "Ese soy yo, en este momento. Y no lo niego. Lo acepto". Eso es respeto por la realidad.

Practique este ejercicio durante dos minutos todas las mañanas, y al poco tiempo comenzará a experimentar la relación entre la autoaceptación y la autoestima: una mente que honra a la vista se honra a sí misma.

Y también hará otro descubrimiento importante: no sólo mantendrá una relación más armoniosa consigo mismo, no sólo desarrollará su autoconfianza y su autorrespeto, sino que, si existen aspectos de su sí-mismo que no le gustan y tiene posibilidades de cambiar, se hallará más animado para realizar esos cambios, una vez que haya aceptado los hechos tal como son ahora. *No nos sentimos inclinados a cambiar aquellas cosas cuya realidad negamos.*

Nuestra autoestima no depende de nuestro atractivo físico, como imaginan algunos con ingenuidad. Pero nuestra voluntad o falta de voluntad para vernos y aceptarnos sí tiene consecuencias en nuestra autoestima. Nuestra actitud hacia la persona que vemos en el espejo es sólo un ejemplo dentro del tema de la autoaceptación. Consideremos algunos otros:

Supongamos que usted debe ofrecer una charla a un grupo de personas y tiene miedo. O que va a entrar en una fiesta en la que conoce a muy poca gente, y se siente inseguro o tímido. Se halla angustiado y trata de combatir su ansiedad como hace la mayoría: tensando el cuerpo, conteniendo la respiración y diciéndose "No tengas miedo" (o "No seas tímido"). Esta estrategia no funciona; en realidad, le hará sentir peor. Ahora su cuerpo envía a su cerebro las señales de una alerta de emergencia, las señales del peligro, a las cuales usted responderá típicamente "combatiendo" su inquietud de manera aun más feroz, con tensión, con privación de oxígeno, y quizá con irritación y autorreproches. Usted está en guerra consigo mismo, porque no sabe qué otra cosa hacer. Nadie le ha enseñado nunca, y usted nunca lo ha aprendido, que existe una estrategia alternativa mucho más eficaz. Se trata de la estrategia de la autoaceptación.

En ella, usted no combate la sensación de angustia, sino que se sumerge en ella, la acepta. Quizás usted se diga: "Hombre, tengo miedo", y luego respire larga, lenta, profundamente. Se concentra en una respiración suave y profunda, aunque al principio le cueste, y tal vez le resulte difícil durante unos minutos; usted persevera y observa su miedo, se convierte en testigo, sin identificarse con él, sin permitirle que lo defina "Si tengo miedo, tengo miedo… pero eso no es motivo para volverme inconsciente. Continuaré usando mis ojos. Continuaré *viendo*". Puede incluso "hablar" con su miedo, invitándolo a que le diga la peor cosa imaginable que pueda ocurrir, de modo que usted pueda afrontarla y también aceptarla (esta es una estrategia que tiende a apartarlo de fantasías autoatormentadoras e introducirlo en la realidad, mucho más benévola). Quizás se entere de cuándo y cómo comenzó ese miedo en usted. Quizás

aprecie más profundamente que no tiene fundamento y que es, en realidad, una respuesta caduca, sin relevancia real en el presente. Al aceptarlo por completo, tal vez descubra que se libera del pasado *en el presente.* Quizás su miedo no desaparezca en todas las ocasiones (a veces lo hará, a veces sólo disminuirá), pero usted se sentirá *relativamente* más relajado y más libre de actuar con eficacia.

Siempre somos más fuertes cuando no tratamos de combatir la realidad. No podemos hacer desaparecer nuestro miedo gritándole, o gritándonos a nosotros mismos, o haciéndonos objeto de reproches. Sí en cambio podemos abrirnos a lo que experimentamos, permanecer conscientes y recordar que somos más grandes que cualquier emoción aislada, al menos empezaremos a trascender los sentimientos indeseables, y a menudo podremos eliminarlos, puesto que la aceptación plena y sincera tiende, con el tiempo, a hacer desaparecer los sentimientos negativos o indeseables como el dolor, la ira, la envidia o el miedo.

Si una persona tiene miedo, por lo general es Inútil aconsejarle que se "relaje", pues esa persona no sabe cómo traducir el consejo a conducta. Pero si se le dice que respire suave y profundamente, o que imagine cómo se sentiría si no tuviera que combatir el miedo, entonces se le está proponiendo algo "ejecutable", es decir, algo que la persona puede *hacer.* Esa persona debería pensar en abrirse para permitir que el miedo entre, darle incluso la bienvenida, intimar con él (o al menos observarlo sin llegar a identificarse con él) y por último proyectar lo peor que podría sucederle y afrontarlo. Por cierto, uno puede aprender a decir: "Siento miedo, y no puedo afrontar ese hecho, pero yo soy *más* que mi miedo". En otras palabras, no se *identifique* con el miedo. Piense: "Reconozco mi miedo y lo acepto... y ahora veamos si puedo recordar cómo se siente mi cuerpo cuando *no* tengo miedo". Esta es una estrategia muy efectiva para controlar el miedo (o cualquier otro sentimiento indeseable). Todas estas son acciones que usted puede aprender, ensayar en su imaginación y practicar cuando surjan situaciones que le causen miedo.

Esta práctica es apropiada para prácticamente cualquier tipo de miedo. Es efectiva en el sillón del dentista, o cuando se dispone a pedir un aumento de sueldo, o cuando afronta una entrevista difícil, o cuando debe darle a alguien una noticia dolorosa, o cuando lucha con el miedo al rechazo o al abandono.

Cuando se aprende a aceptar el miedo, deja de considerarse como una catástrofe. Y entonces deja de ser nuestro amo. Uno ya no se siente torturado por fantasías que pueden guardar poca o ninguna relación con la realidad; es libre de ver a la gente y a las situaciones tal como son; se siente más eficaz, tiene más control sobre su vida. La autoconfianza y el autorrespeto aumentan.

La autoestima también aumenta con este proceso, aun cuando los miedos no sean el producto de fantasías irracionales sino que correspondan a una realidad particular que sí *es* temible y que uno debe afrontar. Yo tenía una amiga que, hace algunos años, empezó a sufrir un cáncer devastador. En ese momento pensé que su valentía para luchar con él era extraordinaria. Un día en que había ido a verla al hospital ella me contó esta historia: los médicos le habían dicho que era necesario aplicarle radioterapia, y la perspectiva la aterrorizaba. Preguntó si podía ir a la sala de radiación unos minutos, durante tres días, antes de que empezara el tratamiento. "Solamente quiero mirar la máquina, dijo a los médicos, para conocerla. Después estaré lista, y no tendré miedo." A mí me contó: "Me quedaba mirando la máquina... aceptándola... aceptando mi situación... y meditando en que la máquina existía para *ayudarme.* Eso me hizo mucho más fácil el tratamiento". Mi amiga murió. Pero nunca olvidare su serenidad y su dignidad. Sabía cómo valorarse. Es uno de los ejemplos más hermosos del principio de aceptación que he visto.

Tómese unos minutos para contemplar algún sentimiento o alguna emoción que no le resulte fácil afrontar:

Inseguridad, dolor, envidia, ira, pena, humillación, miedo. Cuando aísle ese sentimiento, vea si puede enfocarlo con claridad, tal vez pensando o imaginando cualquier cosa que suela evocarlo. Luego sumérjase en ese sentimiento, como si le abriera el cuerpo. Imagínese cómo seria no resistirse a él sino aceptarlo plenamente. Explore la experiencia. Tómese su tiempo.

Dígase varias veces: "Ahora me siento así y así (describiendo sus sensaciones del momento) y lo acepto plenamente". Al principio quizás sea difícil; quizás descubra que su cuerpo está tenso y se rebela.

Pero persevere; concéntrese en la respiración; piense en permitir que sus músculos se liberen de la tensión; reacuérdese: "Un hecho es un hecho; lo que es, es; si el sentimiento existe, existe". Siga contemplando el sentimiento. Piense en *permitir* al sentimiento que este allí (en lugar de intentar desear que se extinga o esforzarse en ello). Quizás le resulte útil, como me ha resultado a mí, decirse: "Ahora estoy explorando el mundo del miedo (o del dolor, o de la envidia, o de la confusión, o lo que sea)".

Al hacer esto, usted explorará el mundo de la auto-aceptación.

Una vez acudí al consultorio de un médico que debía darme una serie de inyecciones dolorosas. En respuesta al *shock* y el dolor de la primera aguja, dejé de respirar y contraje todo el cuerpo, como si quisiera mantener a distancia a un ejército invasor. Pero, por supuesto, la tensión de mis músculos hacía más difícil la penetración, y por lo tanto la experiencia resultaba más dolorosa aun. Mi esposa, Devers, que también se hallaba en el consultorio para aplicarse las mismas inyecciones, notó mi actitud y me dijo: "Cuando sientas que la aguja te toca la piel, aspira, como haciéndola entrar junto con el aire. Imagina que le estás dando la bienvenida". De inmediato me di cuenta de que es precisamente esto lo que yo le digo a la gente que haga con sus emociones, de modo que hice lo que me proponía Devers, y la aguja entró sin causarme demasiado dolor. *Acepté* la aguja *-y mis sentimientos correspondientes-* en lugar de tratarlos como a adversarios.

Esta estrategia es muy conocida, desde luego, por los atletas y los bailarines, cuya labor requiere que "acompañen" al dolor en vez de rebelarse contra él. Y los ejercicios de respiración Lamaze que se enseñan a las mujeres embarazadas para controlar y suavizar el dolor, la angustia y las reacciones corporales encierran, precisamente, el principio del que hablamos aquí.

En terapia suelo trabajar con mujeres que tienen dificultad en experimentar el orgasmo durante sus relaciones sexuales. Puesto que el miedo influye a veces en la inhibición del placer, y en consecuencia del orgasmo, y puesto que a menudo desencadena la reacción de cortar la respiración y contraer los músculos -como para defenderse del pene "invasor"-, les enseño a darle la vuelta a este proceso. Las mujeres aprenden entonces a aspirar cuando entra el pene, a *aceptar el pene.* Aprenden a abrirse en una bienvenida, en lugar de contraerse en un rechazo. Y, al hacer esto, aprenden a aceptar y a obtener un mayor grado de comodidad y placer en las relaciones sexuales, pues se rinden ante la experiencia, en vez de combatirla. El resultado es un goce sexual mucho mayor. En el proceso, desde luego, tienden a desaparecer las fantasías de ser dañadas o destruidas por el pene, o de perder peligrosamente el control. Una mujer capaz de permitirse tener orgasmos puede controlarse mucho más que otra, incapacitada por el miedo. Lo cierto es que la aceptación nos libera y nos introduce en la realidad.

El principio que es necesario recordar sigue siendo el mismo, sea el miedo o el placer lo que nos lleve a ponernos rígidos: *No sostenga una relación de rivalidad con su propia experiencia.* Si usted permite el desarrollo de una relación de rivalidad, intensificará los aspectos negativos, privándose de los positivos.

A continuación presento cuatro ejemplos de situaciones en las que las personas eligen practicar la autoaceptación o el autorrechazo.

Práctica de la autoaceptación. Julián empezó a notar que se sentía sexualmente atraído por su vecina. Se consideraba un hombre feliz en su matrimonio, y su primera reacción fue reprocharse esa atracción. Pero pronto advirtió que era mejor comprenderse a sí mismo que practicar un autorreproche ciego. Se permitió experimentar (en su vida interior) dicha atracción sexual. Prestó atención a los sentimientos que su vecina despertaba en él, y dio rienda suelta a sus fantasías. Cobró conciencia de que lo que ansiaba no era tanto poseer a su vecina como obtener nuevos estímulos, y no porque estuviera aburrido de su mujer sino porque estaba aburrido de su trabajo. Vio que una mujer nueva ofrecía la promesa de una momentánea experiencia de *eficacia,* que su trabajo ya no le proporcionaba. No se sintió culpable; consideró su reacción frente a su vecina como una valiosa fuente de información sobre las frustraciones que albergaba en su interior. Sabía que no iba a traicionar a su esposa, pero se permitió imaginar cómo podía llegar a ser una aventura con su vecina. Esa noche, en la cena, le dijo a su esposa: "Esta tarde, durante la

hora que estuve sentado en el patio, a solas, tuve una aventura de ocho meses con la señora de al lado". Su serenidad y su tono divertido indicaron a su esposa que no tenía nada que temer, así que le preguntó: "¿Y qué tal te fue?" Julián tomó a su esposa de la mano y respondió: "Fue frustrante. Sin sentido. No era eso lo que yo buscaba. Pero creo que me vendría bien cambiar de trabajo".

Práctica de la autodesestimación. Lo que Julián no sabía era que su vecina, Marta, albergaba sentimientos eróticos hacia él, pero como los consideraba pecaminosos, los reprimía. Se volvió cada vez más tensa con su esposo y sus hijos. Tenía ataques de llanto que no podía explicar. Cuando alguna vez se cruzaba en el camino con Julián, se mostraba a veces brusca y otras seductora, como una niña que aún no sabe bien lo que está haciendo. Hacía mucho tiempo que Marta se sentía desdichada en su matrimonio, pero no se permitía enfrentarse a eso, ya que para ella el divorcio significaba humillación y fracaso. Si se hubiera permitido aceptar y analizar sus sentimientos hacia Julián, y quizás discutirlos con su marido, habría obtenido una valiosa visión interior de su situación. Pero de niña le habían enseñado que desear íntimamente a otro hombre era tan malo como cometer adulterio; y ella no quería ser mala, de modo que la única solución era la inconsciencia. Por último, después de varios años de sufrimiento e incomunicación, su marido le pidió el divorcio. Marta, que se sintió traicionada, abandonada y perdida, se preguntaba: "¿Por qué en este mundo la gente buena siempre tiene que sufrir?".

¿Puede usted relacionar alguna de estas dos historias con usted mismo?.

Práctica de la autoaceptación. Claudia se sintió hundida cuando, después del divorcio, sus hijos le informaron de que preferían vivir con su padre. Sabía que había sido una madre impaciente, poco comprensiva y descuidada, y que su ex marido había sido mejor padre que ella. Esto no era fácil de admitir, y resultaba muy doloroso. Pero, sin los niños, tuvo muchas oportunidades de estar sola y reflexionar sobre el pasado. "La verdad (admitió al fin ante sí misma) es que nunca he querido ser madre. Tuve hijos porque se suponía que debía tenerlos." Pasó muchas horas meditando en silencio sobre sus elecciones pasadas, no con el objeto de autocriticarse sino de comprenderse. Logró aceptar que para sus hijos era mejor estar con el padre. Después, poco a poco, llegó a afrontar y aceptar algo mucho más difícil, pues se apartaba demasiado de las enseñanzas que le habían inculcado: se sentía *feliz* de que sus hijos hubieran elegido vivir con su ex marido. Por primera vez en su vida se sentía libre y sin obligaciones. En consecuencia, cuando se encontraba con sus hijos (y quería verlos con frecuencia), ellos disfrutaban de una madre más contenta y afectuosa que nunca. Cuando los amigos y los parientes trataban de hacerla sentir culpable por ser una "madre antinatural", ella los miraba con tranquilidad y no procuraba defenderse. Sabía quién era y lo aceptaba, y eso era lo único que importaba. "Lamento mis errores pasados (se decía), pero no creo que la manera de redimirme sea empeorarlos rechazando de nuevo mis deseos y necesidades."

Práctica de la autodesestimación. Un día, cuando Santiago tenía sesenta y dos años, su hijo Andrés, de veinticinco, intentó hablarle sobre lo que había representado para él ser su hijo. "Cuando era niño te tenía tanto miedo -le dijo-, eras tan violento... Nunca sabia cuándo te ibas a girar y pegarme." El padre le contestó, irritado:

"No me interesa hablar de eso". Andrés le respondió con paciencia: “Ya sé que para ti no es agradable, papá. Tal vez pienses que mi intención es reprochártelo y hacerte sentir mal, pero no es así. Quiero que seamos amigos. Quiero entender qué es lo que te pasaba entonces; debes de haber sido muy desdichado". Pero Santiago se negaba a escuchar; no condenaba ni admitía la conducta que había observado con su hijo en el pasado, como si prefiriera que aquellos hechos quedaran en una especie de limbo, ni real ni irreal, envueltos en una bruma impenetrable. Andrés lo intentó varias veces, pero no sirvió de nada. "¿Por qué no me escuchas?", le preguntó a su padre. "¿Por qué no aceptas la realidad y cómo fueron las cosas?". Un día, su padre le contestó, también gritándole: "¿Por qué no aceptas *tú* el hecho de que nunca voy a ser el padre que tú

quieres?". Los dos hombres se miraron en silencio, impresionados, como si por un momento vieran algo de sí mismos que de inmediato olvidarían. "No es posible que yo haya sido tan cruel como él dice", pensó Santiago, negándose a admitir tal posibilidad. "No es posible que yo quiera hacerlo sufrir", pensó Andrés, pensando lo mismo que su padre. Y pronto reanudaron los gritos.

Al considerar la psicología de estas dos personas, ¿puede encontrar aspectos de usted mismo?. Si es así, ¿cuáles son las consecuencias para su autoestima?.

Ahora examinemos esta cuestión: supongamos que nuestra reacción negativa ante alguna experiencia sea tan abrumadora que sintamos que *no podemos* practicar la autoaceptación. El sentimiento, pensamiento o recuerdo es tan angustioso y perturbador que la aceptación queda descartada. No nos sentimos capaces de desbloqueamos y relajarnos. La solución es intentar no resistirnos a nuestra resistencia. SI no podemos aceptar un sentimiento (o un pensamiento, o un recuerdo), debemos *aceptar nuestra resistencia* En otras palabras, empezar por aceptar dónde nos hallamos. Si conservamos la resistencia en un nivel consciente, *comenzará a desaparecer.*

Si podemos aceptar el hecho de que, ahora, en este momento, *nos negamos* a aceptar que sentimos envidia o Ira, o dolor o añoranza, por ejemplo -o que *nos negamos* a aceptar que alguna vez hicimos o creímos tal o cual cosa-, si reconocemos, experimentamos y aceptamos nuestra resistencia, descubriremos una paradoja muy importante:

La resistencia empieza a desplomarse. Cuando luchamos contra un bloqueo, éste se hace más fuerte: cuando lo reconocemos y aceptamos, comienza a desaparecer, *porque su existencia continua requiere oposición.*

A veces, durante la terapia, cuando una persona tiene dificultad en aceptar algún sentimiento, yo le pregunto si está dispuesta a aceptar el hecho de que *se niega* a aceptar ese sentimiento. Una vez se lo pedí a un paciente, Víctor, un pastor que tenía gran dificultad en reconocer su ira, pero que era un hombre muy airado. Mi pregunta lo desorientó. "¿Si acepto que no acepto mi ira?", me preguntó. Yo sonreí y le dije: "Exacto." El hombre vociferó: "¡Me *niego* a aceptar mi ira y me *niego* a aceptar mi negación!". Yo me reí y le pregunté: "¿Aceptaría su negación a aceptar su negación?. Tenemos que empezar por alguna parte. Empecemos por ahí."

Le pedí que mirara al grupo y dijera: "No estoy enfadado", y lo repitiera varias veces. Al poco rato ya lo decía realmente enfadado.

Luego le pedí que dijera: "Me *niego* a aceptar mi ira", lo cual gritó cada vez con más fuerza.

Después le hice decir: "Me *niego* a aceptar mi negación de aceptar mi ira", y lo repitió con ferocidad.

A continuación le pedí que repitiera: "Pero estoy dispuesto a aceptar mi negación de aceptar mi negación", y se puso a repetirlo hasta que, al fin, se cansó y se echó a reír junto con el resto del grupo.

-Ya entiendo -sonrió. Si uno no puede aceptar la experiencia, acepta la resistencia.

-Exacto. Y si no puede aceptar la resistencia, acepta la resistencia a aceptar la resistencia. Se trata de llegar, al final, a un punto que pueda aceptar. Entonces, a partir de ahí, puede continuar.

Víctor se animó.

-Cuando uno experimenta la resistencia o la negación con plena conciencia, Y la abraza, por decirlo así, genera una especie de corto circuito. Se abre una puerta... y uno vuelve a conectar con su experiencia.

-Correcto. Bueno..., ¿está enfadado?.

-Estoy lleno de ira.

-¿Puede aceptar ese hecho?.

-No me gusta.

-Eso ya lo sabemos todos. ¿Pero puede aceptarlo?.

-Si, puedo aceptarlo.

-Por favor, míreme y diga: "Nathaniel, estoy realmente muy enfadado".

-Nathaniel, estoy realmente muy enfadado.

-Otra vez, por favor.

-Nathaniel, estoy realmente muy enfadado.

-Bien. Ahora podemos empezar a averiguar por qué está tan enfadado.

Una poderosa herramienta para cultivar el autoconocimiento, la autoaceptación y el desarrollo personal es la técnica de completar oraciones, sobre la que he hablado en dos libros anteriores, *If You Could Hear What I Cannot Say (*Si pudieras oír lo que no puedo decir) y *To See What I see* and *Know What I Know (*Ver lo que veo y saber lo que sé). Aquí puede servirnos una versión de esa técnica. Sólo se necesitan un cuaderno y un bolígrafo.

Al comienzo de una hoja en blanco escriba una de las oraciones Incompletas, o principios de oraciones, que proporciono más adelante. Escríbalas por su orden. Después de haber reproducido una de ellas al comienzo de la página, escriba de seis a diez finales lo más rápido que pueda. No se preocupe porque las terminaciones sean literalmente ciertas, o si una se opone a otra. Ninguna de ellas quedará escrita en piedra: son sólo un ejercicio, un experimento.

Quizás pretenda autoconvencerse de que no puede hacerlo. Yo le aseguro que sí puede. He enseñado esta técnica a miles de personas y algunas siempre empiezan diciendo: "No puedo"... y luego se ponen a hacerlo.

Al comienzo de la primera página, escriba: *A veces, al pensar en mi vida, apenas puedo creer que en una época yo...* Ahora escriba de seis a diez finales para esta oración. ¡Adelante!.

Luego, en la página siguiente, escriba: *Para mí no es fácil admitir que...,* y agregue sus finales.

Después, en la otra página, escriba: *No me resulta fácil aceptarme cuando yo...,* y complételo.

A continuación:

Una de mis emociones que me cuesta aceptar es...
Una de mis acciones que me cuesta aceptar es...
Uno de los pensamientos que tiendo a alejar de mi mente es...
Una de las cosas de mi cuerpo que me cuesta aceptar es...
Si yo aceptara más mi cuerpo...
Si aceptara más las cosas que he hecho... Si aceptara más mis sentimientos...
Si fuera más honesto acerca de mis deseos y necesidades...
Lo que me asusta de aceptarme a mí mismo es...
Si otras personas vieran que me acepto más...
Lo bueno de no aceptarme podría ser...
Comienzo a darme cuenta de que...
Comienzo a sentir...
A medida que aprendo a dejar de negar lo que experimento...
A medida que respiro profundamente y me permito experimentar la autoaceptación...

Advertencia: si usted se limita a leer estas palabras y no realiza efectivamente el ejercicio tal y como se lo he descrito, se perderá ciertos descubrimientos que yo no podré proporcionarle.

Confío en que a estas alturas ya este claro por qué la autoaceptación es esencial para lograr cambios positivos. Si me niego a aceptar el hecho de que a menudo vivo inconscientemente, ¿cómo aprenderé a vivir más conscientemente?. Si me niego a aceptar el hecho de que a menudo vivo irresponsablemente, ¿cómo aprenderé a vivir más responsablemente? Si me niego a aceptar el hecho de que a menudo vivo pasivamente, ¿cómo aprenderé a vivir más activamente?.

No puedo superar un miedo cuya realidad niego. No puedo corregir un problema sexual cuya existencia no admito. No puedo curar un dolor que rehúso reconocer como propio. No puedo cambiar rasgos de mi carácter que insisto en que no poseo. No puedo perdonarme por una acción que no reconozco haber realizado.

Aceptarnos a nosotros mismos es aceptar el hecho de que lo que pensamos, sentimos y hacemos son expresiones del si-mismo *en el momento en que ocurren.* Pero esto no significa que esas expresiones sean las definitivas sobre quiénes somos, a menos que las cubramos con cemento por medio de nuestras negaciones y desestimaciones.

Permítanme compartir otro ejemplo personal para iluminar un poco más este tema:

Hace algunos años, mi esposa Patricia, a quien yo amaba mucho, murió. Durante largo tiempo mi mente revisó sin cesar los diferentes aspectos de nuestra relación. Recordaba incidentes en los que yo había sido desconsiderado o grosero, y a veces rehuía esos recuerdos porque eran insoportablemente dolorosos. No los negaba de una manera directa, pero tampoco los aceptaba plenamente ni permitía que ellos y sus implicaciones fueran asimilados e integrados. Una parte de mí mismo quedó fragmentada, alienada del resto.

Más tarde volví a casarme, y aunque soy feliz y estoy profundamente enamorado de mi actual esposa, Devers, vi que ciertos modelos de negligencia y falta de consideración se repetían. Comencé a pensar en algo que yo les enseñaba a otros: que si una persona no acepta plenamente una parte de su conducta pasada, es casi inevitable que la repita de una forma u otra. De modo que empecé a dedicar más tiempo a la tarea de convertir en reales para mí mismo ciertas acciones que había realizado en mi matrimonio anterior, como por ejemplo no responder en alguna ocasión en que Patricia necesitaba mi comprensión o mi ayuda, o ser sumamente impaciente, o dejarme absorber en exceso por mi trabajo es decir, el tipo de desconsideraciones más comunes que el amor no nos impide automáticamente cometer. Revivir esos ejemplos específicos, revisándolos detalle por detalle, fue doloroso. Obligarme a mirar detenidamente mis acciones me resultaba a veces más perturbador que lo que pueda expresarse en palabras, pues Patricia ya no estaba y no había manera de hacerme perdonar esas actitudes. Pero yo sabía que si insistía (y por supuesto, si alcanzaba la misma claridad sobre mi conducta en mi matrimonio con Devers) sucederían dos cosas: me sentiría más integrado, y sería menos probable que repitiera las acciones que entonces lamentaba.

Le invito a considerar alguna acción suya que lamente. Trate de dejar de lado la culpa, pero conservando la experiencia de usted mismo como autor de la acción. Descubra cómo es aceptar que en algún momento de su vida decidió ejecutar esa acción. ¿Cómo se siente esta forma de honestidad?. ¿Qué enseña sobre la autoestima?.

Después de aceptar el hecho de que nuestras acciones son *nuestras* acciones, aun queda el tema de la *evaluación;* en el próximo capítulo hablaremos con más profundidad sobre el proceso de evaluar esa conducta de la que nos arrepentimos (pensando en ella e interpretando su significado) de manera que alimente y no mine la autoestima. Pero por ahora diré esto: los errores con los que estamos dispuestos a enfrentarnos se convierten en los peldaños de una escalera que conduce a una autoestima más elevada.

Cualquier cosa que podamos experimentar, podremos también desestimarla, ya sea inmediatamente o después, en la memoria. Cualquier cosa que no se adapte al concepto oficial que tenemos de nosotros mismos, o a nuestro sistema oficial de creencias, o que nos despierte angustia por cualquier razón, podemos rechazarla.

Puedo negarme a aceptar mi sensualidad; puedo negarme a aceptar mi espiritualidad. Puedo rechazar mi pena; puedo rechazar mi alegría. Puedo reprimir el recuerdo de acciones de las que me avergüenzo; puedo reprimir el recuerdo de acciones de las que me enorgullezco. Puedo negar mi ignorancia; puedo negar mi inteligencia. Puedo negarme a aceptar mis limitaciones; puedo rehusarme a aceptar mis potencialidades. Puedo ocultar mi flaqueza; puedo ocultar mi fortaleza. Puedo negar mis sentimientos de odio hacia mí mismo; puedo negar mis sentimientos de amor por mí mismo. Puedo fingir que soy más de lo que soy; puedo fingir que soy menos de lo que soy. Puedo menospreciar mi cuerpo; puedo menospreciar mi mente.

El problema de la falta de autoaceptación no está de ningún modo limitado a las "negaciones". Pueden asustarnos tanto nuestras virtudes como nuestros defectos; puede asustarnos tanto nuestro

genio, pujanza, emoción o belleza como nuestra vacuidad, pasividad, depresión o falta de atractivo. Nuestras desventajas plantean el problema de la Ineptitud; nuestras ventajas, el desafío de la responsabilidad.

Nuestros puntos fuertes o virtudes pueden hacernos sentir solos, alienados, marginados del grupo, blanco de la envidia o la hostilidad, y nuestro deseo de *pertenencia* puede superar cualquier deseo de realizar nuestro potencial más elevado. Es bien conocido, por ejemplo, el caso de muchas mujeres que asocian un alto nivel de inteligencia o de realización con la pérdida de la feminidad. Puede ser necesario un gran coraje para estar dispuesto a admitir, aun en la intimidad de nuestra mente: "Yo puedo hacer cosas que otros no parecen capaces de hacer." O: "Soy más inteligente que el resto de mi familia." O: "Soy sumamente atractiva." O: "Exijo de la vida más que los que me rodean." O: "Yo veo más profundamente y con más claridad".

Recuerdo a una joven que vino a pedirme tratamiento hace mucho tiempo. Florencia, de veinticuatro años, tenía el rostro de un ángel y hablaba con el vocabulario de un estibador. Había probado todas las drogas que yo conocía y algunas de las que nunca había oído hablar. A los dieciocho años dormía en el sótano de un club estudiantil, donde le daban comida y techo a cambio de sus servicios sexuales. En ese momento se ganaba la vida trabajando como camarera. El azar hizo que cayera en sus manos mi libro *The Psychology of Self Esteem;* se sintió interesada y me llamó al consultorio para concertar una cita.

Hizo todo lo que pudo para no gustarme, pero me gustó. Yo estaba convencido de que, bajo una capa de corrupción, ella escondía a una persona extraordinaria. Recuerdo cuando, mediante la hipnosis, la hice retroceder hasta cierto día de su pasado, en la escuela secundaria. Comenzó a sollozar. El profesor hacía preguntas al azar a diversos alumnos. La oí susurrar: "Por favor, Dios mío, haz que si me pregunta a mí, yo no sepa la respuesta". Le pregunté:

"¿Por qué?" Y respondió: "Porque te odian. Si sabes mucho te odian. Te odian si eres demasiado Inteligente".

Pero ella no sólo tenía una inteligencia fuera de lo común. De chica era muy alta para su edad, físicamente fuerte, e inusualmente bien proporcionada. Practicaba casi cualquier deporte mejor que la mayoría de los muchachos, con gran enfado y humillación por parte de sus hermanos mayores, que le pegaban, la ridiculizaban y la atormentaban. Sin mirar los libros, obtenía muy buenas calificaciones. En el pueblo donde vivía no había nadie como ella, nadie con quien pudiera hablar. Se sentía odiada por su familia, y *odiada por sus virtudes,* no por sus defectos.

Al llegar a la adolescencia empezó una autodestrucción sistemática, como venganza contra su familia y, al mismo tiempo, como grito de socorro.

Un día, durante la terapia, después de seis meses de trabajo, se enfadó muchísimo conmigo. Como no podía explicar sus motivos, la invité a practicar la técnica de completar oraciones:

Lo malo de usted, Nathaniel, es...

¡Que cree en mí!.
¡Que se niega a verme como una persona corrupta!.
¡Que me hace sentir mi dolor!.
¡Que me hace sentir que hay esperanza!.

En aquel momento estaba llorando, y refunfuñando a la vez. Prosiguió:

Que me hace creer en mí misma!.
¡Que me devolvió a la vida!.
¡Que no me ve como me ven los otros!.
¡Le odio!.

Ahora lloraba sin ningún control.

-Esto es tan difícil... -repetía entre sollozos una y otra vez.

-¿El qué?.

Me miró con los ojos temerosos y a la vez esperanzados de un animal salvaje.

-Admitir que lo que usted ve está ahí. Que usted tiene razón, que yo soy inteligente, que soy especial, que *soy buena.*

Aun ahora, casi dos décadas después, ese momento ha quedado grabado en mí como uno de los más grandes premios de mi carrera de psicoterapeuta: el momento de ver a un ser humano reuniendo el coraje suficiente como para admitir y aceptar sus propios méritos.

Dieciocho meses después de empezar la terapia, Florencia estudiaba creación literaria en la Universidad de California. Unos años más tarde, ya casada, se ganaba la vida como periodista.

La encontré un día por casualidad en la calle, diez años después de la terapia; quizás no la habría reconocido, si ella no se me hubiera acercado a saludarme con gesto jovial. Iba bien vestida, y se la veía segura de sí misma, sonriente y alegre, en apariencia ya ajena a toda aquella tragedia que había vivido.

-No sé si usted se acuerda de mí, pero yo sí me acuerdo de usted.

Yo dudé un momento.

-Usted es... ¿Florencia?.

-Claro. Soy yo.

-¡Qué alegría verla!.

-¿Sabe quién es usted, Nathaniel?.

-¿Quién soy?.

-Es el hombre que se negó a verme como una vagabunda y una prostituta. Usted me vio como alguien especial. Y me hizo verme así. ¡Dios, a veces lo odié tanto!. Aceptar quién era yo, quién *realmente* era*...* fue lo más difícil que tuve que hacer en mi vida. La gente siempre habla de lo difícil que es aceptar los propios defectos; alguien tendría que hablar de lo difícil que puede ser aceptar nuestras virtudes.

A veces el camino hacia la autoestima es solitario y temible. No podemos saber cabalmente y de antemano cuánto más satisfactorias resultarán nuestras vidas. Pero cuanto más dispuestos estemos a experimentar y aceptar nuestros muchos aspectos peculiares, más rico se volverá nuestro mundo interior, mayores serán nuestros recursos, y más aptos nos sentiremos para afrontar los desafíos y oportunidades de la vida. También es más probable que descubramos -o creemos- un estilo de vida que se adapte a nuestras necesidades individuales.

Hasta aquí hemos tratado de la autoaceptación como una aplicación de la racionalidad y el realismo, el respeto por nuestra propia experiencia, la negación a estar en guerra con nosotros mismos. Pero debemos considerar otro significado, más profundo, de la autoaceptación.

Me refiero al coraje que se requiere para admitir que dentro de nosotros hay un lugar donde, con defectos o sin ellos, *nos gustamos a nosotros mismos.* Mucha gente encuentra esta idea muy difícil de aprehender.

La autoaceptación, en su sentido último, se refiere a una actitud de autovaloración y autocompromiso que deriva fundamentalmente del hecho de que estoy vivo y soy consciente de que *existo.* Es una experiencia más profunda que la autoestima. Es un acto prerracional, premoral de autoafirmación, una especie de egoísmo primitivo que es la marca de nacimiento de todo organismo consciente; y sin embargo, los seres humanos tienen el poder de actuar contra él o anularlo.

Quizás lo que sigue ayudará a aclarar este punto.

A veces, después de que un paciente se ha explayado en detalle sobre su carencia de autoestima, y cuando yo quiero despertar esa otra perspectiva que él o ella parece olvidar, sugiero el completamiento de oraciones y hago que el paciente trabaje con este comienzo: *Si yo estuviera dispuesto a admitir cuánto me gusto en el fondo...*

Y luego, al cabo de algunas protestas por parte del paciente, acabo oyendo finales como los siguientes:

¿Y si los demás no están de acuerdo?.

Me sentiría molesto.
Tendría que sentir mucho dolor.
Usted se asombraría.
Mucha gente se disgustaría.
Me asustaría.
A mi familia no le gustaría.
No tendría excusas para mi pasividad.
Podría progresar en mi vida.

A continuación sugiero este comienzo: *Lo bueno de simular que no me gusto es...*

Que tengo una excusa.
Que nadie espera cosas de mí.
Que la gente siente pena por mí.
Que no tengo que hacer nada.
Que es más fácil.
Que eso es lo que mis padres esperan de mí.

Si yo tuviera el coraje de admitir que, pese a mis defectos, me gusto...

Sería libre.
Diría la verdad.
Tendría que separarme de mi familia.
Me respetaría a mí mismo.
Sería como asomarme a otro mundo.
Todo cambiaría.
El mundo me abriría sus puertas.

Sugiero que se tome usted unos minutos y vuelva a leer estos finales. No los pase de largo apresuradamente. Revelan muchos datos valiosos que pueden tener importancia para usted.

Una actitud de autoaceptación es precisamente lo que un terapeuta eficaz se afana por despertar incluso en una persona poseedora de una bajísima autoestima. Esta actitud puede inspirarla para afrontar cualquier cosa que teme encontrar en su interior, sin caer en el odio por sí misma, sin repudiar su valor como persona o ahogar su voluntad de vivir. Así, alguien puede ser desdichado por experimentar una autoestima pobre y sin embargo aceptarla junto con las dudas sobre si mismo y los sentimientos de culpa: "Los acepto como parte del modo en que me experimento a mí mismo en este momento".

A veces la gente confunde el tema de la autoestima declarando que cualquiera debería poseer una buena autoestima, sin tener en cuenta lo que haga o deje de hacer. Esto es absolutamente imposible. Los que así opinan confunden la autoestima, que por fuerza depende de ciertas condiciones, con la autoaceptación, que puede ser incondicional.

A continuación presento un ejercicio de finalizar oraciones que le permitirá comenzar a explorar el tópico de la autoaceptación en su propia vida.

Tome un cuaderno y en una página en blanco escriba el siguiente principio: *A veces no me gusto cuando...,* y realice de seis a diez finales, lo más rápidamente que pueda. Una vez más, no se preocupe si sus finales no son todos literalmente ciertos. No se censure, o no aprenderá nada.

Después complete estos principios:

Una de las cosas que no me gusta de mí mismo es...
Una de las cosas que me gusta de mi mismo es...
Me gusto menos cuando...
Me gusto más cuando...
Mamá hizo que me viera como...
Papá hizo que me viera como...
Cuando siento que no despierto simpatía...

Cuando me enorgullezco de algo que a nadie más le importa o nadie entiende...

Si tuviera que admitir cuánto me gusto en el fondo...

Lo bueno de fingir que no me gusto es...

Lo temible de admitir que, con errores o sin ellos, me gusto es...

Comienzo a darme cuenta de que...

Si algo de lo que estoy escribiendo es cierto...

Si estuviera dispuesto a respirar profundamente y permitirme experimentar la alegría de ser...

Existen muchas posibilidades de que, si participa usted en este ejercicio plena y conscientemente, se ponga en contacto con esa parte de usted mismo que contiene dudas, miedos y culpas más profundas. Así lo espero.

No obstante, ese descubrimiento no siempre produce placer. A veces asusta. A veces usted querrá apartarse de él, o se negará a aceptarlo, porque sabe, de manera intuitiva, que aceptarlo plenamente equivale, casi con certeza, a afrontar la responsabilidad de vivir conscientemente.

Más de un paciente ha protestado: "¡Si acepto el hecho de que me gusto, tendré que comportarme de otra forma!" O: "¡Si acepto que me gusto, tendré que ser muy consciente!".

Pero cuando uno no vive conscientemente (éste es uno de los aspectos más importantes de la psicología humana), el nivel más profundo y primitivo de nuestro ser tiende, en realidad, a volverse contra nosotros, generando dolor en el nivel de la autoestima. Es ese "yo" más profundo al que ofendemos cuando faltamos a la Integridad que requiere la autoestima positiva. Si yo no poseo la lealtad suficiente para apoyar a un amigo, ese amigo se sentirá traicionado por mí. Por esta razón, si yo no poseo la lealtad suficiente para ayudarme a mí mismo (lo cual significa el coraje de saber que me gusto y de afrontar la responsabilidad de hacerlo), también yo me sentiré traicionado, aunque quizás sea incapaz de explicar mi sentimiento o contar mi experiencia.

Si revisa usted el material de este capítulo, y los ejercicios que hizo, casi con seguridad se sorprenderá al ver que se acepta más a usted mismo en algunas áreas que en otras. Tal vez acepte ciertos atributos físicos, pensamientos, sentimientos o acciones, mientras que niega o rechaza otros. Haga una lista de seis hechos relacionados con usted mismo que le cueste aceptar por completo. Quizá esto le exija un nivel de sinceridad difícil de lograr. Recuerde que "aceptar" no quiere decir "gustar". Después, en su cuaderno, escriba: Lo *difícil de aceptar* (escriba el hecho de que se trate) *es...,* y añada de seis a diez finales. Luego haga lo mismo con el principio *Si yo debiera aceptar* (escriba el ítem) *completamente...* Después: *Si sucede que la verdad es* la *verdad, la acepte yo o no...* Después: *Me doy cuenta de que...*

Quizás ahora le resulte más claro que la autoaceptación es un verdadero acto heroico.

¿Qué significaría, en la práctica, que durante los próximos siete días se comprometiera usted a experimentar cada día con nuevos ejemplos de autoaceptación?

La liberación de la culpa

Nuestro objetivo es poseer un concepto de nosotros mismos resistente y positivo, y mantenerlo más allá de nuestra habilidad o falta de ella en cualquier ámbito concreto, y más allá de la aprobación o desaprobación de cualquier otra persona.

Al avanzar hacia esa meta, es de vital importancia el modo en que usted piensa acerca de su conducta (los parámetros por los cuales la juzga y el contexto dentro del cual la ve); sobre todo en los momentos en que se inclina a acusarse a sí mismo. Es obvio que la culpa destruye la autoestima positiva.

Evaluar su conducta encierra algunas preguntas como:

¿Según los parámetros de quién juzga usted su conducta, los suyos o los de otra persona?.

¿Trata usted de comprender *por qué* actuó como lo hizo?. ¿Recuerda las circunstancias, el contexto y las opciones que, según usted percibió, estaban a su disposición en ese momento?.

¿Evalúa usted su conducta como si fuera la de otro?.

Cuando piensa en su conducta, ¿Identifica las áreas o circunstancias especificas en las que tiene lugar, o generaliza en exceso y dice: "Lo ignoro", cuando en realidad quizás ignore un tema particular pero conozca bien muchos otros temas? ¿O dice: "Soy débil", cuando en realidad puede faltarle coraje o fuerza en una esfera particular pero no en otras?.

Si lamenta sus acciones, ¿trata de aprender de ellas, para que en su conducta futura no repita las mismas equivocaciones? ¿O simplemente sufre por el pasado y sigue pasivamente atado a modelos de conducta que sabe inadecuados?.

La respuesta a todas estas preguntas tendrá profundas implicaciones para su autoestima.

Nos sentimos culpables cuando:

- Al contemplar algo que hemos hecho o dejado de hacer, experimentamos un sentimiento de minusvalía;
- Nos vemos impulsados a racionalizar o justificar nuestra conducta:
- Nos ponemos a la defensiva, en actitud combativa, cuando alguien menciona la conducta en cuestión:
- Nos resulta difícil y penoso recordar o examinar la conducta.

Piense en alguna acción que haya realizado, o que no haya realizado, de la cual se arrepiente, algo lo bastante significativo como para haber hecho mella en su autoestima. Luego pregúntese: ¿según los parámetros *de quién* estoy juzgando?. ¿Los míos o los de otro?. Si esos parámetros no son en verdad suyos, pregúntese: ¿qué es lo que yo creo *en realidad* sobre esto?. Si usted es un ser humano pensante y, con toda honestidad y plena conciencia, no ve nada malo en su conducta, quizás encuentre el coraje necesario para dejar de condenarse en ese mismo instante. O, al menos, tal vez comience a vislumbrar una nueva perspectiva en la evaluación de su conducta.

"Yo solía hacerme reproches -decía Beatriz, en una de nuestras sesiones de terapia- porque nunca quise que mi madre viviera conmigo... es decir, conmigo, mi marido y nuestros hijos. Me educaron según el principio de que el deber hacia los padres es lo más Importante, y que el egoísmo es un pecado. Pero una de las cosas que conseguí con la terapia es prestar atención a lo que yo *realmente* pienso, más que a lo que a veces me digo que pienso. Y la verdad es que para mí esas enseñanzas no tenían ningún sentido, sobre todo al considerar que mi madre siempre dejó bien claro que yo no le gustaba mucho, y que yo sé que ella no me gusta mucho a mí. Nunca nos llevamos bien. Toda su vida estuvo inmersa en el abatimiento y la fatalidad. Si yo me mostraba demasiado feliz, solía decirme que algo no me funcionaba bien. Pensé que, si permitía que mi madre viniera a vivir con nosotros, iba a ser un infierno para mi y mi familia. Así que dije no. Ahora mis hermanas y mis hermanos no me hablan. Yo veo la vida de una manera diferente del resto de la familia. Además, es mi vida, no la de ellos. Así que haré lo que a mí me parece racional, y aceptaré las consecuencias."

No estoy sugiriendo con esto que todos los valores son subjetivos y que la moral es sencillamente lo que un individuo piense o sienta que es moral. En *Honoring the Self* desarrollo mi propio concepto de lo que entiendo por una ética racional y objetiva, una ética de autointerés racional y lógico. Pero en general la gente suele dejarse intimidar por las preferencias valorativas de los demás, a expensas de sus propias necesidades, percepciones y autoestima.

Por otra parte, no me refiero aquí a los problemas de los psicópatas o de las personas que parecen carecer de sentimientos de culpa normales: si lo hiciera, tendría que tocar muchos temas que no me propongo abarcar aquí.

En la práctica de la terapia, gran parte de lo que se llama culpa tiene que ver con la desaprobación o la condena de otros, de personajes influyentes como los padres o cónyuges; no siempre es aconsejable tomar las declaraciones de culpa (las nuestras o las de los demás) al pie de la letra. Con frecuencia, cuando alguien declara: "Me siento culpable por esto y por esto", lo que en realidad quiere decir, aunque rara vez lo reconoce, es: "Tengo miedo de que si mamá o papá (o alguna otra persona importante) se

entera de lo que he hecho, me critique, repudie o condene". A menudo, la persona no considera la acción como verdaderamente mala, en cuyo caso lo que siente no es literalmente culpa. De modo que la solución a esta categoría de "culpa" es *atender a la auténtica voz del yo,* respetar su propio juicio por encima de las creencias de los demás que uno no comparte de manera sincera (aunque finja hacerlo).

Recuerdo algunos pacientes que confesaban sentirse culpables por la masturbación porque cuando eran jóvenes sus padres les habían enseñado que era pecado. A veces un terapeuta "soluciona" este problema reemplazando la autoridad de los padres del paciente por la suya propia y asegurándole que la masturbación es una actividad más que aceptable. Pero esto supone que la "culpa" está provocada por una idea equivocada sobre la moralidad de la masturbación. Yo considero que esta actitud equivale a echar una cortina de humo. El problema más profundo es la dependencia y el miedo a la autoafirmación; más específicamente, el miedo a desafiar los valores de otras personas Influyentes. Así pues, trabajo, en primer lugar, para tratar de lograr un cambio en la definición del problema, de la manera siguiente: *"Yo* no creo que la masturbación sea algo malo, pero tengo miedo de la desaprobación de mis padres". Al reconsiderar el problema de este modo, hemos salido del campo de la culpa y el autorreproche; le hemos dado uña definición más precisa y útil. Y el desafío se convierte en: *¿Estoy dispuesto a perseverar y actuar de acuerdo con mis propias percepciones y convicciones?* Tal disposición es uno de los significados de "honrar al yo". Cuando una persona acepta este desafío, la autoestima se eleva.

A veces las declaraciones de culpa son una cortina de humo para ocultar resentimientos negados o rechazados. Por ejemplo: "No he logrado vivir de acuerdo con las expectativas o parámetros de otro. Tengo miedo de admitir que esas expectativas y esos parámetros me Intimidan. Tengo miedo de reconocer cuánto me irrita lo que se espera de mí. Así que, en cambio, me digo a mí mismo, y les digo a los demás, que me siento culpable de no haber hecho lo correcto, y de ese modo no tengo que temer comunicar mi resentimiento y poner en peligro mi relación con los demás".

Si usted se reconoce en esta descripción, la solución para su "culpa" es ser honesto consigo mismo y con los demás respecto de su resentimiento. Primero, por supuesto, debe ser honesto consigo mismo. Reconozca su irritación. Admita que su resentimiento está causado por parámetros y expectativas que no son verdaderamente suyos. Y observe cómo la "culpa" comienza a desaparecer, aunque aún deba seguir luchando para obtener una mayor autonomía.

"Si no me sintiera culpable... -decía Esteban en un ejercicio de completar oraciones destinado a explorar justamente este tema- me sentiría... agitado. Si no me sintiera culpable, quisiera saber con qué derecho mi familia espera que yo mantenga al vago de mi hermano. Si no me sintiera culpable, les diría que estoy harto de hacerme responsable de un inútil que no se hace responsable de sí mismo. Si no me sintiera culpable... *No* me siento culpable, *me siento rabioso."* Y luego: "Si estuviera dispuesto a ser honesto con respecto a mi rabia, dejaría de decir que me siento culpable. Si estuviera dispuesto a ser honesto con respecto a mi rabia, admitiría lo diferente que soy del resto de mi familia. Si estuviera dispuesto a ser honesto con respecto a mi rabia, me sentiría más limpio y más libre".

"Si lo que siento no es realmente culpa -decía Clara, una mujer desdichada en su matrimonio-, tendré que luchar con mi *resentimiento* hacia las exigencias de mi esposo, que pretende que viva sólo para él; tendré que *afrontar* ese resentimiento. Si lo que siento no es realmente culpa, admitiría que *me gusta* haber vuelto a trabajar. Si lo que siento no es realmente culpa, me pondría a gritar lo cansada que estoy de reprimir mi propia energía para que mi marido no se sienta amenazado."

Una vez más se ve aquí la necesidad de cambio en la definición del problema. Lo que hay que resolver no es la culpa, sino el resentimiento al que no nos enfrentamos y el miedo a la autoafirmación. La supuesta culpa es sólo un medio de protegerse a sí mismo del desafío más profundo.

A medida que uno se vuelve más honesto con respecto a sus sentimientos, deja de lado la necesidad de sentir esta especie de pseudo culpa. Y luego es más libre de pensar con claridad en los valores y las expectativas que pueda ser necesario cuestionar y rechazar.

De ningún modo esta tarea resulta siempre fácil. Si lo fuera, la gente no se escondería detrás de la pseudo culpa. Pero si uno está dispuesto a hacer el esfuerzo, si uno genera el coraje necesario para emprender la búsqueda de la independencia (y eso es posible), el beneficio de la confianza y el respeto por sí mismo serán virtualmente inmediatos.

Pero supongamos que los parámetros *son* verdaderamente los suyos propios, y que en algún aspecto usted ha actuado contra ellos o los ha traicionado. Usted ha erosionado su sentido de la integridad personal.

Cuando abandonamos la Infancia y desarrollamos nuestros propios valores y parámetros, el mantenimiento de la integridad personal adquiere mayor importancia para nuestra autoevaluación. *Integridad* significa la integración de convicciones, parámetros, creencias y conducta. Cuando nuestra conducta es coherente con los valores que profesamos, poseemos integridad.

El siguiente es un ejercicio que facilitará su exploración respecto a este punto. Copie estos principios de oraciones en un cuaderno y complete cada uno de ellos utilizando seis a diez finales:

Siento que poseo integridad principalmente cuando...
A veces disminuye mi integridad cuando...
Me gusto más cuando...
Me gusto menos cuando...
Cuando no actúo de acuerdo con mis parámetros me digo...
Para mí sería más fácil vivir de acuerdo con mis parámetros si...

Recuerde: si se bloquea, *invente.* No se permita decirse que no puede hacerlo. Sí puede. Sólo se trata de que decida hacerlo, o no. Cuando haya realizado el ejercicio, tómese unos minutos para meditar sobre los finales que ha dado a las oraciones. ¿Qué sentimientos le despiertan?. ¿Qué ha descubierto?. ¿Qué ha aprendido?. Sería provechoso que se detuviera a tomar algunas notas sobre lo que ha descubierto acerca de usted mismo.

Cuando nos comportamos de modos que se oponen a nuestro juicio de lo que es apropiado, tendemos a perder valor ante nuestros propios ojos. Tendemos a respetarnos menos. Pero si nos limitamos a castigarnos, a despreciarnos, y luego no pensar más en ello, deterioramos nuestra autoestima *y aumentamos la probabilidad de poseer menos integridad personal en el futuro.* Un mal concepto de uno mismo es una profecía que siempre acaba cumpliéndose: provoca en nosotros una mala conducta. No mejoramos diciéndonos que estamos corruptos. Nuestras acciones son un reflejo del sujeto y la entidad que pensamos que somos. Necesitamos aprender, pues, una reacción alternativa frente a nuestras faltas, que es más útil para nuestra autoestima y para nuestra conducta futura.

En lugar de caer en la autocondena, podemos aprender a preguntarnos: ¿cuáles fueron las circunstancias? ¿Por qué mis elecciones o decisiones parecían deseables o indispensables en aquel contexto? ¿Qué estaba yo tratando de lograr? ¿De qué modo Intentaba defenderme?.

No podemos comprender las acciones de un ser humano hasta que comprendamos por qué tienen algún sentido para la persona implicada. Necesitamos conocer el *contexto personal* en el que ocurrieron las acciones, el modelo de realidad, el modelo de yo-en-el-mundo que yace detrás de la conducta.

Por ejemplo: supongamos que soy una mujer que he elegido permanecer demasiado tiempo junto a un marido alcohólico que me maltrata físicamente, lo cual es peligroso tanto para mí como para mis hijos. Sé que debería irme, pero tengo miedo. La vida es para mí algo temible, mi situación me resulta precaria, y veo que mis recursos y opciones son muy limitados. Dada mi inseguridad básica, mi modelo personal del yo-en-el-mundo, *estoy tratando de sobrevivir,* lo cual no es un crimen. Quizás desee tener más coraje y confianza y no sufrir tanta angustia, pero no puedo maldecirme por tratar de vivir. Sólo puedo aprender que es posible vivir mejor cambiando mi punto de vista sobre mí misma y sobre el mundo.

El hecho importante es éste: si podemos contemplar nuestro contexto personal con compasión y deseos de comprender (sin negar ni por un momento lo equivocado de nuestra conducta), si podemos ser para con nosotros mismos un buen amigo que realmente quiere saber por qué nos comportamos como lo

hacemos, entonces podremos curarnos; sentiremos quizá remordimiento y arrepentimiento, pero no nos autocondenaremos. Y la consecuencia más probable será la decisión de ser mejores en el futuro.

Este es el modelo que utilizamos en la terapia. Una mujer confiesa una infidelidad sexual; un hombre admite que ha perpetrado una violación; un empleado reconoce haberse apropiado de los fondos de la empresa; un adolescente cuenta haber herido adrede a su hermano menor; un científico admite haber falsificado datos; un padre confiesa haber sido cruel y desconsiderado con respecto a las necesidades de sus hijos; un profesor reconoce haber aprovechado el trabajo de un alumno para mejorar su prestigio; una secretaria admite haber faltado a su empleo, con la excusa de estar enferma, para salir con su novio; un periodista confiesa haber inventado chismes con fines maliciosos. Algunas de estas acciones pueden ser triviales, otras tienen trágicas consecuencias. Pero cuando en la terapia nuestros pacientes hablan de ellas transmitiéndonos su sentimiento de culpa, ¿qué hacemos para repararlo?.

Generalmente, decimos algo así como: "Veo que se siente desdichado y se reprocha lo que ha hecho. Tratemos de entender por qué lo hizo. ¿Cuáles fueron los sentimientos y motivos que lo impulsaron a actuar de ese modo?. ¿Podemos analizar eso?." (No gritamos recriminaciones, ni tampoco decimos: "Lo que hizo estuvo bien. No tiene por qué sentirse mal.")

Debe usted recordar que, cuando actúa, en algún sentido siempre está luchando por satisfacer sus necesidades (lo mismo es válido para todos los organismos vivientes). Nuestras acciones siempre están relacionadas con nuestros esfuerzos para sobrevivir, para proteger al yo, para mantener el equilibrio, para evitar el miedo y el dolor, para madurar o para crecer. Aun cuando el camino elegido esté equivocado, aun si *objetivamente* nos entregamos a la autodestrucción, *subjetivamente,* en algún nivel, estamos tratando de salvarnos, como en el caso de un suicida que busca escapar de un dolor intolerable.

Empero, entender las raíces de las conductas impropias, no significa que las personas implicadas "no pudieron evitarlo". Ni la comprensión ni la compasión suponen negar la responsabilidad.

De hecho, cuando una persona ha cometido una equivocación con respecto a la cual se siente culpable, dirijo su atención hacia las acciones que podría realizar para permitirse el auto perdón. Examinemos este punto, puesto que es importante.

El auto perdón puede exigir más que la comprensión y la compasión antes mencionados. Teniendo en cuenta que a veces hay circunstancias especiales que requieren consideraciones especiales, existen en general medidas bastante específicas que pueden liberarnos de la culpa.

La primera es reconocer (hacer real ante nosotros mismos, en lugar de negar o ignorar) que somos nosotros los que hemos realizado esa acción particular.

La segunda, si otra persona ha resultado herida por nuestra acción, es reconocer explícitamente ante esa persona (o personas) el daño que hemos hecho y transmitir nuestra comprensión de las consecuencias de nuestra conducta, suponiendo que ello sea posible.

La tercera es realizar todas las acciones a nuestro alcance que puedan enmendar o minimizar el daño que hemos causado (devolver dinero robado, rectificar una mentira, etcétera).

Por último, es necesario que nos comprometamos firmemente a comportarnos de una manera diferente en el futuro, *porque sin* un *cambio de conducta volveremos a desarrollar continuamente la desconfianza.*

Desde luego, también es necesario, como medida inicial, estar dispuestos a explorar las razones por las cuales realizamos dicha acción. Si evitamos eso, no nos liberaremos de la culpa, y es muy probable que repitamos el modelo de conducta inadecuada.

Por supuesto, algunos delitos son tan terribles que el auto perdón del tipo que estoy describiendo aquí es poco realista o imposible; para citar sólo dos ejemplos, las acciones del torturador de un campo de concentración o de un genocida no se resuelven por esta vía. Pero esa clase de gente tampoco suele hacer psicoterapia o leer libros sobre la autoestima.

Para aquellos a quienes si concierne este análisis, existen evidencias abrumadoras de que si aprendemos a comprendernos y perdonarnos, nuestra conducta tiende a mejorar. En cambio, si seguimos condenándonos sin piedad, nuestra conducta (como nuestra autoestima) tiende a empeorar.

A continuación propongo un ejercicio que le ayudará a aplicar este principio. Copie, clara y específicamente, alguna acción suya que se haya reprochado. Explique *por qué* considera que esa acción es equivocada. Luego cierre los ojos e Imagine que el que cometió esa acción no fue usted sino un amigo al que quiere mucho. Imagine que hace preguntas a ese amigo, que le hace hablar, que le ayuda a expresar en palabras el modelo del yo-en-el-mundo con que obraba en ese momento, y lo guía hacia la perspectiva o los sentimientos ocultos detrás de esa conducta. Luego imagine que aplica ese tratamiento con usted mismo. ¿Cómo le hace sentir? ¿Qué descubre? Registre su experiencia en el cuaderno.

Después considere esto: si sintiera que es apropiado y deseable mostrar esa actitud benévola con alguien que ama, ¿estaría dispuesto a mostrarla consigo mismo?.

Por supuesto, si no se ofreciera esa oportunidad a usted mismo, es probable que tampoco se la ofreciera a otro. Si somos irracionalmente severos al juzgar nuestra propia conducta, por lo general no lo somos menos al juzgar la de los demás. A la inversa, la autocompasión, siempre que sea responsable y no meramente indulgente, suele dar por resultado una actitud benévola hacia los otros. La benevolencia hacia uno mismo y hacia los demás es tanto una expresión de autoestima como un medio de intensificarla.

Gerardo fue a consultarme por problemas personales diversos, que incluían un profundo sentimiento de culpa por haber abandonado a su mujer y a su hijo al cabo de sólo algunos años de matrimonio, cuando el niño tenía dos años. Eso había sucedido quince años atrás, y aunque se había divorciado y vuelto a casar, Gerardo se sentía profundamente perturbado por el daño que había hecho, sobre todo a su hijo. "¿Cómo puedo perdonarme a mí mismo?", me preguntaba. "¿Cómo puedo rectificar lo que hice?" Lo conduje a través del proceso que acabo de describir, y él imaginó que aconsejaba a un amigo que había hecho lo mismo que él, y empezó a revivir el terror que había sentido años atrás, la sensación de estar abrumado por responsabilidades que estaban más allá de su capacidad, el saber que no amaba a su esposa y que se había dejado influir por las presiones de ella para casarse, urgido por una exagerada necesidad de que lo consideraran "un buen muchacho", etcétera. No renunciaba a la convicción de que en aquel momento podría haberse comportado de manera más honrada y responsable, pero comenzó a entrar en la conciencia de su yo más joven y a apreciar, al menos, que no había sido empujado por la crueldad ni por un capricho, y que en su universo de entonces, tal como él lo había percibido, no tenía las opciones que ahora le resultaban evidentes. Decidió buscar a su hijo y a su primera esposa; reconocer su error y comprender el dolor que les había causado; aceptar el derecho de ellos a haber acumulado cierta ira contra él; y descubrir si había algo que él pudiera hacer ahora para ayudarlos. Se perdonó a sí mismo y reconoció que ellos tenían derecho a no perdonarlo, si así lo preferían. Pudo ver el dolor de ellos con una claridad y una compasión que no le eran posibles mientras estaba ocupado en reprocharse su conducta; y, al verlo, pudo avanzar en la dirección correcta. Su ex esposa no se había vuelto a casar y él no pudo atravesar su muro de amargura; pero con su hijo pudo establecer una relación completamente satisfactoria para ambos, después de un largo y difícil período de sospechas, lágrimas y manifestaciones de ira por parte del hijo.

"La culpa y la compasión no se llevan bien", me confesó Gerardo. "Mientras pensaba en lo malo que era, otra parte de mi siempre se sentía a la defensiva, y se autoprotegía. Cuando me deshice de eso, por primera vez pude ver las cosas desde el punto de vista de ellos, en términos realistas. Ahora, sea lo que fuere lo que pueda hacer por ellos, estoy dispuesto a hacerlo, y eso me hace feliz. Y acepto que hay cosas que no puedo hacer, y me siento en paz."

Una de las peores equivocaciones que podemos cometer es decirnos a nosotros mismos que sentirnos culpables representa necesariamente una forma de virtud. La Intransigente severidad hacia nosotros mismos no es algo de lo que nos debamos jactar. Nos vuelve pasivos e impotentes. No Inspira

cambios; paraliza, *Sufrir* es la más fácil de las actividades humanas; *ser feliz* es la más difícil. Y la felicidad requiere, no que nos rindamos a la culpa, sino que nos emancipemos de ella.

Consideremos ahora otro modo en que podemos dañar nuestra autoestima evaluando inadecuadamente nuestra conducta.

A veces dañamos nuestra autoestima generalizando acerca de nuestra "naturaleza esencial" sobre la base de nuestras acciones en situaciones concretas.

Por ejemplo, Martín me dijo: "Soy un inadaptado social. No sé hablar con la gente. No sé qué decir." Cuando le pregunté: *"¿Nunca* sabe qué decir?", me respondió: "Bueno, no; cuando estoy con gente Interesada en el arte o la literatura, tengo muchísimo que decir." Parece que Martín no tenía ningún interés particular en los deportes y se sentía marginado cuando los hombres y las mujeres de la oficina conversaban sobre un reciente partido de fútbol, "¿Le *importa* el fútbol?", le pregunté. Me contestó: "En lo más mínimo." Yo proseguí: "¿Piensa que *tendría* que importarle el fútbol?" Reflexionó un momento, luego rió y dijo: "No, por supuesto que no." Yo observé: "Cuando usted se llama “un inadaptado social”, lo que parece querer significar es que no tiene nada que decir sobre un tema que no reviste ningún Interés para usted y sobre el cual no siente ningún deseo de aprender nada. Para mí, eso no Indica una deficiencia Innata. Lo que Indica es que usted sería más feliz sí encontrara amigos que compartieran su Interés por el arte y la literatura. En cuanto a sus compañeros de oficina, si usted pudiera permitirse tener intereses diferentes de los de ellos, y permitir que ellos tengan intereses distintos de los suyos, imagino que podría sentirse más relajado en su compañía e incluso descubrir que siguen siendo miembros de la misma especie". Como comentario adicional de esta historia, añadiré que el trabajo que hice con Martín a partir de entonces llevó a que él descubriera que tanto él como sus compañeros de trabajo tendían a moverse en mundos innecesariamente restringidos en sus conversaciones, y que entre ellos existían muchos caminos potenciales de comunicación, pese a sus diferentes intereses.

"Soy un cobarde", decía Ernesto. Parecía temeroso de hablar en público. ¿Cuál es la diferencia, le pregunté, entre decir “soy un cobarde” y decir “me angustia la perspectiva de hablar en público?". Ernesto respondió: "Es como si su versión redujera la magnitud del problema". Le señalé que todas las personas que yo conocía y que sentían confianza en ciertas situaciones, carecían de ella en otras; si quería adquirir confianza en sí mismo al hablar en publico, yo pensaba que podía lograrlo con facilidad; pero al universalizar el problema y calificarlo de "cobardía" no lograba otra cosa que deteriorar su autoestima.

"Soy terriblemente holgazán", decía Edmundo, que trabajaba reparando aparatos de aire acondicionado y a quien su jefe había reprendido varias veces por soñar despierto en horas de trabajo. Pero luego me enteré de que después de su jornada laboral trabajaba hasta bien entrada la noche en una novela que estaba escribiendo, lo cual era la pasión central de su vida. Siempre había tenido que hacer de todo menos lo que más quería hacer y, en consecuencia, experimentaba una frustración y una insatisfacción casi constantes con respecto a si mismo. Pero no era "holgazán". Aplicarse ese calificativo no lo acercaba a una solución, sólo deterioraba su respeto por sí mismo. "Suponga que decimos -le sugerí- que le resulta terriblemente difícil mantener una disciplina concienzuda en un trabajo que le aburre, en lugar de decir que usted es un holgazán. Ahora bien, es cierto que eso representa un verdadero problema, si no se puede ganar la vida como escritor. Pero ése no es el problema que usted se atribuye; usted no es un holgazán, puesto que escribe hasta las tres de la madrugada y a la mañana siguiente se presenta en su empleo, aunque esté algo dormido. La dificultad real ya es bastante dura. ¿Por qué empeorarla autocastigándose?".

Ahora pensemos cómo podría aplicar usted este principio a sí mismo. Piense en alguna cualidad negativa que usted se atribuya. Luego piense en tres situaciones de su vida en que *no* desarrolle ese aspecto. Después compruebe si puede pensar en una situación cualquiera en la que de verdad manifieste la conducta *opuesta* (como en el caso de Edmundo, que se pasaba la mayor parte del tiempo escribiendo). Haga este ejercicio (mejor tomando notas) con cada rasgo negativo que se sienta inclinado a atribuirse.

Esto le dará la oportunidad de dejar de aplicarse calificativos y dañar su autoestima y, además, le permitirá centrarse en las *circunstancias* en las cuales se comporta de maneras que usted rechaza. Luego intente identificar las razones por las cuales tales situaciones parecen provocar esa conducta.

El paso siguiente (y de nuevo será aquí muy provechoso el uso de un cuaderno) es pensar en tres respuestas diferentes que usted podría dar ante esas situaciones. Ensaye esas nuevas respuestas en su imaginación. Compruebe cuál le gusta más y cuál se adapta mejor a usted. Véase a usted mismo manifestando esta nueva y deseable conducta. Véase ejecutarla con éxito; luego salga y practique lo que ha ensayado. Este es un buen modo de aumentar la incidencia de su eficacia en el mundo. Si usted persevera, incluso frente a las decepciones, contrariedades ó "recaídas" Iniciales, descubrirá que ha subestimado radicalmente su capacidad de cambio (como casi todos tienden a hacer).

Una de las características de las personas que están razonablemente libres de culpa no es que nunca realizan acciones que lamenten o por las que se sientan mal, o por las que incluso puedan arrepentirse (por un tiempo), sino que, además de las conductas correctivas antes descritas, procuran *aprender* de sus equivocaciones. Reflexionan sobre ellas. Las examinan. Tratan de discernir los modelos subyacentes, para evitarlos.

A menudo, en algún lugar de nuestra psique quizás "sabemos" lo que necesitamos aprender de nuestras equivocaciones, pero no "sabemos" cómo hacer plenamente consciente ese conocimiento. Aquí la técnica de completar oraciones puede ser de gran ayuda, ya que es más que nada una herramienta para acceder a lo que yace dentro de nosotros pero se halla más allá de la conciencia ordinaria.

Pensando en alguna acción (o inacción) de la cual usted se arrepiente, copie este principio de oración: *Si yo estuviera dispuesto a examinar cabalmente lo que hice (o dejé de hacer)...* luego escriba de seis a diez finales lo más rápidamente posible, sin que interfiera la autocrítica ni la autocensura, sino permitiendo que los finales se escriban solos (aunque al principio no parezcan tener sentido). Luego proceda a hacer lo mismo con estos principios:

Cuando hice lo que hice, me dije...

Una de las cosas que podría aprender de la experiencia es...

Si hubiera estado dispuesto a ver lo que veo ahora…

Uno de los modos de evitar este error en el futuro es...

Si hubiera permanecido tan consciente como lo estoy ahora...

Me gustaría más a mí mismo si...

Cuando actúo en contra de lo que comprendo perfectamente...

Comienzo a darme cuenta...

A medida que me muestro más dispuesto a comprender lo que estoy escribiendo...

Cuando imagino cómo me sentiría si me comportara de manera más apropiada en el futuro...

A medida que este tema se me hace cada vez más claro...

El único modo de aprender lo beneficioso e integrador que puede llegar a ser este proceso es participar activamente en él. Me aventuraré a suponer que algunos lectores se resistirán a aplicar esta técnica precisamente porque, en un nivel subconsciente, *saben* que es un proceso que tiene el poder de activar el desarrollo y el cambio, y si están identificados con sus errores y su culpa. Lo que buscan en primer lugar no es el cambio, pese a que protesten afirmando lo contrario.

¿Por qué una persona se identifica con su culpa? Bueno, por un lado, la culpa nos encierra en nuestra pasividad, lo cual no nos despierta la necesidad de generar nuevas conductas: "Soy culpable. Soy una decepción. Siempre lo he sido... así es la vida". Esto puede traducirse así: "No esperéis nada de mí".

Por otro lado, la infelicidad es un sentimiento familiar: no disfrutable, sino familiar. ¿Quién sabe con qué podría enfrentarnos la vida si no tuviéramos nuestras depresiones y nuestros auto reproches para aislarnos y protegernos?. ¿Quién sabe qué desafíos nos veríamos obligados a afrontar?. La desdicha

puede proporcionarnos cierta clase de comodidad, mientras que la felicidad, a su modo, es más exigente, en términos de conciencia, energía, disciplina, dedicación e integridad.

Luego están las personas que de jóvenes, fueron empujadas por padres poco afectivos o indiferentes, a creer que eran malas o ineptas y quienes, aun de adultos, se sienten impulsados a dar la "razón" a sus padres -protegiendo así la relación hijo-padre a costa de su propia realización y autoestima. Esto puede continuar mucho tiempo después de haber muerto los padres. El drama es *interno.*

De modo que hace falta coraje para trabajar con el fin de liberarnos de la culpa. Hace falta honestidad y perseverancia, y comprometerse con la independencia, y vivir consciente, auténtica, responsable y activamente. Pero puede hacerse.

Este desafío nos enfrenta no sólo con nuestros defectos reales o Imaginarios sino también con nuestras *virtudes* (cuando nos inclinamos a ponernos a la defensiva o a rechazarlas).

Al condenar nuestros pensamientos, sentimientos o acciones, lo hacemos para proteger nuestra autoestima, aunque el efecto sea directamente opuesto al que nos proponemos. Ya que en un cierto nivel luchamos por cuidarnos o protegernos, nuestra política tendrá al menos una apariencia de plausibilidad. Después de todo, estamos condenando aquello que consideramos fallas o defectos. ¿Pero qué sucede con el rechazo o el repudio de los aspectos *positivos* -incluso las *virtudes*-que hay en nosotros?

Ya hemos visto un ejemplo de esto en nuestro análisis de la autoaceptación, cuando observamos que la gente puede rechazar sentimientos de satisfacción u orgullo por temor a la responsabilidad que exigen, o a la posible alienación social o la desaprobación de los demás. Pero aquí presento ejemplos diferentes. A algunos lectores les costará creer que haya alguien que sostenga estos puntos de vista; otros los reconocerán muy bien.

"Me siento culpable por ser guapo, es decir, más guapo que la mayoría de los hombres."

Implicación: mi buen aspecto es un castigo -además de una injusticia- para todos aquellos que no lo poseen.

Traducción más probable: Tengo miedo de los celos o la envidia de los demás.

"Me siento culpable por ser tan inteligente, es decir, más inteligente que la mayoría de la gente."

Implicación: Nací con un buen cerebro, a expensas de todos los que no lo tienen. Además, si todos ejercitan siempre la inteligencia potencial con que han nacido, yo no merezco reconocimiento alguno por lo que he hecho con la que me fue dada.

Traducción más probable: Tengo miedo de la animosidad de los que desprecian la inteligencia.

"Me siento culpable por el éxito que he logrado en mi vida, cuando hay tanta gente que fracasa."

Implicación: No sólo no merezco ningún reconocimiento moral por mis logros, sino que éstos representan una injusticia para con todos aquellos que, por una u otra razón, no consiguieron lo mismo. Además, estoy en deuda moral con todos los que han logrado menos en su vida que yo en la mía.

Traducción más probable: Si no doy ninguna muestra de sentirme orgulloso por lo que he logrado, si oculto mis sentimientos de orgullo no sólo ante los demás sino ante mí mismo, entonces quizá la gente me perdone y me aprecie.

"Me siento culpable de ser humano; nací en pecado."

Implicación: Es significativo hablar de culpa en un contexto en el que no existe la inocencia. Además, debo aceptar un concepto que violenta la razón y la moral porque las autoridades así lo proclaman.

Traducción más probable: Esas autoridades poseen el monopolio de la moralidad y de los juicios morales; ¿quién soy yo para oponer mi juicio al de ellos?.

Hay dos temas que parecen presentes siempre que estamos a la defensiva o sentimos cierta "culpa" con respecto a las facetas positivas: el miedo a la responsabilidad voluntariamente asumida y el miedo al aislamiento o la soledad. Desde luego ambos están relacionados. Pero es lamentable que las personas estén dispuestas a *someterse* a otras para ser *aceptadas* por ellas.

El deseo de pertenecer a una comunidad no es, por supuesto, irrazonable, pero intentar adquirirlo a expensas de la autoestima es meramente producir un nuevo tipo de soledad: la soledad para con nosotros mismos. Esta es una de las fuentes más comunes del sufrimiento humano.

Si se siente usted afectado por este tema, si reconoce en él cualquier parte de usted mismo, considere lo siguiente: si tuviera un hijo al que amara, y ese hijo fuera hermoso o sano o fuerte o inteligente o creativo o al crecer alcanzara el éxito, *¿querría usted que su hijo se sintiera culpable por ello?.* ¿Querría que su hijo se sintiera culpable de estar *vivo?.* Planteo este tema porque, en mi experiencia, muchas personas que se sienten confundidas al pensar en sí mismas ven la luz al Instante cuando proyectan su propia psicología en un hijo imaginario.

Tal vez deba destacar que reconocer los mejores aspectos de nosotros mismos y complacernos en ellos no significa ser arrogantes, jactanciosos o presumidos; en absoluto. Pero tampoco debemos mentir (a nosotros mismos o a los demás) sobre quién y qué somos. No debemos disculparnos para evitar o amortiguar la envidia. Una autoestima saludable prohíbe esa clase de capitulaciones.

Vemos, pues, que para contemplar tanto nuestras virtudes como nuestros defectos, se requiere mucho coraje y también honestidad.

A continuación, le ofrecemos algunos principios de oraciones que le ayudarán a explorar este tema:

Si me cuesta aceptar cualquiera de mis virtudes, podría deberse a...

Cuando me siento a la defensiva con respecto a mis aspectos positivos...

Lo que me asusta en cuanto a admitir mi orgullo por mí mismo o mis, logros es...

Cuando me encuentro con la envidia o los celos ajenos...

Si escondo lo que soy por miedo a la envidia o los celos...

Si debiera considerarme un pecador sólo porque existo...

Si me piden que me disculpe por mi apariencia física, inteligencia, posesiones o logros (aplique los finales de la oración solamente al ítem más pertinente para usted)...

Si estuviera dispuesto a admitir las cosas de las que me siento orgulloso...

SI hace este ejercicio en un cuaderno, y escribe alrededor de media docena de finales para cada principio, aventuraré la hipótesis de que no necesitará más explicaciones por mi parte sobre las ventajas de aceptar sus virtudes con honestidad, en términos de la autoestima (así como de la felicidad en general). Las recompensas emocionales serán obvias e Inmediatas.

¿Correrá usted el riesgo de apartar de sí a cualquier persona de baja autoestima que envidie su éxito o su felicidad? Es casi inevitable. ¿Significa esto que deberá usted reexaminar algunas de sus relaciones? Quizás. Pero a medida que aprenda a aceptar sus puntos fuertes, conseguirá una nueva y mejor clase de relaciones. Es un hecho cotidiano que, como psicoterapeuta, he presenciado muchas veces. Y en algunos casos salvará una relación actual, instando a otra persona a Igualar su coraje y elevarse a su nivel de honestidad y autenticidad. Como me dijo cierta vez un marido: "Mi esposa y yo nos pusimos de acuerdo en dejar de jugar a ser humildes. ¡Qué alivio!".

La lucha por la autoconfianza y el autorrespeto vale lo que nos exige.

Hay algo más, relacionado con este tema, que debemos mencionar.

Nuestro sentido del sí-mismo no se forma en un momento. Tiene una historia. Se desarrolla con el tiempo. Si nuestra meta es evaluar de manera apropiada nuestra conducta y a nosotros mismos para despejar el camino hacia una autoestima más elevada, a menudo será preciso que penetremos en el pasado (en el sí-mismo que fuimos en una época más temprana de nuestra historia personal) para volver a conectarnos con nuestro sí-mismo niño o adolescente, aceptarlo y "perdonarlo".

Este es el tema que trataremos ahora.

"De niña, quería desesperadamente que mi madre me amara", recuerda una odontóloga de treinta y siete años. "Me moría por que simplemente me tocara o me demostrara alguna clase de afecto. Al reflexionar sobre mi pasado me impresiona lo necesitada que estaba. Supongo que ésa es la razón por la que no suelo mirar hacia atrás. No me gusta saber eso sobre mí misma, por lo menos tal como yo era entonces. ¿Esa chica era realmente yo? Me niego a creerlo. Me gusta pensar que esa muchacha murió hace mucho tiempo y que ahora soy otra persona."

Cuando su marido la dejó, quejándose de que ella parecía incapaz de dar o recibir amor, se sintió hundida y perpleja; afirmó no comprender lo que él quiso decir.

"No me gusta recordarme de niño (repite un programador de ordenadores de cuarenta y seis años). Vivía siempre aterrado. Mi padre volvía a casa borracho y golpeaba a todo el que se le pusiera delante. Mamá nunca nos protegía. Yo me escondía; buscaba lugares para esconderme; la mitad del tiempo estaba demasiado asustado, ni siquiera me atrevía a hablar. Era una situación deprimente; aquel niño era deprimente. No me siento en absoluto relacionado con él."

Sus hijos no entienden por qué su padre parece incapaz de jugar con ellos. Sólo saben que, emocionalmente, papá rara vez parece estar allí... como si no tuvieran padre.

"Mi madre era muy sarcástica -dice una enfermera de treinta y un años. Tenía una lengua viperina. Cuando yo era chica, no sabía cómo acostumbrarme a eso. Lloraba mucho. Siento escalofríos cuando pienso en mí misma a los tres, cuatro o cinco años."

Pero muchos de sus pacientes se han quejado de sus modos bruscos y sus ocasionales observaciones mordaces. Sabe que en general no cae bien, pero tiende a engañarse en cuanto al porqué.

"Cuando yo tenía doce años (manifiesta un abogado de cincuenta y uno) en nuestra calle había un chulo que me aterraba. Me pegó varias veces y, después, con sólo mirarlo quedaba yo reducido a la nada. No me gusta recordarlo. No me gusta hablar de ello. En realidad, no me gusta admitir que era un chico asustado. ¿Por qué no podía afrontar la situación de otra manera?. Mejor que me olvide de ese pequeño bastardo lo antes posible."

Aunque es brillante en su trabajo, pocos de sus clientes simpatizan con este hombre. Lo consideran insensible y cruel. "Es un chulo", ha observado más de uno.

Existen muchas razones que hacen que la gente sienta que no pueden perdonar al niño que fueron una vez. Como los pacientes mencionados, niegan y rechazan a ese niño. Traducidas a palabras, sus actitudes equivalen a lo siguiente: no puedo perdonarme haberle tenido tanto miedo a mi madre; haber anhelado tanto la aprobación de mi padre; haberme sentido tan poco querido; haber tenido tanta necesidad de atención y afecto; haberme sentido tan confundido por las cosas; haber excitado sexualmente, de algún modo, a mi madre; haber hecho algo, aunque no tengo idea de qué, para que mi padre abusara sexualmente de mí; haber sido tan torpe en las clases de gimnasia; haberme sentido intimidado por mi profesor; haber sufrido tanto; no haber sido popular en la escuela; haber sido tímido y apocado; no haber sido más duro; haber temido desobedecer a mis padres; haber hecho cualquier cosa para gustar; haber ansiado que me trataran con amabilidad; haber sido malhumorado y hostil; haber tenido celos de mi hermano menor; haber pensado que todo el mundo sabia más que yo; no haber sabido qué hacer cuando me ridiculizaban; no haberme enfrentado a la gente; que mis ropas fueran siempre las más pobres y andrajosas de entre todos mis compañeros de escuela.

En realidad, el niño que fuimos una vez puede ser recordado como una fuente de dolor, rabia, miedo, embarazo o humillación, o ser reprimido, rechazado, repudiado y olvidado. *Rechazarnos* a ese niño tal como, quizás, *lo hicieron otros,* y nuestra crueldad para con ese niño puede proseguir diaria e indefinidamente a través de toda nuestra vida, en el teatro de nuestra propia psique, donde el niño continúa existiendo como una subpersonalidad, un sí-mismo niño.

Podemos, como adultos, encontrar múltiples pruebas del rechazo de los demás en nuestras relaciones actuales, sin darnos cuenta de que las raíces de nuestra experiencia de rechazo son más internas que externas. Toda nuestra vida puede consistir en una serie de actos de incesante autorrechazo, mientras seguimos quejándonos de que son los otros los que no nos quieren.

Cuando aprendemos a perdonar al niño que hemos sido, por algo que él o ella no sabía o no podía hacer, o no era capaz de afrontar, o sentía o no sentía; cuando comprendemos y aceptamos que ese niño luchaba por sobrevivir de la mejor manera posible, entonces el sí-mismo adulto ya no sostiene una relación de rivalidad con el si-mismo niño. Una parte no está en guerra con la otra. Nuestras respuestas adultas son más adecuadas.

En el capítulo 2 introduje el concepto de un sí-mismo niño: la representación del niño que fuimos una vez, la constelación de actitudes, sentimientos, valores y perspectivas que tuvimos hace mucho tiempo, y que gozan de inmortalidad psicológica como componente de nuestro sí-mismo total. Es un sub-sí-mismo, una subpersonalidad, un estado mental que puede ser más o menos dominante en un momento dado, y en virtud del cual obramos a veces, casi exclusivamente, sin darnos cuenta de que lo hacemos.

Podemos (de forma implícita) relacionarnos con nuestro sí-mismo niño de manera consciente o inconsciente, con benevolencia o con hostilidad, con compasión o con severidad. Como espero que aclaren los ejercicios que figuran en este capítulo, cuando uno se relaciona consciente y positivamente con el sí-mismo niño, éste puede ser asimilado e integrado en el sí-mismo total. Cuando la relación es inconsciente o negativa, se abandona al sí-mismo niño en una especie de alienado olvido. En este último caso, cuando se deja inconsciente al sí-mismo niño, o se lo rechaza y repudia, nos fragmentamos; no nos sentimos completos; en alguna medida nos sentimos enajenados de nosotros mismos; y la autoestima queda perjudicada.

Cuando no se lo reconoce ni se lo comprende, o se lo rechaza y abandona, el sí-mismo niño puede convertirse en una "perturbación" que obstruye tanto nuestra evolución como el goce de la existencia. La expresión externa de este fenómeno es que a veces mostraremos una conducta infantil nociva, o caeremos en modelos de dependencia inapropiados, o nos volveremos narcisistas, o experimentaremos el mundo como si éste perteneciera a "los mayores".

Por el contrario, si es reconocido, aceptado, admitido y por lo tanto integrado, el si-mismo niño puede ser una magnífica fuente de enriquecimiento de nuestra vida, con su potencial de espontaneidad, capacidad lúdica e imaginación.

Antes de intimar con su sí-mismo niño e integrarlo, para que conviva en armoniosa relación con el resto de usted, debe tomar contacto con esa entidad que vive en su mundo interior. Como medio de presentar a mis pacientes o alumnos a sus sí-mismos niños, a veces les pido que se dejen llevar por una fantasía, que se imaginen caminando por una carretera rural hasta que, a lo lejos, vean a un niño sentado junto a un árbol y, al acercarse, comprueben que ese niño es el sí-mismo que ellos fueron una vez. Luego les pido que se sienten junto al árbol y entablen un diálogo con el niño. Los animo a que hablen en voz alta, para profundizar la realidad de la experiencia. ¿Qué quieren y necesitan decirse el uno al otro? No es infrecuente que broten las lágrimas; a veces se manifiesta alegría. Pero casi siempre se dan cuenta de que de alguna manera el niño aún existe dentro de la psique (como un estado mental) y aporta su contribución a la vida del adulto. De este descubrimiento emerge un sí-mismo más rico, más pleno. A menudo advierten con tristeza que habían pensado, equivocadamente, que necesitaban deshacerse de ese niño para poder crecer.

Cuando trabajo con un paciente con el objetivo de integrar a su sí-mismo niño, con frecuencia sugiero este sencillo ejercicio que usted podrá realizar con facilidad. (Si tiene un amigo que pueda leerle las instrucciones que siguen, tanto mejor; también puede grabarlas usted mismo en una casete y luego escucharlas; o simplemente leerlas hasta asimilarlas, antes de llevarlas a la práctica.)

Durante unos minutos contemple fotografías de usted mismo cuando era niño (suponiendo que las tenga; si no, continúe sin ellas). Después cierre los ojos y aspire varias veces, profunda y relajadamente.

Penetre en su interior y hágase estas preguntas: ¿Cómo era tener cinco años?. ¿Cómo imagina que experimentaba usted su cuerpo entonces?... ¿Cómo era sentirse triste?... ¿Cómo era sentirse excitado?... ¿Cómo era vivir en su casa?... ¿Cómo se sentaba?. Siéntese como usted *imagina* que se sienta un niño de cinco años. Preste atención a lo que percibe. Conserve la experiencia un rato en su mente.

Con hacer este ejercicio todos los días durante dos o tres semanas aprenderá a percibir mejor su sí-mismo niño, y también a lograr un mayor nivel de integración que el que experimenta en el presente, porque estaría dando el primer paso para convertir en *visible* al sí mismo niño y tratarlo *con seriedad.*

Pero el trabajo de completar oraciones es una herramienta mucho más avanzada y poderosa para despertar el reconocimiento de su sí-mismo niño y facilitar la integración. Como ya he dicho antes, utilice un cuaderno. y escriba al comienzo de una página en blanco cada una de las oraciones incompletas que figuran abajo, luego escriba de seis a diez finales para cada una, lo más rápidamente posible y sin autocriticarse, *inventando* cosas cuando sea necesario para no perder el ritmo.

Cuando tenía cinco años...
Cuando tenía diez años...
Si recuerdo cómo era el mundo cuando yo era pequeño...
Si recuerdo cómo era mi cuerpo cuando yo era pequeño...
Si recuerdo cómo era la gente cuando yo era pequeño...
Con mis amigos me sentía…
Cuando me sentía solo, yo...
Cuando me sentía excitado, yo...
Si recuerdo qué me parecía la vida cuando era yo chico...
Si el niño que hay dentro de mí pudiera hablar; diría...
Una de las cosas que tuve que hacer de niño para sobrevivir fue...
Una de las maneras en que trato a mi sí-mismo niño como lo hacía mi madre es...
Una de las maneras en que trato a mi sí-mismo niño como lo hacía mi padre es...
Cuando el niño que llevo en mi interior se siente ignorado por mí...
Cuando el niño que llevo en mi interior se siente criticado por mí…
Una de las maneras en que suele ocasionarme problemas es...
Sospecho que estoy obrando s través de mi sí-mismo niño cuando...
Si ese niño fuera aceptado por mí...
A veces, lo difícil de aceptar plenamente al niño que tengo en mi interior es...
Si perdonara más a mi sí-mismo niño...
Yo sería más amable con el niño que tengo en mi interior si...
Si escuchara las cosas que ese niño necesita decirme...
Si aceptara plenamente a ese niño como a una parte valiosa de mí...
Comienzo a darme cuenta de....
Cuando me miro desde esta perspectiva...

A algunos pacientes les he hecho repetir este ejercicio varias veces, con intervalos de alrededor de un mes. Les pedía que no miraran los finales que habían escrito las veces anteriores. Cada vez producían finales nuevos, que los llevaban a reglones más profundas. Sin la ayuda de ningún otro trabajo en esta área, lograron extraordinarias visiones interiores e integraciones que dieron como resultado su curación y un aumento de su autoestima.

Le recomiendo que experimente con esta serie de oraciones incompletas y descubra lo que puede lograr con ellas. Al hacerlo, comprobará de qué manera este trabajo puede ser beneficioso para su autoconfianza, autorrespeto y sentido de la totalidad.

A continuación, expondré un modo más avanzado, de trabajar en el territorio abierto por los principios de oraciones anteriores. Repita el principio: *Cuando tenía cinco años..., y* a continuación los siguientes:

Una de las cosas que mi si-mismo de cinco años necesita de mí y nunca ha obtenido es...

Cuando mi si-mismo de cinco anos trata de hablarme...

Si estuviera dispuesto a escuchar a mi sí-mismo de cinco años con aceptación y compasión...

Si me niego a atender a mi sí-mismo de cinco años...

Al pensar en volver al pasado para ayudar a mi sí-mismo de cinco años...

Después, repita esta misma serie con sus si-mismos de seis, siete, ocho, nueve, diez, once y doce años. Logrará una milagrosa autocuración de sus heridas.

Por último, cuando sienta que ha adquirido un buen sentido de su sí-mismo niño corno entidad psicológica (que es lo que debería proporcionarle esta técnica de completar oraciones), realice este nuevo ejercicio, a la vez simple y extraordinariamente efectivo, para facilitar la integración.

Empleando cualquier tipo de imágenes que le resulte útil -visuales, auditivas, sensaciones cinestésicas-, imagine a su sí-mismo niño de pie ante usted (como le pedí a Carlos que lo hiciera, en el capítulo 2). Luego, sin decir una palabra, imagine que estrecha a ese niño en sus brazos, acariciándolo con suavidad, con la intención de entablar con él una relación de afecto. Permita que el niño responda o no responda. Permanezca suave y firme. Deje que él le toque las manos, los brazos, y que su pecho le transmita aceptación, compasión, respeto.

Recuerdo a una paciente, Valentina, que en un principio tuvo dificultad para hacer este ejercicio porque, según dijo, su sí-mismo niña era una mezcla de dolor, rabia y desconfianza. "Se me escapa permanentemente -decía-. No confía en mí ni en nadie." Le dije que, dadas sus experiencias, su respuesta era perfectamente natural. Luego proseguí: "Imagine que yo me presento a usted con una niña y le digo: Me gustaría que usted se hiciera cargo de ella. Ha sufrido algunas malas experiencias y es muy desconfiada. Por un lado, un tío suyo intentó violarla, y cuando ella quiso decírselo a su madre, ésta se enfadó con ella. Así que se siente abandonada y traicionada. (Valentina había tenido esa experiencia a los seis años). Su nuevo hogar será el suyo, y su nueva vida la pasará con usted. Tendrá que animarla a que le tenga confianza y a darse cuenta de que usted es diferente de los otros adultos a quienes ella ha conocido. Esa será mi presentación de la niña. Después, puede hablarle, escucharla y dejar que le diga todo lo que ella necesita que comprenda un adulto. Pero, al principio, sólo abrácela. Permítale sentir seguridad mediante la calidad de su ser, la calidad de su presencia. ¿Puede hacerlo?".

-Sí-respondió Valentina con ansiedad-. Hasta ahora la he tratado como todos los demás. Como si ella no existiera, como si no estuviera allí, porque su dolor me asustaba. Creo que yo también la he estado culpando, *casi como lo hacía mí madre.*

-Entonces cierre los ojos, cree a esa niña frente a usted, tómela en sus brazos y permítale recibir su cariño. ¿Cómo se siente usted?... Me pregunto qué querría usted decirle... Tómese el tiempo necesario para descubrirlo.

Más tarde, Valentina observó:

-Durante todos estos años he tratado de ser adulta rechazando a la niña que fui. Me sentía muy avergonzada, herida e Irritada. Pero cuando tomé a esa niña en mis brazos y la acepté como una parte de mí, por primera vez en mi vida me sentí una adulta de verdad.

Esta es una de las maneras de desarrollar la autoestima.

Ahora consideremos al si-mismo adolescente.

Cada uno de nosotros fue adolescente alguna vez, y aún llevamos con nosotros a ese adolescente como parte de lo que somos, reconozcamos o no a esa entidad más joven. SI reconocemos a nuestro sí-mismo adolescente, lo aceptamos e intimamos con él, puede ser una valiosa fuente de energía, idealismo y ambición, y proporcionarnos un sentido Ilimitado de las posibilidades de la vida. Pero si lo repudiamos, ignoramos, rechazamos o negamos, puede llevarnos a practicar diversas conductas de autosabotaje. Quizás nos encontremos dirigiéndonos a nuestro jefe de un modo inapropiado en un momento inoportuno, o considerando al sexo opuesto con el miedo y la inseguridad de un adolescente, o actuando con la falta

(ocasional) de buen juicio crítico propia de la adolescencia, o convirtiendo a cualquier persona mayor en una figura paternal represiva o autoritaria contra quien sentimos la necesidad de rebelar-nos.

Pero, más allá de todo eso, si dejamos a nuestro sí-mismo adolescente alienado de nuestro sí-mismo total, estamos permitiendo que se abra una fisura, una brecha en nuestra identidad que afecta de manera adversa a la autoestima. Una vez más, una parte de nosotros está en guerra con otra.

En las siguientes declaraciones podemos observar esa clase de guerra:

"Me incomoda recordar lo tímido y torpe que era con las chicas durante mi adolescencia -decía un médico de mediana edad-. Realmente, ¿quién quiere pensar en esas cosas?. ¿Qué tiene que ver conmigo ese personaje lamentable?".

De modo que su si-mismo adolescente queda obligado a esperar a *alguien* que no lo considere un "personaje"; la única persona que podría salvarlo no desea afrontar la desgracia de asociarse con él. Y el adulto lucha por no pensar en los inexplicables momentos de vaga soledad que lo persiguen y acosan de manera impredecible, cuyo origen él no puede imaginar.

“Yo ya tenía casi dieciocho años, y todavía quería que mi familia me cuidara -dice una mujer de cuarenta y un años, esposa y madre-, mientras que otra parte de mi misma soñaba con ser libre y vivir sola. No era muy independiente. No tenía agallas, supongo. ¿Qué tiene de maravilloso vivir solo?. Pero un momento me rebelaba y al instante siguiente volvía al nido. Mirando hacia atrás, todo aquello me parece que representa mucha debilidad. Yo no tolero la indecisión. No puedo relacionarme de ningún modo con esa adolescente. ¿Supone usted que es por eso que soy tan impaciente con mis hijas adolescentes?. También me cuesta relacionarme con ellas."

De modo que tanto su sí-mismo adolescente como sus hijas adolescentes carecen de la comprensión, compasión y apoyo de aquella persona que, justamente, más necesitan. Y la mujer adulta lucha por mantenerse ocupada para no sentir los ecos de un dolor distante que la desconcierta y que el tiempo no logra curar.

"Detesto recordar lo solo que estuve durante los años de mis estudios secundarios -dice un mecánico de cuarenta y ocho años-. Yo no sabía relacionarme con la gente, ¡pero me moría por hablar con alguien! Yo era tan... intenso. Terrible. ¿Por qué a ustedes, los psicólogos, les gusta hurgar en el pasado? De adolescente yo era insufrible."

De modo que este sí-mismo adolescente está condenado a una soledad irreversible. Y el adulto sigue preguntándose por la causa del engañoso vacío que tiene en su interior y que nada puede llenar.

Una vez más podemos observar ese modelo de severidad despiadada e indiferente, esta vez dirigida al sí-mismo de nuestra adolescencia. Así: no puedo perdonar mi torpeza social de adolescente; no puedo perdonar mi miedo a las chicas o los muchachos; o mi dolorosa necesidad de alguien con quien estar y hablar; o el enorme desconcierto que sentía con respecto a casi todo; o mi ineptitud en la gimnasia y en el baile; o mi delgadez; o mi complexión física; o mi ruidosa exuberancia; o mi confusión sobre el sexo; o mi vacilación entre la rebeldía y la sumisión; o mi timidez en las fiestas; o mi pasividad; o mis incursiones en la delincuencia; o mi promiscuidad; o mi puritanismo; o mi exhibicionismo; o mi presuntuosidad; o mi apocamiento; o mi falta de conocimientos, o de aplomo, o de delicadeza.

Del mismo modo que podemos rechazar al niño que hemos sido, también podemos rechazar al adolescente.

Pero nuestro si-mismo adolescente sigue siendo un componente constante de nuestra psique, y la única posibilidad que tenemos es elegir entre ser conscientes o inconscientes de ese sub-sí-mismo, benévolos y atentos u hostiles y acusadores con él. ¿Será nuestro si-mismo adolescente aceptado y admitido (bienvenido, en realidad), o será sentenciado de por vida a un solitario destierro?.

Volvamos al mismo ejercicio que propuse para tomar contacto con el sí-mismo niño, adaptado ahora a la adolescencia.

Si es posible, antes de comenzar contemple durante unos minutos algunas fotografías de cuando usted era adolescente. Después cierre los ojos y respire varias veces, profunda y relajadamente. Penetre

en su interior y considere estas preguntas: ¿Cómo es ser un adolescente...? ¿Cómo imagina que experimentaba usted su cuerpo en ese entonces...? ¿Cómo era vivir en su casa...? ¿Cómo se sentaba? Siéntese como usted se *imagina* que se sienta un adolescente. Conserve la experiencia un rato en su mente. Poco a poco se abrirá ante usted una perspectiva más rica sobre quién es en realidad. Recíbala con aceptación y respeto.

Este es otro sencillo ejercicio que le resultará provechoso repetir todos los días durante dos o tres semanas (después de haber completado su trabajo con el sí-mismo niño). Descubrirá que, a medida que ofrezca comprensión y respeto a su sí-mismo adolescente, se sentirá más entero, más integrado y con mayor armonía interior.

Ahora, para avanzar más en el trabajo, practiquemos la técnica de completar oraciones. Escriba cada uno de los siguientes principios en una hoja en blanco de su cuaderno, y luego escriba de seis a diez finales para cada uno.

Cuando llegué a la adolescencia...
Cuando tenía catorce años...
Cuando tenía dieciséis años...
Cuando entré en la escuela secundaria sentí...
Con mis amigos adolescentes me sentí…
Con el sexo opuesto me sentía...
De adolescente, una de las cosas que tuve que hacer para sobrevivir fue...
De adolescente, cuando me enfadaba, yo...
De adolescente, cuando sentía dolor, yo...
De adolescente, cuando sentía miedo, yo...
De adolescente, cuando me sentía solo, yo...
De adolescente, cuando me sentía excitado, yo...
Cuando tenía dieciocho años...
Sí el adolescente que hay en mí pudiera hablar. Diría...
Una de las maneras en que trato a mi sí-mismo adolescente tal como lo hacía mí madre es...
Una de las maneras en que trato a mi sí-mismo adolescente tal como lo hacía mí padre es...
Cuando mi sí-mismo adolescente se siente ignorado por mí...
Cuando mí sí-mismo adolescente se siente criticado por mí...
Una de las maneras en que mí sí-mismo adolescente a veces me causa problemas es...
Si mi si-mismo adolescente se sintiera escuchado y respetado por mí...
Si mí sí-mismo adolescente sintiera que yo tengo compasión por sus esfuerzos...
A veces, lo difícil de aceptar plenamente al adolescente que llevo en mí interior es...
Si perdonara más a mi sí-mismo adolescente...
Si respondiera más a las necesidades del adolescente...
Una de las maneras en que mí sí-mismo adolescente podría ayudarme en mi vida es...
Una de las cosas que aprecio de mi sí-mismo adolescente es...
Comienzo a sospechar que...
Si me permito comprender lo que he escrito...

Trabajando en las terapias con esta técnica, he observado que hay pacientes que se resisten a ella con irritación, porque, según dicen, fueron adolescentes tan confundidos, solitarios y llenos de incertidumbre que literalmente no quieren tener nada que ver con esa entidad. Olvidan que esa entidad reside ahora dentro de ellos y que es *a sí mismos* a quienes repudian.

Algunos de los principios de oraciones ofrecidos apuntan a resolver la cuestión. Por ejemplo, para completar *Cuándo mi sí-mismo niño se siente ignorado por mí...,* escriben (sorprendidos) finales como éstos: se porta mal; se vuelve rencoroso; me obliga a hacer cosas estúpidas; se vuelve absurdamente desafiante; me confunde; me hace actuar como si tuviera la mitad de mi edad; me vuelve imprudente; me

hace irresponsable, etcétera. Después, al completar principios como: *Si perdonara más a mi si-mismo adolescente...* o *Sí respondiera más a las necesidades del adolescente...,* escriben finales como: se ablandaría; seria menos suspicaz; me ayudaría, en vez de combatirme; se sentiría parte de mí; me permitiría emplear mis conocimientos; no me involucraría en cosas de las que debo mantenerme apartado; no sería tan rebelde; no sería tan hosco, etcétera.

Estos finales hablan por sí mismos. Cuando nos declaramos la guerra a nosotros mismos, creamos un adversario al que no podemos vencer. Cuando nos aceptamos y respetamos, creamos un amigo y un aliado.

Como ya hice con el si-mismo niño, quiero proponer algunos principios de oraciones avanzados para aplicar a la adolescencia. Comience con *Cuando tenía trece años...,* y siga con:

Una de las cosas que mi sí-mismo de trece años necesita de mí y nunca ha obtenido es...

Cuando mí si-mismo de trece años trata de hablarme...

Si estuviera dispuesto a escuchar a mi si-mismo de trece años con aceptación y compasión...

Si me niego a atender a mí sí-mismo de trece años...

Y por último: *Al pensar en volver atrás para ayudar a mi sí-mismo de trece años...*

Luego haga lo mismo con cada uno de sus "si-mismos" hasta los diecinueve años (puede seguir más allá, si es realmente ambicioso). Se sentirá más completo, más integrado que lo que nunca ha estado en su vida.

Después recuerde el cuarto ejercicio propuesto para integrar al sí-mismo niño, y adáptelo al si-mismo adolescente. Utilice su imaginación para colocar a su si-mismo frente a usted. ¿Qué imaginan ambos que podrían sentir al mirarse el uno al otro?. Y si tuviera usted que extender los brazos en ademán de afecto y confianza, ¿cómo se sentiría?. Si abrazara a ese si-mismo (como se abraza a un adolescente, no a un niño) (comunicándose no con palabras sino con las manos, los brazos, el cuerpo, enviando mensajes de compasión y cariño), ¿cuál sería su experiencia?. Hágalo, y descúbralo. Preste atención a la gama completa de sus sentimientos. Persevere, sea cual fuere la respuesta que reciba de su sí-mismo adolescente. Al curar al adolescente, se curará usted.

Sé que habrá muchos lectores a quienes este ejercicio les parecerá extraño. ¿Solo, en una habitación, crear una relación de cariño con el adolescente que fui tiempo atrás? ¿Qué tiene esto que ver con lo que siento hoy?. Si hace el ejercicio (no una vez, quizás, sino varias), descubrirá la respuesta.

El ejercicio requiere sólo dos o tres minutos. Pero practíquelo todos los días durante uno o dos meses, y notará la diferencia en el modo de experimentarse a usted mismo. Pondrá fin a una guerra en la que ha estado envuelto -inconscientemente- durante años. Si en este período usted escribe un diario personal, y algunos días añade media docena de finales para el principio *Estoy empezando a sentir...,* obtendrá una visión más clara de su progreso.

El solo hecho de comprometerse a realizar este ejercicio, así como los anteriores, aumentará su autoestima, porque significará que usted se considera digno de este esfuerzo. Si ve que se muestra reacio a hacer el esfuerzo, quizás deba usted formularse esta pregunta: *¿Qué otra cosa más importante que ésta tengo que hacer?.*

Vivir de un modo responsable

Las personas que gozan de una alta autoestima tienen una orientación hacia la vida *activa,* y no pasiva. Asumen plena responsabilidad en cuanto a la realización de sus deseos. No esperan que otros hagan realidad sus sueños.

Si surge un problema, se preguntan: "¿Qué puedo hacer para solucionarlo? ¿Qué posibilidades de acción tengo a mi alcance?" No exclaman: "¡Alguien tiene que hacer algo!" Si algo ha salido mal, se

preguntan: "¿Qué es lo que pasé por alto?. ¿En qué equivoqué mi cálculo?". No se entregan a una apoteosis de inculpaciones.

En conclusión, afrontan la responsabilidad de su propia existencia.

Y, según el principio de causalidad recíproca analizado antes (los actos que causan una buena autoestima son también expresiones de una buena autoestima), la gente que asume la responsabilidad de su propia existencia tiende, por lo tanto, a generar una saludable autoestima, hasta el punto de pasar de una orientación pasiva a una orientación activa, de gustarse más, de tener más confianza en sí misma, y de sentirse más apta para la vida y más merecedora de felicidad.

En mi trabajo psicoterapéutico veo con frecuencia que las transformaciones más radicales ocurren después de que el paciente se da cuenta de que nadie va a acudir en su rescate. "No acude nadie" es una frase que oigo mucho en mi trabajo, en todos los niveles. Cuando al fin me permití asumir la plena responsabilidad de mi vida (me ha dicho más de un paciente), comencé a crecer. Empecé a cambiar. Y mi autoestima empezó a aumentar."

La autorresponsabilidad comprende realizaciones como las siguientes:

Soy responsable de mis elecciones y acciones.

Soy responsable del modo en que utilizo mi tiempo.

Soy responsable del nivel de conciencia que aplico a mi trabajo.

Soy responsable del cuidado o la falta de cuidado con que trato a mi cuerpo.

Soy responsable de mantener las relaciones que decido entablar o en las que elijo continuar.

Soy responsable del modo en que trato a los demás: Mi cónyuge, mis hijos, mis padres, mis amigos, mis socios, mi jefe, mis subordinados, el vendedor de una tienda.

Soy responsable del significado que doy o dejo de dar a mi existencia.

Soy responsable de mi felicidad.

Soy responsable de mi vida en lo material, lo emocional, lo intelectual y lo espiritual.

Cuando hablo de "ser responsable" en este contexto, no quiero decir ser receptor de acusaciones o culpas morales, sino ser el principal agente causal de la propia vida y conducta. Esto es muy importante.

Al analizar algunas de las aplicaciones de la autorresponsabilidad en *Honoring the Self* escribí:

Un paciente, en la terapia, aprende la pregunta: "¿Por qué y cómo me *estoy volviendo* tan pasivo?", en lugar de quejarse: "¿Por qué *soy* tan pasivo?". En vez de afirmar que no puede ocuparse de nada, aprende a explorar cómo y por qué se niega a experimentar sentimientos Intensos con respecto a cualquier cosa. "¿Por qué?" en este contexto significa: "¿Con qué propósito?". En vez de decir: "¿Por qué siento este tenso dolor en la nuca?", aprende a decir: "¿Qué sentimientos estoy tratando de evitar al experimentar la tensión de los músculos de mi nuca?". En lugar de lamentarse de que la gente se aproveche de él con tanta frecuencia, aprende a preguntar: "¿Por qué y cómo invito o aliento a la gente a que se aproveche de mí?". En lugar de quejarse: "Nadie me comprende", pregunta: "¿Por qué y cómo hago difícil que la gente me entienda?". No dice: "¿Por qué las mujeres no se fijan en mí?", sino: "¿Qué hago para que las mujeres no se fijen en mí?" En vez de lloriquear:."Siempre fracaso en todo lo que intento", comienza a considerar: "¿Por qué y cómo busco el fracaso en todo lo que intento?".

No es mi intención sugerir que una persona nunca sufre a causa de un hecho accidental o por los fallos de los demás, o que es responsable de *todo* cuanto pueda sucederle. No somos omnipotentes. No apoyo la grandilocuente noción de que "Soy responsable de todos los aspectos de mi existencia y de todo lo que me acontece".

Sobre algunas cosas tenemos control, sobre otras no. Si me hago responsable de asuntos que están más allá de mi control, pondré en peligro mi autoestima, ya que, inevitablemente, no lograré alcanzar mis propios objetivos. Si niego mi responsabilidad en cuanto a cosas que sí están bajo mi control, nuevamente pongo en peligro mi autoestima. Necesito saber la diferencia entre lo que depende de mí y lo

que no. También necesito saber que soy responsable de mi actitud y mis acciones relacionadas con aquellas cosas sobre las que no tengo control, como la conducta de otras personas.

La autorresponsabilidad, racionalmente concebida, es indispensable para una buena autoestima. Evitar la autorresponsabilidad nos hace víctimas de nuestra propia vida. Nos vuelve indefensos. Otorgamos poder a todos, menos a nosotros mismos. Pero cuando nos sentimos frustrados buscamos echarle la culpa a alguien; son *otros* los que tienen la culpa de nuestra desdicha. En contraste, la apreciación de la autorresponsabilidad puede resultar una experiencia vigorizadora y tonificante. Vuelve a poner nuestra vida en nuestras manos.

La técnica de completar oraciones ayuda a poner de relieve este punto con rapidez y claridad:

"Si tuviera que dejar de culpar a mi mujer por mi desdicha (confesaba un agente inmobiliario de mediana edad), me enfrentaría a mi propia pasividad; tendría que afrontar el hecho de que casi toda mi vida me he sentido triste; tendría que reconocer que elegí permanecer con ella sin que nadie me obligara; tendría que admitir que necesito alguien a quien echar la culpa; renunciaría al control que tengo sobre ella; debería considerar las opciones que están a mi alcance; *tendría que hacer otra cosa, en lugar de sufrir:"*

"Si debiera aceptar que soy responsable del estado de mi cuerpo (decía una joven que comía y bebía demasiado), tendría que dejar de sentir lástima de mí misma; tendría que dejar de culpar de todo a mis padres; quizás tendría que empezar a hacer gimnasia; no creo que pudiera seguir abusando de mi cuerpo como lo hago ahora; me gustaría más a mí misma; dejaría de compadecerme; saldría de mi apatía y *me pondría a hacer algo para solucionarlo."*

"Si asumiera la responsabilidad de mis sentimientos (aseveraba una mujer, madre y esposa, cuyos estallidos emocionales constituían una tormenta que azotaba incesantemente la vida de su familia), tendría que considerar que cuando me siento frustrada me convierto en una niña; tendría que afrontar las razones reales que me hacen desdichada; sabría que gran parte de mi ira es un disfraz de mi inseguridad; quizás podría ser más honesta con mi marido con respecto a mis miedos; no atormentaría a los niños; tendría que admitir que a menudo utilizo las emociones para manipular a mi familia y conseguir que hagan lo que yo quiero; tendría que aceptar que los demás también tienen sentimientos; pensaría antes de hablar; no *me vería como una víctima del universo."*

"Si asumiera la responsabilidad de obtener lo que deseo (declaraba un hombre de unos treinta años que nunca había conservado un empleo por más de ocho meses), tendría que reconocer que el tiempo pasa, y que no me vuelvo más joven, sino más viejo; no soñaría despierto ni fantasearía tanto; tendría que admitir que no he hecho otra cosa que perder el tiempo; tendría que admitir cuánto me asusta comprometerme de verdad con cualquier cosa; no envidiaría tanto el éxito de otras personas; no podría seguir culpando al sistema; tomaría un rumbo y continuaría en él; dejaría de presentar excusas; *reconocería que nada va a mejorar si yo no cambio."*

"Mientras pueda seguir culpando a mis padres de mi desdicha (manifestaba un maestro que cambiaba de terapeuta varias veces al año), nunca tendré que crecer; puedo hacer que la gente sienta lástima de mi; puedo hacer que mis padres se sientan culpables; puedo hacer que los otros sientan que tienen que recompensarme por lo que me pasa; puedo decirme a mí mismo que no es culpa mía; puedo derrotar a mis terapeutas; puedo sentirme trágico; puedo ser una víctima; tengo una excusa para todo; no *tengo que hacerme cargo* de mi *vida,"*

"Si debiera asumir plena responsabilidad por mi propia vida (decía un psiquiatra que respondía a las necesidades de todos menos a las suyas y las de su familia), dejaría de decirme a mí mismo que estoy demasiado ocupado como para ser feliz; dejaría de tratar de impresionar a mis pacientes con mi amabilidad y mi comprensión; dejaría de sentirme un mártir; dejaría de insistir en que mi esposa me haga concesiones ilimitadas; sabría dónde termina mi responsabilidad para con los demás; seria más amable conmigo mismo y con mi esposa y mis hijos; reconocería que el autosacrificio es una claudicación; empezaría a aplicar en mí mismo lo que enseño a mis pacientes; admitiría que nadie puede vivir para los

otros, y si pudiera, no debería hacerlo; viviría con mayor integridad; yo mismo me respetaría más, y también lo haría mi familia; *tendría que pensar qué es lo que realmente pretendo de la vida."*

Si usted aún no ha hecho los ejercicios de completar oraciones, se asombrará de la ingenuidad con que la gente reconoce lo que persigue evitando hacerse responsable de sí misma. Pero si usted en verdad desea aumentar su autoestima, le propongo algunos principios de oraciones con los cuales trabajar antes de seguir adelante:

A veces, cuando las cosas no van bien, me convierto en un ser indefenso mediante...
Lo bueno de volverse una criatura indefensa es...
A veces trato de evitar la responsabilidad culpando a…
A veces me mantengo pasivo mediante…
A veces utilizo la autorrecriminación para...
Si actuara con más responsabilidad en el trabajo...
Si actuara con más responsabilidad para obtener éxito en mis relaciones...
Si me hiciera responsable de cada palabra que pronuncio...
Sí me hiciera responsable de mis sentimientos...
Si me hiciera responsable de mis acciones en todo momento...
Si me hiciera responsable de mi felicidad...
Si el único significado de mí vida es el significado que yo estoy dispuesto a darle...
Si estuviera dispuesto a respirar profundamente y experimentar plenamente mi propia energía...
Sí estuviera dispuesto a ver lo que veo y saber lo que sé...
En este momento está muy claro que...

Tal vez usted no se percate de que en algunas áreas de su vida es más autorresponsable que en otras. Quizás sea muy activo y responsable en el trabajo y muy pasivo en su casa, con su familia. Quizás sea muy responsable en cuanto a su salud y muy irresponsable con el dinero. Quizás sea activo en su desarrollo intelectual y pasivo en el plano emocional.

Considere las siguientes áreas:

Su salud.
Sus emociones.
La elección de sus parejas.
La elección de su cónyuge.
La elección de sus amigos.
Su bienestar económico.
El nivel de conciencia y responsabilidad que aplica en su trabajo.
El nivel de conciencia y responsabilidad que aplica en sus relaciones.
Su manera de tratar a la gente en general.
Su desarrollo intelectual.
Su carácter.
Su felicidad.
Su autoestima.

Ahora imagine una escala de uno a diez, en la que 10 equivale a lo que usted consideraría una autorresponsabilidad óptima y 1 al nivel más bajo de autorresponsabilidad imaginable. Califíquese en cada ítem anotando al lado la puntuación correspondiente. Puede diferenciar las áreas en que es necesaria una mayor elaboración.

Llegados a este punto, si piensa en una u otra de las áreas en las que no es muy responsable, tal vez se descubra protestando: "Pero no sé qué *hacer,* no sé *cómo* ser más responsable".

Por supuesto, muy rara vez esto es cierto.

En los primeros años de ejercicio de mi profesión, cuando los pacientes planteaban esta objeción, yo les mostraba qué era lo que podían hacer para participar de manera más activa en sus propias vidas. La experiencia me ha enseñado la falacia de este enfoque. Hoy, cuando los pacientes ya saben cómo completar las oraciones que les doy, por lo general les propongo el principio *Una de las formas en que puedo ser más responsable con respecto a* (rellenar con el área adecuada) *es...,* y les pido que lo completen a toda velocidad. Enseguida descubren lo bien informados que en realidad están.

He escuchado a muchas personas, de todas las extracciones sociales, completar este principio de oración con finales asombrosamente perspicaces, y he aprendido a escuchar con benévolo escepticismo las protestas de ignorancia e Incapacidad. Si usted se oye protestar, le sugiero que haga lo mismo.

Desde luego, a veces los demás nos aclaran ciertas posibilidades de acción, pero siempre hay algunas cosas que ya sabemos que podemos hacer. *Empiece por éstas.*

Aceptar la responsabilidad de la propia existencia es reconocer la necesidad de vivir productivamente. Esta es una aplicación básica y muy importante de la idea de poseer una orientación activa hacia la vida.

No es el grado de nuestra capacidad productiva lo que está en discusión aquí, sino más bien nuestra decisión de ejercitar cualquier capacidad que tengamos. El trabajo productivo es el acto *humano* por excelencia. Los animales deben adaptarse a su ambiente físico; los seres humanos adaptan el ambiente físico a sí mismos. Tenemos la capacidad de conceder unidad psicológica y existencial a nuestra vida, integrando nuestras acciones con metas proyectadas a lo largo de ella.

No es la clase de trabajo que escojamos lo que incide en nuestra autoestima (siempre que, desde luego, ese trabajo no sea opuesto a la vida humana), sino la búsqueda de un trabajo que exija y exprese el empleo más cabal y consciente de nuestra mente y nuestros valores (suponiendo que tengamos la oportunidad de hacerlo).

Vivir productivamente es proporcionarnos una de las dichas y recompensas mayores que pueda experimentar el ser humano.

Vivir con responsabilidad (y con ello desarrollar una saludable autoestima) está muy relacionado con vivir activamente. Mediante las acciones se expresa y realiza una actitud de autorresponsabilidad. ¿Qué *acciones* puedo realizar para acercarme a la obtención de mis objetivos?. ¿Qué *acciones* puedo realizar para avanzar en mi carrera? ¿Para mejorar mi vida amorosa? ¿Para que los otros me traten bien? ¿Para aumentar mis Ingresos? ¿Para ser más feliz? ¿Para cultivar mi desarrollo intelectual o espiritual?.

Así como, si deseamos aumentar nuestra autoestima, es necesario que pensemos en términos de *conductas,* si deseamos vivir más responsablemente es necesario que pensemos en términos de *acciones* muy específicas. Por ejemplo, no basta con decirse: "Debería ser más concienzudo". ¿Qué haré para ser más concienzudo? No basta con decir: "Debería adoptar una mejor actitud hacia mi familia".

¿Cómo se manifestará esa mejor actitud en una *conducta* específica?.

La conducta puede ser mental o física. Pensar es una acción; concentrarse en una tarea es una acción; hacer una lista es una acción; manifestar algo a otra persona es una acción; y también lo es acariciar un rostro, transmitir el aprecio por medio de palabras, escribir una carta, reconocer un error, preparar un informe, revisar un libro de contabilidad o solicitar un empleo. La pregunta es siempre:

¿Es esa conducta apropiada con referencia al contexto?. Ser autorresponsable es preocuparse por esa respuesta.

Por lo tanto, si deseamos practicar una mayor autorresponsabilidad en algún aspecto de nuestras vidas, es necesario que nos preguntemos: ¿Qué acciones puedo realizar en este ámbito? ¿Cuáles son mis opciones? Si no estoy esperando un milagro, o que alguien *haga algo,* entonces ¿qué puedo hacer yo? Si elijo no hacer nada, aceptar el statu quo, ¿estoy dispuesto a hacerme responsable de esa decisión?.

Observe lo siguiente: si hay áreas de su vida en las que practica un nivel más alto de autorresponsabilidad que en otras, presumo que ésas serán las áreas en las cuales usted *se gusta más.* Las áreas en las que evita la responsabilidad son aquellas en las que usted se gusta menos.

Una vez más, le recomiendo que emplee la técnica de completar oraciones para verificarlo. Por ejemplo:

Practico una mayor autorresponsabilidad cuando…
Evito lo más posible la autorresponsabilidad cuando...
Cuando soy autorresponsable siento...
Cuando evito la autorresponsabilidad siento...
Si algo de lo que estoy escribiendo es cierto...
Comienzo a darme cuenta de...

Piense en ello durante los próximos siete días. Si practicara una mayor autorresponsabilidad, ¿qué cosas podría hacer de manera diferente? Escriba su respuesta en un cuaderno.

Después contemple la posibilidad de traducir en acción lo que ha escrito. No piense en comprometerse para toda la vida, sino sólo para la semana próxima... como un experimento. Descubra el efecto de esto en su sentido de sí mismo. Descubra el efecto que produce en su vida.

Si le gusta lo que descubre, inténtelo siete días más. Y luego otros siete.

Vivir de un modo auténtico

Las mentiras más devastadoras para nuestra autoestima no son tanto las que *decimos* como las que *vivimos.*

Vivimos en una mentira cuando desfiguramos la realidad de nuestra experiencia o la verdad de nuestro ser.

Así, vivo una mentira cuando finjo un amor que no siento; cuando simulo una indiferencia que no siento; cuando me presento como más de lo que soy, o como menos de lo que soy; cuando digo que estoy irritado y lo cierto es que tengo miedo; cuando aparento indefensión y lo cierto es que soy un manipulador; cuando niego y oculto mi entusiasmo por la vida; cuando finjo una ceguera que niega mi comprensión; cuando pretendo poseer una información que no tengo; cuando me río y en realidad necesito llorar: cuando paso un tiempo inútil con gente que no me gusta; cuando me presento como la personificación de valores que no siento ni poseo; cuando soy amable con todos menos con las personas que digo amar; cuando me adhiero falsamente a ciertas creencias para gozar de aceptación; cuando finjo modestia; cuando finjo arrogancia; cuando permito que mi silencio implique asentimiento con respecto a convicciones que no comparto; cuando digo que admiro a una clase de persona pero duermo siempre con otra.

La buena autoestima exige *coherencia,* lo cual significa que el sí-mismo interior y el sí-mismo que se ofrece al mundo deben concordar.

Si elijo falsear la realidad de mi persona, lo hago para engañar la conciencia de los otros (y también a la mía propia). Lo hago porque considero inaceptable lo que soy. Valoro cualquier idea de otro por encima de mi propio conocimiento de la verdad. Mi castigo es que atravieso la vida con la atormentada sensación de ser un impostor. Esto significa, entre otras cosas, que me condeno a la angustia de preguntarme eternamente *cuándo me descubrirán.*

Primero, me rechazo a mí mismo; esto está implícito en el hecho de vivir mentiras, en el de falsear la verdad de mi persona. Después, me siento rechazado por los demás, o busco posibles signos de rechazo, para lo cual soy generalmente rápido. Imagino que el problema se plantea entre los demás y yo. No se me ocurre que lo que más temo de los otros ya me lo he hecho a mí mismo.

La *honestidad* consiste en respetar la diferencia entre lo real y lo irreal, y no en buscar la adquisición de valores mediante el falseamiento de la realidad, ni la consecución de objetivos pretendiendo que la verdad es distinta de lo que es.

Cuando intentamos vivir de una manera poco auténtica, siempre somos nuestra primera víctima, ya que, en definitiva, el fraude va dirigido contra nosotros mismos.

Es obvio que las mentiras más comunes de la vida cotidiana perjudican la autoestima: "No, no comí una tercera porción de tarta de fresas"; "No, no me acosté con fulano"; "No, no cogí ese dinero"; "No, no falseé los resultados de la prueba", etcétera. La conclusión es siempre que la verdad es vergonzosa, o peor que vergonzosa. Ese es el mensaje que nos transmitimos *a nosotros mismos* cuando decimos mentiras semejantes. Pero éste es el nivel de deshonestidad más obvio. Aquí debemos considerar una clase de deshonestidad mucho más profunda, tan íntimamente vinculada (así es como lo sentimos) a nuestra supervivencia que renunciar a ella suele ser un desafío de mucha más envergadura.

Para evitar una posible mala interpretación, digamos que vivir auténticamente no significa practicar una sinceridad compulsiva. No significa anunciar cada pensamiento, sentimiento o acción posibles, sin tener en cuenta si el contexto es apropiado o no, o su relevancia. No significa confesar verdades de manera indiscriminada. No significa dar opiniones que no nos han pedido sobre el aspecto de otras personas, ni formular *necesariamente* críticas exhaustivas, aunque nos las hayan pedido. No significa *ofrecerse* a brindar información a un ladrón sobre unas joyas escondidas.

Por otro lado, debemos reconocer que la mayoría de nosotros hemos sido educados casi desde el mismo día en que nacimos, para no saber qué es vivir auténticamente.

La mayoría de nosotros fuimos criados y educados de modo que nos era muy difícil apreciar la autenticidad. Desde niños aprendimos a negar lo que sentíamos, a usar una máscara, y en definitiva a perder el contacto con muchos aspectos de nuestros sí-mismos Interiores. Nos volvimos *inconscientes* de gran parte de nuestros si-mismos interiores, en nombre de la adaptación al mundo que nos rodea.

Nuestros mayores nos empujaron a rechazar el miedo, la ira y el dolor, porque tales sentimientos los incomodaban. A menudo no sabían cómo responder cuando se rompía la supuesta armonía familiar. Muchos de nosotros fuimos obligados también a ocultar (y por último a eliminar) nuestra excitación. Les ponía nerviosos. Nuestros mayores se volvían desagradablemente conscientes de algo que habían olvidado mucho tiempo atrás. La excitación altera la rutina.

Los padres emocionalmente distantes e Inhibidos tienden a educar hijos emocionalmente distantes e Inhibí-dos, no sólo mediante sus mensajes explícitos sino mediante su propia conducta, que Indica al hijo qué es lo correcto, lo adecuado y lo socialmente aceptable.

Además, puesto que en la Infancia existen muchas cosas temibles, Inquietantes, dolorosas y frustrantes, aprendemos a emplear la represión emocional como un mecanismo de defensa, como un medio de hacer la vida más tolerable. Aprendemos con demasiada rapidez a evitar las pesadillas. Para sobrevivir, aprendemos a "hacernos los indiferentes", como si estuviéramos muertos.

Una de las experiencias más dolorosas y desorientadoras de la infancia, que la gente se siente impulsada a reprimir, es el descubrimiento de que la mayoría de los adultos miente. Esto también puede convertirse en una barrera para la comprensión y la valoración de la autenticidad.

Oigo que mi madre me sermonea sobre las virtudes de la honestidad, y luego oigo que le miente a mi padre. Mi padre anuncia cuánto desprecia a alguien y luego no hace más que adular a esa persona durante toda la cena. Veo que una profesora niega flagrantemente la verdad a otro alumno, en lugar de reconocer que ha cometido una equivocación.

Que yo sepa, ningún psicólogo ha estudiado nunca el impacto traumático que causa en los jóvenes la magnitud de las mentiras de los adultos. Y sin embargo, cuando planteo el tema en las terapias e invito a mis pacientes a reflexionar, la mayoría sostiene que fue una de las experiencias más devastadoras de sus primeros años de vida.

Muchos jóvenes llegan a la conclusión de que crecer significa aprender a aceptar la mentira como algo normal, es decir, aceptar y admitir la irrealidad como un modo de vida.

Pero sí nos entregamos a esta forma de sacrificio mental, si nos permitimos ser gobernados por el miedo, si adjudicamos más importancia a lo que creen los otros que a lo que nosotros sabemos que es cierto si valoramos más *pertenecer al grupo* que *ser,* no alcanzaremos la autenticidad. Para alcanzarla son necesarios el coraje y la independencia, sobre todo cuando es tan raro encontrar esas cualidades en los

demás. Pero esto no debería desalentarnos; si las personas auténticas constituyen una minoría, también la constituyen las personas felices: y las que gozan de una buena autoestima; y las que saben amar.

Las personas que gozan de una alta autoestima están lejos de gustar siempre a los otros, aunque la calidad de sus relaciones sea claramente superior a la de las personas de baja autoestima. Como son más independientes que la mayoría de la gente, son también más francas, más abiertas con respecto a sus pensamientos y sentimientos. Si están felices y entusiasmadas, no temen mostrarlo. Si sufren, no se sienten obligadas a "disimular". Si sostienen opiniones impopulares, las expresan de todos modos. Son saludablemente autoafirmativas. Y como no tienen miedo de ser quienes son, de vivir auténticamente, a veces despiertan la envidia y la hostilidad de quienes están más atados a las convenciones.

A veces, en su Inocencia, se asombran de esta reacción, y quizás se sientan heridos por ella; pero no por eso desisten de su compromiso con la verdad. No valoran la buena opinión de los otros por encima de su autoestima. Sencillamente aprenden que hay gente a la que es mejor evitar.

Tratan de buscar relaciones enriquecedoras en lugar de nocivas, en contraste con las personas de baja autoestima, que casi siempre parecen entablar relaciones nocivas.

Las relaciones de las personas de alta autoestima se caracterizan por un grado de benevolencia, respeto y dignidad mutua superior al nivel medio. Los hombres y mujeres orientados hacia el desarrollo tienden a apoyar las aspiraciones de desarrollo de los demás. Las personas que disfrutan con su propio entusiasmo también disfrutan con el de los demás. Las personas que practican la franqueza al hablar aprecian la franqueza en la conversación con los otros. Las personas que se sienten cómodas diciendo si cuando quieren decir sí, y no cuando quieren decir no, respetan el derecho de los otros a hacer lo mismo. Las personas auténticas tienen amigos mejores y más dignos de confianza, porque saben que pueden apoyarse en ellos, y porque los instan a igualar su autenticidad.

Al ser auténticos, no sólo nos honramos a nosotros mismos: a menudo es como un regalo para cualquier persona con la que tratemos.

"A veces doy a la gente una falsa impresión de lo que siento (decía una paciente que se quejaba de que nadie la entendía), cuando sonrío y por dentro estoy llorando; cuando trato de impresionar a personas que no respeto; cuando niego mi irritación y estoy ardiendo por dentro; cuando finjo que nada me molesta; cuando no discuto con nadie con respecto a nada; cuando parezco estar de acuerdo con cualquiera que diga algo; cuando no digo lo que quiero; cuando digo sí y quiero decir no."

"A veces impido que la gente me dé lo que quiero (sostenía un paciente que se lamentaba de que nadie se preocupaba por sus deseos), cuando no les digo lo que quiero; cuando finjo que no quiero nada; cuando actúo como si fuera totalmente autosuficiente; cuando me burlo sutilmente de los esfuerzos de los demás para ser buenos conmigo; cuando lo critico todo; cuando doy mucho a los demás y utilizo eso para mantenerlos a distancia; cuando me muestro distante; cuando no me quedo quieto si veo que la gente se me acerca; cuando ni siquiera me permito saber lo que quiero."

"Si estuviera dispuesta a decir 'no' cuando quiero decir 'no' (manifestaba una mujer que se quejaba de que la gente se aprovechaba de ella), me respetaría más a mí misma; quizás la gente me apreciaría más; me sentiría más limpia; tendría más tiempo para hacer las cosas que quiero; la gente no me molestaría; sería más amable; no me rebelaría ni diría 'no" por cosas sin importancia; la gente me conocería mejor; creo que en general sería más generosa; no me sentiría una inútil; sería responsable de lo que me sucediera; no podría echarle la culpa a nadie; todo dependería de mí; no podría sentir lástima de mí misma; tendría dignidad."

"Si dijera 'si' cuando quiero decir 'sí' (declaraba un hombre que se lamentaba de que su vida era aburrida), tendría más coraje: correría más riesgos; permitiría que la gente supiera quién soy; tendría que ser honesto con las cosas que me importan: me volcaría más hacia la gente; tendría aventuras; no sería tan prudente; participaría en la vida en vez de ser un observador; una mayor parte de mí estaría en contacto con la realidad."

"Si no tuviera que vivir de acuerdo con las expectativas de los demás (afirmaba una mujer demasiado preocupada por ganarse la aprobación de la gente), les diría a los demás lo que verdaderamente pienso y siento; debería encontrar mi propio rumbo; me defendería a mí misma; tendría que asumir la responsabilidad de mi propia vida; averiguaría quiénes son en realidad mis amigos; tal vez pudiera ser dueña de mí misma; es hora de que me pregunte qué creo *yo* que es lo importante."

"SI fuera más sincero con respecto a mis pensamientos y opiniones (decía un hombre que se quejaba de sentir angustia en la vida social), me pregunto cómo respondería la gente; creo que me sentiría más seguro; me sentiría más fuerte; estaría más relajado; no me sentiría tan intimidado; me gustaría más a mí mismo; confiaría más en mí mismo; no me importarían tanto las opiniones ajenas; estaría menos ansioso; no me sentiría un ciudadano de segunda clase; sabría que pertenezco a la raza humana."

"Si fuera más sincera respecto de mis sentimientos (decía una mujer que se lamentaba de haber perdido su identidad), tendría que saber lo que siento; creo que la gente me respetaría más; a veces tendría que enfrentar la desaprobación; quizás perdiera algunos amigos; no siempre me preocuparía de no herir los sentimientos de los demás; tendría más integridad; tendría que cambiar mi modo de vida; no diría que no sé quién soy; sentiría que tengo estabilidad; sentiría que sirvo para algo; no me sentiría tan vacía ni tan cursi; no estaría asustada; sería yo misma; *tendría un sí-mismo."*

Al reflexionar sobre el tema de la vida auténtica, debemos formulamos algunas preguntas básicas. (Entre ellas hay algunas superposiciones.)

Por lo general ¿soy sincero conmigo mismo con respecto a lo que siento, *aceptando* mis emociones, *experimentándolas,* sin sentirme necesariamente empujado a actuar sobre ellas?.

Por lo general ¿soy sincero con los demás respecto de mis sentimientos, en aquellos contextos donde es apropiado hablar de los sentimientos?.

¿Me esfuerzo conscientemente por ser veraz y preciso en mis mensajes?.

¿Converso cómoda, abierta y directamente sobre lo que amo, admiro y disfruto?.

Si estoy apesadumbrado, irritado o deprimido, ¿hablo sobre ello con sinceridad y dignidad?.

¿Defiendo lo que soy y hago honor a mis necesidades e intereses?.

¿Permito que los demás adviertan mi entusiasmo?.

Si sé que estoy equivocado, ¿lo reconozco sencilla y francamente?.

¿Siento que el sí-mismo que experimento en mi interior es el sí-mismo que presento ante el mundo?.

Empleando, una vez más, una escala de 1 a 10, en la que 10 equivale a la autenticidad óptima y 1 al nivel más bajo imaginable, califíquese en cada uno de estos ítems. Por supuesto que el modo en que se califique constituirá todo un reto a su voluntad de ser auténtico. Quizás vea con más claridad las áreas en las que es inadecuadamente autoafirmativo.

Después tómese unos minutos para sentarse solo y tranquilo, y meditar sobre las mentiras que está viviendo en la actualidad. No se haga ningún reproche; el objetivo de este ejercicio no es despertar la culpa sino lograr más claridad y autocomprensión, como paso previo a una mayor autenticidad de su ser. Imagine que le cuenta su historia a un amigo cariñoso y comprensivo que tiene verdaderos deseos de entenderlo, y quiere saber por qué usted cree necesario o deseable vivir esa mentira (o mentiras) en concreto. Dígale a su amigo cuál le parece que es el beneficio funcional (su valor como supervivencia) de su falta de autenticidad. Luego imagine que su amigo lo invita a explorar sus fantasías acerca de lo que sucedería si usted abandonara esa mentira. Describa con detalle lo que usted imagina que sucedería. Imagine que su amigo le pregunta si existe alguna condición o circunstancia en la cual usted pueda verse actuando de un modo más auténtico en esta área, y respóndale. Después, siéntese en silencio e imagine cómo podría sentirse, cómo podría experimentarse a usted mismo, si decidiera vivir más auténticamente. Tómese el tiempo necesario para reflexionar sobre ello. Practique este ejercicio durante diez minutos una vez por semana durante dos meses... y puedo prácticamente garantizarle que al vivir de un modo más

auténtico se sentirá cada vez más natural y cada vez más satisfecho consigo mismo, menos ansioso y más confiado.

Puede explorar aun más este territorio mediante la técnica de completar oraciones, escribiendo de seis a diez finales para cada uno de los siguientes principios:

Lo difícil de ser sincero conmigo mismo con respecto a lo que siento es...
Lo difícil de ser sincero con los otros con respecto a mis sentimientos es...
Si me esforzara por ser veraz y preciso en mis mensajes...
Si hablara abiertamente sobre las cosas que amo, admiro y disfruto...
Si fuera sincero cuando me siento apesadumbrado, irritado o deprimido...
Si estuviera dispuesto a mostrar a los otros mi entusiasmo...
Si fuera sincero cuando sé que me he equivocado...
Si estuviera dispuesto a comunicar a la gente lo que siento por dentro...
Cuando pienso en las cosas a las que renuncio por miedo a que me critiquen...
Cuando pienso en las cosas a las que renuncio por miedo a que se rían de mí...
Si estuviera dispuesto a experimentar para ser un poco más auténtico cada día...

Nadie pasa, de un día para otro, de ser relativamente poco auténtico a ser relativamente auténtico. Ese es el significado del último principio de oración. La pregunta es:

¿Está usted dispuesto a descubrir lo que sucede si, paso a paso, va experimentando en qué consiste elevar el nivel de su autenticidad?.

En nuestro interior, nuestra falta de autenticidad nos hace perder el respeto por nosotros mismos. Queda un sabor desagradable en el ánimo. Percibimos que eso implica una traición, y estamos en lo cierto. Pero si no estamos dispuestos a abordar este punto, nos queda el consuelo de los perdedores: "No pude evitarlo".

O bien decimos: "Para fulano es fácil ser honesto y directo, porque disfruta de una gran autoestima. Yo no". Olvidamos que vivir auténticamente es una de las maneras de cultivar la autoestima.

Afirmar nuestros deseos y necesidades (sin esperar, por supuesto, a que otros se hagan cargo de su realización), aun cuando resulte difícil: ¿es esto lo que nos pide nuestra autoestima? Si.

¿Decir la verdad sobre lo que pensamos y sentimos, sin saber por adelantado cómo responderán los otros? Sí.

¿Permitir que los demás nos vean y sepan quiénes somos? Sí.

¿Permanecer fieles a nuestra conciencia, aunque estemos solos para ver lo que vemos y saber lo que sabemos? Si.

En esto consiste el heroísmo de honrar al sí-mismo. También es el camino que lleva a una autoestima elevada.

Pero... espere un momento. Mirando hacia atrás, observando la distancia que ha recorrido desde que empezó a leer, quizás usted sienta ganas de protestar: "¡No pensé que tendría que *hacer* tanto!" Tal vez imaginó que sólo se le pediría efectuar algunas autoafirmaciones placenteras todos los días, para que su autoestima floreciera. Esta es la clase de actitud que garantiza prácticamente una autoestima inadecuada. "La vida (citando a Ayn Rand) es un proceso de acción autosostenida y autogenerada", y cada valor pertinente a ella requiere acciones continuas para sostenerla y mantenerla. Usted no puede alimentarse, o llevar a cabo una empresa de éxito, por el mero hecho de efectuar autoafirmaciones. Tampoco puede mantener de ese modo un alto nivel de autoestima.

Si usted compró un libro titulado *Cómo mantener el cuerpo en forma,* debe ser lo bastante realista desde el principio como para saber que eso requerirá acción y disciplina. Con sólo decirse “todos los días, en todos los sentidos, mi cuerpo va alcanzando un mejor aspecto", no lo logrará. Con *Cómo mejorar su autoestima* necesitará el mismo realismo.

Así como no siempre tendrá ganas de hacer gimnasia, tampoco siempre le apetecerá hacer los ejercicios de este libro. Pero si persevera (en cualquiera de ambos casos), tendrá dos cosas claras: el

proceso se vuelve más fácil y atractivo a medida que usted va obteniendo una mejor "forma"; y cuando se mire al espejo, verá los resultados... y le gustarán.

Desarrollar la autoestima de los demás

Aunque cada uno de nosotros es el responsable último de su autoestima, tenemos la oportunidad de apoyar o atacar la autoconfianza y el autorrespeto de cualquier persona que tratemos, así como los demás también tienen la misma opción en sus relaciones con nosotros.

Probablemente todos recordemos ocasiones en que alguien nos trató de un modo que reconocía tanto nuestra dignidad como la suya. Y también podemos recordar ocasiones en que alguien nos trató como si el concepto de dignidad humana no existiera. Sabemos bien qué diferente sensación nos dejan estas dos clases de experiencia.

Si damos la vuelta a este ejemplo, probablemente todos recordemos ocasiones en que tratamos a alguien con un espíritu de dignidad mutua. Y quizás recordemos otras en las que, a causa del miedo o la ira, descendimos a un nivel de comunicación apenas humano, en el que la dignidad perdió todo su significado. Y también sabemos de qué modo tan diferente se viven esos dos tipos de experiencias.

Cuando nuestras relaciones humanas tienen dignidad, las gozamos más; y cuando *nosotros* manifestamos dignidad, nos gustamos más a nosotros mismos.

Cuando nos comportamos de tal manera que acabamos elevando la autoestima de los otros, también estamos aumentando la nuestra.

Veamos algunas de esas maneras.

Hay psicoterapeutas que pueden provocar un profundo impacto en la autoestima de la gente que los consulta. Quizá practiquen orientaciones teóricas muy diversas y empleen técnicas muy diferentes, y sin embargo en su presencia el paciente se siente impulsado a elevar su autoestima, a medida que descubre nuevas posibilidades de funcionamiento que antes nunca había considerado como reales.

Si comprendemos algunas de las características más importantes del modo en que se relacionan estos terapeutas con la gente, podremos aplicar esos principios a nuestras propias interacciones. En este conocimiento no hay nada de esotérico. Idealmente, debería ser accesible a todos. Mi sueño personal es que algún día se enseñe en las escuelas.

A través de los años muchas veces he preguntado a mis pacientes (también lo han hecho numerosos estudiantes) cuáles de mis conductas eran, según su experiencia, las más provechosas para el fortalecimiento de su autoestima. Algunas de estas conductas eran mencionadas una y otra vez. Ninguna es de mi exclusividad. Podrán identificarlas en cualquier psicoterapeuta que sepa cómo provocar el desarrollo de la autoestima.

Para comenzar, tratamos a los seres humanos partiendo de la premisa del respeto. Para mí, éste es el primer imperativo de una psicoterapia eficaz. Esto se transmite en el modo en que saludo a mis pacientes cuando llegan al consultorio, y en mi manera de mirarlos, de hablarles y de escucharlos. Abarca cosas como la cortesía, el contacto visual, no ser condescendiente, no ser moralista, escuchar con atención, preocuparse por comprender y ser comprendido, ser adecuadamente espontáneo, rechazar el papel de autoridad omnisciente, negarse a creer que el paciente es incapaz de evolucionar. El respeto es constante, sea cual fuere la conducta del paciente. Con ello se transmite este mensaje: un ser humano es una entidad que merece respeto. Un paciente para el cual verse tratado de esta manera pueda resultar una experiencia rara o incluso única, tal vez se sienta estimulado con el tiempo, a reestructurar el concepto que tiene de sí mismo.

Recuerdo a un hombre que me dijo cierta vez: "Reflexionando sobre nuestra terapia, creo que nada de lo que sucedió en ella fue para mí tan chocante como el simple hecho de que siempre me sentí respetado por usted. Yo hice todo lo que pude para despreciarme y considerarme un inútil. Trataba de que usted actuara como mi padre. Pero usted se negó a colaborar. De algún modo tuve que hacer frente a

eso; al principio me resultó difícil, pero cuando lo logré la terapia empezó a surtir efecto." Recordé que en una de nuestras primeras sesiones el hombre había observado:

"MI padre le hablaría a cualquier ayudante de cocina con más cortesía que la que jamás ha empleado conmigo".

Cuando un paciente describe sus sentimientos de miedo, dolor o ira, no lo ayudo si le respondo: "¡Oh, no debería sentir eso!" Un terapeuta no es un animador. Es muy valioso (para cualquier tipo de paciente) expresar los propios sentimientos sin tener que hacer frente a críticas, condenas, burlas o sermones. A menudo el proceso de expresión es ya intrínsecamente reparador. Un terapeuta que se siente incómodo cuando un paciente expresa sentimientos intensos necesita trabajar consigo mismo. Saber escuchar con serenidad y comprensión es algo básico en las artes curativas. También es básico para la auténtica amistad, y para el amor.

Compárese esta actitud con la de aquellos amigos que, cuando alguien Intenta comunicarles emociones intensas, lo Interrumpen para darle un sermón, o una serie de consejos, o cambian de tema directamente; como si esos amigos no tuvieran confianza en nadie, ni siquiera en si mismos.

Considero que una de mis principales tareas como terapeuta es crear un contexto en el que las personas que vienen a mí puedan expresar sus pensamientos y opiniones sin miedo al ridículo o al reproche. Pero es claro que una política semejante no debería quedar reducida a los psicoterapeutas. Si está usted de acuerdo en que no gana nada consiguiendo que la gente tenga miedo de hablar en su presencia, pregúntese si ha logrado crear o no un contexto abierto. Una de las experiencias que muchas personas esperan tener en la terapia (y también fuera de ella) es la de ser *visibles:* ser comprendidas y vistas. Quizás se hayan sentido alienadas e invisibles desde la infancia, y ansían percibirse de una forma diferente. Respeto este deseo y comprendo su legitimidad; por ello, trato de responder apropiadamente compartiendo mis observaciones con el paciente y proporcionándole una realimentación que le permita sentirse visto y oído. "Me pareció oírle decir... "Imagino que usted estará sintiendo..." "En este momento parece como si usted..." "Permítame decirle cómo entiendo yo su punto de vista...", etcétera.

Sin duda esto es comunicación *humana,* y no sólo comunicación psicoterapéutica. *Todos* necesitamos la experiencia de la visibilidad y la comprensión. ¿No deberíamos tratar de ofrecérnosla mutuamente, para que forme parte natural de las relaciones humanas?.

Los terapeutas eficaces juzgan, pero no enjuician. Juzgan, en cuanto es obvio que evalúan unas conductas como superiores a otras desde el punto de vista de la felicidad y el bienestar a largo plazo del paciente. No son tan hipócritas como para pretender que carecen de parámetros, o que no hay cosas que les gustan y otras que les disgustan. Pero no moralizan y no tratan de cambiar una conducta provocando sentimiento de culpa. Así, no dicen: "Sólo un enfermo podría hacer eso". O bien: "¿Sabe lo inmoral que es usted?" O: "Mientras no reconozca que es un depravado, no podré ayudarlo". O: "Usted no es muy inteligente, ¿verdad?".

Cuando bombardeamos a la gente con nuestras evaluaciones de su carácter, inteligencia y cosas parecidas, podremos intimidarla pero no ayudarla a evolucionar, adquirir confianza o aumentar su autorrespeto. Y la alternativa de ser moralista y juez no consiste en bombardearla con cumplidos y elogios fuera de lugar; a menudo esto intensifica los sentimientos de minusvalía (o de invisibilidad) en quien lo recibe, ya que sabe que el que habla no es sincero. Podemos aprender a decir que algo o alguien nos gusta o no nos gusta, que lo admiramos o no lo admiramos, sin calificar, atacar o alabar de un modo irrealista. "Realmente disfruto cuando usted...", "No me siento cómodo cuando usted...", "Me sentí herido cuando usted...", "Me sentí inspirado por su...", etcétera.

En mí experiencia, los buenos terapeutas son compasivos pero no sentimentales, y no estimulan la pasividad ni la autocompasión. Muchos de mis pacientes han comentado la importancia de esta distinción para su progreso en la terapia. Yo pregunto: "¿Qué alternativas ve para usted?", "¿Qué cree que podría hacer para mejorar su situación?", "¿Qué acción está dispuesto a realizar?". Si la persona está empezando a expresar su sufrimiento, no la interrumpo con tales preguntas, pero por lo general siempre

llega un momento en que hay que hacerlas. Creo que una parte de mi trabajo consiste en despertar en el paciente una orientación hacia la acción.

En el trato con la familia, los amigos o los socios, siempre surgirán ocasiones en las que podamos ayudarlos, si así lo queremos, transmitiéndoles esta perspectiva.

Los terapeutas eficaces son amables pero no permiten que sus pacientes abusen de ellos. Por ejemplo, no dejan que los llamen a cualquier hora del día o de la noche por asuntos triviales. No admiten ser explotados en el orden económico. Exigen que se reconozca el valor de su tiempo. No dejan de enfrentarse a un paciente que los ha tratado con hostilidad o en forma agraviante (a menos que se trate de una *estrategia de tiempo limitado* con fines terapéuticos). Trazan líneas de demarcación y establecen límites. Como hacen los buenos padres. Como hacen los amigos inteligentes. Como hacen las personas que se respetan a sí mismas en todos los ámbitos. Al cuidar debidamente de sí mismos, de sus propias necesidades y de su tiempo, los terapeutas *dan un ejemplo.* Dicen: así es como me trato yo. Y así es como debería tratarse usted. De ese modo no se produce ningún choque entre el egoísmo racional (honorable respeto por los propios intereses), por un lado, y la responsabilidad profesional, por el otro.

Esto es importante para todos nosotros. Así como los padres autosacrificados no dan un buen ejemplo a sus hijos ("Renuncié a mi vida por ti"), sino que sólo les enseñan que es positivo considerarse objetos de sacrificio (lo cual tiende a generar resentimiento, odio y sentimientos de culpa en los hijos), del mismo modo los amigos autosacrificados ("Mis necesidades no importan") son una carga, y no una alegría, ni una inspiración, ni un ejemplo de cualquier cosa positiva que deseemos aprender.

Estoy profundamente convencido de que incluso la más indeseable de las conductas produce en algún nivel un beneficio funcional, dentro del conocimiento y el contexto del individuo en cuestión. Por lo tanto, deseo comprender el modelo de sí-mismo-en-el-mundo a partir del cual obra el paciente, renunciando a la mera descalificación de su conducta por "descabellada". Por ejemplo, los gritos airados de una esposa, que pueden ser muy desagradables para el que los escucha, tienen su propio, triste sentido si sabemos que no logró atraer con ninguna otra cosa la atención de su marido, y que ignora si hay una alternativa que quizá le daría mejores resultados.

Para repetir un punto ya tratado en este libro, si nos limitamos a calificar a una persona de "corrupta". "irreflexiva", "inmoral", etcétera., no la comprendemos. Para comprenderla, es necesario que conozcamos el contexto en el cual su conducta adquiere algún sentido o se vuelve conveniente o incluso necesaria para ella, aunque objetivamente sea por completo irracional.

En el nivel de las relaciones personales, esto significa ayudar a una persona cuya conducta es inadecuada, a identificar cuáles son sus motivos para ello, averiguar qué necesidades está tratando de satisfacer; en otras palabras, proporcionar a esa persona la comprensión y la compasión que, según sugerí en un capítulo anterior, debemos darnos a nosotros mismos. "¿Qué sentía usted en ese momento?", "¿Qué opciones tenía?", "¿Qué pensaba usted que estaba diciendo esa persona contra la cual reaccionó con tanta violencia?", "¿Cómo veía usted la situación?". Obviamente, no podemos practicar esta política del mismo modo con todas las personas; pero con los que amamos o realmente nos importan (o quizás con la gente con que trabajamos) es un arma poderosa.

Recuerde que el sentimiento de culpa paralizador no sirve para nada. Y con esto no quiero decir que debe hacerse caso omiso de las actuaciones equivocadas o alentar la amoralidad. Hay veces en que necesitamos decir:

"Su conducta me resulta completamente inaceptable", o aun: "No quiero asociarme con usted". Pero si nuestra meta es provocar un cambio de conducta y un aumento de la autoestima para apoyar ese cambio, la estrategia antes sugerida es la más recomendable en muchos casos.

Una de las características de los terapeutas eficaces, como de los mejores maestros y entrenadores, es que saben que sus pacientes poseen mayores potencialidades que las que ellos mismos (los pacientes) pueden reconocer. "¿Usted no se cree capaz de aprender el álgebra? Yo creo que podrá." "¿No se cree capaz de saltar más alto? Inténtelo otra vez." "¿Dice usted que no se atreve a actuar en

contra de las creencias de sus padres? Yo creo que usted es capaz de pensar por sí mismo y responsabilizarse de su propia vida." En otras palabras, no se dejan convencer por el concepto negativo que tiene de sí misma la persona. Este es un punto de máxima importancia.

Una vez, un paciente dijo esto a un joven psicólogo que estudiaba conmigo: "Si usted me preguntara cuáles son, en mi opinión, los factores más determinantes del éxito de la terapia, pondría en primer lugar la convicción de Nathaniel de que yo podía hacer toda clase de cosas que, a mi juicio, no podía hacer. Yo ni siquiera pensaba que podría ganarme la vida haciendo algo que me gustara. Ahora lo estoy haciendo. Jamás pude imaginarme feliz en el amor; ahora lo soy. Solía decirle a Nathaniel que para mí no había esperanzas, y él me respondía más o menos así: Ya lo he oído. ¿Seguimos?".

Si deseamos alimentar la autoestima de otra persona, hemos de relacionarnos con ella desde nuestra concepción de lo que merece y lo que vale, proporcionándole una experiencia de aceptación y respeto. Debemos recordar que la mayoría de nosotros tendemos a subestimar nuestros recursos interiores, y guardar este pensamiento en un lugar central de nuestra conciencia. Estamos más capacitados de lo que creemos. Si tenemos presente esto, los demás podrán adquirir este conocimiento a partir de nosotros casi por contagio.

Podemos aprender, por ejemplo, a escuchar la expresión de los sentimientos de una persona, aunque esos sentimientos consistan en dudas sobre sí misma y su inseguridad. Y podemos escucharla sin ceder al impulso de sermonear o discutir, porque comprendemos que el reconocimiento pleno y la experiencia de los propios sentimientos indeseados es el primer paso para superarlos.

Desde luego, a veces una persona puede hacer observaciones despectivas sobre sí misma como una treta para que nosotros discrepemos con ella y le hagamos cumplidos. Podemos negarnos a participar en ese juego, diciendo: "Me pregunto cuál será el benefició que obtiene usted maltratándose así".

Puede resultar difícil seguir creyendo en otra persona si ella no cree en sí misma. Sin embargo, uno de los más grandes regalos que podemos hacerle a alguien es nuestra negativa a aceptar su pobre concepto de sí mismo, zambulléndonos en su interior hasta llegar al sí-mismo más profundo y más intenso, aunque sólo se trate de una potencialidad. Quizá nunca lo consigamos. Lo único que podemos hacer es intentarlo. Lo óptimo sería que pudiéramos sacar a la luz lo mejor que yace oculto en el interior de la persona, pero como mínimo, podremos fortalecer lo mejor que hay dentro de nosotros mismos.

Por último, cualquiera que sea nuestra capacidad de ser racionales, coherentes y firmes en nuestro trato con la gente, les presentaremos una impresión inteligible y comprensible de la realidad (todo psicoterapeuta competente, como todo ser humano que se respete a sí mismo, se esfuerza por ofrecer esta cordura en sus interacciones). Al obrar así, le estamos diciendo: su mente es apta para tratar conmigo; no le ofrezco una impresión abrumadora y contradictoria de la realidad, que podría dejarlo confundido, impotente y desanimado. Y si somos racionales y coherentes, por supuesto que nuestra autoestima saldrá beneficiada.

Estas observaciones se aplican tanto a nuestro trato con adultos como con niños. Puesto que he examinado el tema de las relaciones hijo-padre en *Honoring the* Self; no lo haré aquí. Esbozaré ahora, en cambio, las líneas generales aplicables a *todas* nuestras relaciones. Pero si usted tiene hijos, revise las precedentes normas de conductas y considere con cuánta coherencia las practica (porque los niños necesitan, aun más que los adultos, que usted observe estas conductas).

"Si yo de niño, me hubiera sentido respetado"; "Si alguien hubiera creído en mí cuando era joven"; "Si alguien me hubiera dado a entender que mis deseos y sentimientos importaban"; "Si alguien me hubiera visto como un individuo único" (he oído decir a muchos pacientes en la terapia, en los ejercicios de completar oraciones)... "habría aprendido a autorrespetarme; podría creer en mí mismo; tomaría en serio mis propios deseos y trabajaría para satisfacerlos; tendría una noción más clara de quién soy.

Cuanto más trabajamos en nosotros mismos, parecemos adquirir un mejor sentido de lo que es correcto en nuestras interacciones. Ningún padre que goce de una autoestima saludable puede pensar que ridiculizando a su hijo le infundirá capacidad de independencia. Ningún maestro que goce de una

buena autoestima necesita que le digan que el sarcasmo no es una buena herramienta de enseñanza. Ningún ejecutivo que se respete a sí mismo pensará que tratando con desprecio a sus empleados extraerá lo mejor de ellos. Ningún ser humano que tiene confianza en sí mismo trata de conservar a sus amigos haciéndose pasar por una autoridad o dirigiéndolos a través de sus inseguridades.

En el campo de las relaciones hijo-padre está claro que, aunque nada es seguro, el mejor modo de inspirar una buena autoestima en nuestros hijos es poseerla nosotros mismos (así como el mejor modo de inspirarles actitudes sexuales sanas es tenerlas nosotros mismos). Pero el principio es más amplio aun. Si deseamos hacer una contribución positiva al concepto de sí mismo de los demás -quienquiera que sea, no sólo los hijos-, entonces la autoestima, como la caridad, empieza por uno mismo.

La serenidad inspira serenidad, la felicidad inspira felicidad, la franqueza inspira franqueza, y cuando vivimos partiendo de lo mejor de nosotros mismos tenemos más posibilidades de obtener lo mejor de los demás.

Si tenemos el coraje de permitir que los demás vean nuestro entusiasmo o nuestra pasión, implícitamente les estamos comunicando que la pasión es un valor y que ellos no deberían reprimir la suya. Si les dejamos que vean con qué pasión perseguimos nuestras metas, transmitimos implícitamente nuestra aprobación de su aptitud para superarse apasionadamente por alcanzar una meta. Si honramos con orgullo nuestros valores e intereses, estamos indicando a los demás que tienen derecho a honrar los suyos. Si tenemos la integridad de ser quienes somos, podemos transmitir esa integridad a los demás.

Y así, al honrar al sí-mismo, ayudamos a construir una comunidad de personas con una autoestima saludable. El individuo no es el adversario de la comunidad, sino su pilar más vital.

Si estas ideas le parecen válidas, ¿qué significarán, en lo que respecta a sus interacciones con la gente, durante su próximo mes de vida? ¿Y durante el mes siguiente?.

La cuestión del egoísmo

Con frecuencia se confunde la autoestima con ciertas nociones falsas de "egoísmo".

La tendencia cultural a la que me refiero es notoria en todas partes; yo tropecé personalmente con esta mala Interpretación mientras realizaba una gira promocional para *Honoring the Self.* Prevalece hoy una irreflexiva tendencia a desechar por "narcisista" a cualquier individuo activamente interesado en su desarrollo personal, lo que constituye una suerte de violenta reacción contra el movimiento en favor del potencial humano. Parece ser que "sí-mismo" se ha convertido en una palabra candente, al menos en algunos círculos.

La autoestima, la autorrealización, incluso la búsqueda de la autonomía, se están volviendo moralmente sospechosas. "¿No hemos tenido ya bastante de la *generación del yo*?", preguntan los periodistas. "¿Usted no está alentando el egoísmo?".

A mí me trataron con aprecio, pero no pude dejar de notar la inquietud que parecían evocar frases tan simples como "honrar al sí-mismo". "¿Y qué me dice de los problemas del mundo?" me preguntaban. "¿No le interesa ir más allá del individuo aislado? ¿Y qué sucede con las relaciones? ¿Acaso no tienen ya la mayoría de las personas un ego muy desarrollado?".

Dada la frecuencia con que se formulan estas preguntas, es razonable suponer que reflejan las presunciones de un gran número de individuos. Es necesario discutir estas presunciones.

Permítanme mencionar que ni en *Honoring the Self* ni en ninguno de mis libros anteriores mi mensaje ha sido:

"Primero yo, sin considerar los derechos de los otros". Por el contrario, me he preocupado de examinar la relación entre la autoestima y el bienestar humano, en lo individual y en lo social. En el curso de esta búsqueda he visto con claridad que los valores del individualismo y el comprensivo interés por uno mismo ofrecen la mejor base posible para la cooperación social, la benevolencia y el progreso.

Pregúntese con quién le gustaría compartir el mundo. ¿Con gente que respete su derecho a existir y no le pida que actúe en contra de su interés por sí mismo, o con gente que lo trate como un objeto de sacrificio? ¿Con gente que goza de un fuerte sentido de su identidad personal, o con quienes esperan que usted cree ese sentido para ellos? ¿Con los que asumen la responsabilidad de su propia existencia, o con los que intentan traspasarle esa responsabilidad a usted? Estas son, desde luego, algunas de las consecuencias *sociales* tanto de la alta como de la baja autoestima.

Es bastante fácil detectar a algunos narcisistas que hablan de "alcanzar mi desarrollo personal" o "elevar mi autoestima". Es fácil, porque el narcisismo existe por doquier. Pero el individualismo, la autoestima, la autonomía, el interés por el desarrollo personal... estos rasgos no son narcisistas. El narcisismo es un estado de autoabsorción excesiva, nada saludable, que tiene su origen en una profunda sensación de insuficiencia y de carencia interior. Aunque resulte irónico, los vicios típicamente atribuidos a personas con egos muy desarrollados (mezquindad. competitividad beligerante, predisposición para el ataque) son, en realidad, las aflicciones peculiares de los egos débiles.

No puedo imaginar que ninguna persona racional sugiera que la autorrealización (es decir, la realización de nuestros potenciales positivos) deba perseguirse sin verse involucrada y comprometida en relaciones personales. "¿No entra dentro de mi propio interés (pregunté a los que me entrevistaban) encontrar gente a la que pueda amar, respetar y admirar?" Y por lo general, sus rostros se iluminaban con una sonrisa. "¿No entra dentro de mi propio interés vivir en un mundo más seguro, más sano, mejor, y tratar de dar forma a ese mundo?".

La polarización del sí-mismo y los otros, o del sí-mismo y el mundo, no tiene una base válida en la realidad. En realidad, existen pruebas abrumadoras de que cuanto más alto sea el nivel de la autoestima de un individuo, más probable será que trate a los demás con respeto, amabilidad y generosidad. La gente que no experimenta amor por sí misma tiene poca o ninguna capacidad de amar a otros. La que padece de profundas inseguridades y dudas sobre sí misma suele sentir que los demás seres humanos son temibles y hostiles. Quien posee poca o ninguna autoestima no tiene nada que aportar al mundo.

En razón de todo esto, debemos preguntar: ¿por qué los conceptos de autoestima y autorrealización (es decir, las metas personales) causan en algunos una impresión tan ominosa? ¿Por qué sólo las metas "sociales" son respetables?.

La respuesta, creo, reside en que muchos no han conseguido liberarse de una noción autoritaria de la ética, que la aplican a todo lo que está *fuera de uno mismo.* Nos encontramos con este punto de vista, bajo diversas formas, en las familias, las escuelas, las iglesias y, claro está, en los gobiernos.

En realidad, casi todos los sistemas éticos que han alcanzado algún grado de influencia universal han sido variaciones del tema de la autorrenuncia y el autosacrificio. Se ensalza el altruismo como virtud y al egoísmo se lo considera sinónimo de maldad. En estos sistemas, el individuo siempre se convierte en la víctima: se le enseña a volverse contra sí mismo y se le ordena "no ser egoísta" y ponerse al servicio de algún valor presuntamente superior:

El faraón, el emperador, el rey, la tribu, el país, la familia, la verdadera fe, la raza, el Estado, el proletariado, la sociedad (o "el planeta").

Comprenderíamos mejor la voluntad de tantas personas de someterse a una u otra clase de figura autoritaria, bajo cuyo dominio a veces se cometen atrocidades, si recordáramos cómo nos presentaron, a casi todos nosotros, la palabra *bueno.* "Es un buen chico; se preocupa por mí, se porta bien." "Es una buena chica, hace lo que le dicen." Desde el principio se nos inculca que la virtud consiste, no en honrar las necesidades, los deseos y las máximas posibilidades del sí-mismo, sino más bien en satisfacer las expectativas de los demás. "Vivir para los demás" es una frase que traduce textualmente la esencia de la moral, y los que la predican están más interesados en la obediencia que en la autoestima. Como psicólogo, no puedo recordar un solo caso en que esta doctrina no fuera, a mi parecer, desastrosa para el bienestar mental y emocional de mis pacientes.

Hoy, con la expansión del feminismo, las mujeres empiezan a despertar al hecho de que ésta es una doctrina manipuladora y explotadora. Imaginen la reacción de un grupo de mujeres modernas si un conferenciante les dijera:

"No piensen en sus propios deseos y necesidades; piensen solamente en las necesidades y deseos de aquellos a quienes ustedes sirven. El autosacrificio es la mayor virtud". Los hombres también necesitan revisar esta doctrina, pues afecta a sus vidas. No es un problema de un solo sexo. Es global.

Por desgracia, muchos hombres y mujeres que se esfuerzan por alcanzar la autorrealización se sienten indefensos e intimidados ante estas acusaciones de egoísmo. Si "egoísta" significa "preocupado por los intereses del sí-mismo", *por supuesto* que la búsqueda de la autoestima y el desarrollo personal es egoísta. También lo es la búsqueda de la salud física. Y de la salud mental. Y de la felicidad. Y también la búsqueda de la próxima bocanada de aire que uno va a respirar.

Si esto es malo, *¿qué haremos para existir?* No podemos repudiar el sí-mismo sin repudiar la vida.

Para vivir con éxito, pues, necesitamos una ética que predique un interés racional por uno mismo. Mientras no estemos preparados para respetar el derecho de un individuo a su propia vida, mientras no comprendamos que cada persona (incluidos nosotros mismos) es un fin en sí misma y no un medio para obtener los fines de los otros. No podremos pensar con claridad en nuestra propia existencia o en las exigencias de la felicidad humana mientras no estemos dispuestos a honrar al sí-mismo y proclamar con orgullo nuestro derecho a hacerlo. No podremos luchar por la autoestima, y no podremos alcanzarla.

Resumen: el impacto de la autoestima

¿Cómo desarrollamos la autoestima? Resumamos algunos puntos clave.

- Debemos recordar que la autoestima no viene determinada por el éxito social, el aspecto físico, la popularidad o cualquier otro valor que no se halle directamente bajo el control de nuestra voluntad. Al contrario, depende de nuestra racionalidad, honestidad e integridad, que son procesos volitivos, operaciones de la mente de las cuales somos responsables.

El siguiente ejercicio de completar oraciones lo ayudará a situar bien en qué lugar se halla, en este aspecto, en el presente. En realidad, este ejercicio y los posteriores le informarán bastante bien de en qué medida el libro ha sido asimilado hasta ahora, y quizá le indiquen los puntos que necesita elaborar más.

Si considero los criterios con los que me juzgo a mí mismo...
Si nadie más que yo puede proporcionarme una buena autoestima...
Si quisiera comprender de qué depende la autoestima...
Una de las cosas que puedo hacer para elevar mí autoestima es...

- Ya que la autoestima positiva es el sentimiento, la experiencia y la convicción de ser apto para la vida y sus desafíos, y ya que la mente es nuestra herramienta básica de supervivencia, el pilar central de una autoestima saludable es la política de vivir conscientemente (lo cual *incluye* racionalidad, honestidad e integridad). Vivir conscientemente es vivir responsablemente la realidad, aceptando los hechos, el conocimiento y la verdad, con la intención de *generar un nivel de conocimiento apropiado a nuestras acciones.*

Si me permito entender el significado de vivir conscientemente...
Si todavía no estoy plenamente preparado para vivir conscientemente...
Si estuviera dispuesto a entender lo que hago cuando actúo...
Si estuviera dispuesto a ver lo que veo y saber lo que sé...

- La autoaceptación es un rechazo a negar o desestimar cualquier aspecto del sí-mismo: nuestros pensamientos, emociones, recuerdos, atributos físicos, subpersonalidades o acciones. La autoaceptación es la negativa a mantener una relación de rivalidad con nuestra propia experiencia. Es la base de todo desarrollo y de todo cambio. Es, en su sentido último, el coraje de ser *para* nosotros mismos. El nivel de nuestra autoestima no puede ser más alto que el nivel de nuestra autoaceptación.

A medida que aprendo a aceptarme...
Una de las cosas que necesito aprender a aceptar es...
A medida que dejo de luchar contra mí mismo...
A medida que acepto mis sentimientos en lugar de resistirme a ellos...
A medida que aprendo a admitir mis acciones como propias...
Comienzo a darme cuenta de...

- Para proteger nuestra autoestima, es necesario que sepamos evaluar nuestra conducta de la manera apropiada. Esto incluye, primero, tener la certeza de que los parámetros con los cuales juzgamos son verdaderamente nuestros, no los valores de los demás, con los cuales nos sentimos obligados a aparentar que estamos de acuerdo. Segundo, necesitamos efectuar nuestras evaluaciones con una actitud no sólo de honestidad sino de compasión, una voluntad de tener en cuenta el contexto y las circunstancias de nuestras acciones, así como las opciones o alternativas que percibimos como accesibles. En aquellos asuntos en los que nos sintamos verdadera y justificadamente culpables, es preciso que tomemos las *medidas específicas* para eliminar la culpa en lugar de limitarnos a sufrir pasivamente.

Si vivir con sentimiento de culpa es una claudicación...
Si estuviera dispuesto a perdonarme...
A medida que trato de comprender por qué actúo como actúo...
A medida que aprendo a vivir según mis propios parámetros...

- Debemos aprender a no disculparnos *nunca* por nuestras virtudes, ni hacernos reproches por ellas, ni tratar de rechazarlas. Debemos tener el coraje de reconocer nuestros puntos fuertes y nuestros aciertos. De otro modo, inevitablemente traicionaremos a nuestra autoestima.

Si me niego a disculparme por mis virtudes...
Sí soy honesto con respecto a mis aciertos...
Si disfruto de mí mismo...
Si admito que me gusto a mí mismo...

- Es necesario que reconozcamos a nuestros sub-símismos o subpersonalidades, que intimemos con ellos, dialoguemos con ellos y, en definitiva, que los admitamos, para poder sentirnos completos, no divididos, sino *integrados.*

A medida que aprendo a admitir a mi sí-mismo niño...
A medida que aprendo a admitir a mi sí-mismo adolescente...
Si rechazo a la persona que fui alguna vez....
Sí intimo con todas las partes de mí mismo...
Estoy comenzando a ver que...

- Necesitamos vivir activa y no pasivamente, asumir la responsabilidad de nuestras elecciones, sentimientos, acciones y bienestar -asumir la responsabilidad del cumplimiento de nuestros deseos- para así hacernos responsables de nuestra propia existencia. Como la independencia, la productividad es una virtud básica de la autoestima, y el trabajo es una de las formas prácticas de manifestar la autorresponsabilidad.

Si me hago plenamente responsable de mis acciones...
Si me hago plenamente responsable de las cosas que digo...
Si insisto en culpar a los demás...
Si insisto en verme como una víctima...
Si acepto que sólo yo puedo lograr mí felicidad...

- La autoconfianza y el autorrespeto se obtienen viviendo auténticamente. En esto consiste el coraje de ser quienes somos, preservando la coherencia entre nuestro sí-mismo interior y el sí-mismo que presentamos al mundo. En sentido literal, significa vivir autoafirmativamente; que manifestamos al mundo aquello que pensamos, valoramos y sentimos. Que no nos entregamos al submundo de lo inexpresado y de lo no vivido.

A medida que aprendo a ser más sincero acerca de lo que pienso y siento...
A medida que aprendo a ser sincero acerca de mis deseos...
Cuando pienso en algunas de las mentiras según las cuales he vivido...
Cuando esté preparado para abandonar esas mentiras...
Si necesito tiempo para aprender a vivir con integridad…
Si estuviera dispuesto a darme el tiempo que necesito para aprender...
Si estuviera dispuesto a comunicar a la gente lo que siento por dentro...
Si estuviera dispuesto a mostrar a la gente quién soy...
A medida que aprendo a ser sencillamente yo mismo...

- Al apoyar la autoestima de los otros, apoyamos la nuestra. Así, el hecho de vivir con benevolencia es necesario para la autoestima.

Si trato a los demás con respeto y benevolencia...
Si ofrezco a los otros la buena voluntad que pretendo de ellos...
Sí me permito comprender lo que he estado leyendo...
Si acepto que quizás aún no esté preparado para asimilar todos estos conocimientos...
Si me doy permiso para evolucionar a mi propio ritmo...
Si éste es el principio de una gran aventura...

- Necesitamos comprender que, como ideal ético-psicológico, la autoestima implica y presupone el supremo valor de una vida individual. Descansa sobre una visión moral que ve en cada persona un fin en sí misma y -en oposición a la doctrina de la autorrenuncia y el autosacrificio- defiende como principio rector el interés racional por uno mismo.

Sí no vivo para servir a los otros...
Si los otros no viven para servirme...
Sí mi vida me pertenece a mí...
Si realmente tengo derecho a existir...
Si el autosacrificio no me brinda la autoestima...
Si hace falta coraje para ser honradamente egoísta...
Comienzo a darme cuenta de...

En un capítulo anterior vimos que cada una de las conductas que acabo de resumir es a la vez fuente y manifestación de una buena autoestima causa y consecuencia de ella-, según el principio de la causalidad recíproca.

¿Cómo elevar nuestra autoestima? Practicando estas conductas. Viviendo conscientemente, aceptándonos a nosotros mismos, con responsabilidad, autenticidad, benevolencia e integridad.

Esto otorga grandes recompensas, pero también exige afrontar desafíos. Sea cual sea su nivel actual de autoestima y la vida que haya creado para reflejarlo, quizás en este mismo momento usted esté experimentando la comodidad de lo familiar (la comodidad de lo conocido) y quizá sienta intuitivamente que desarrollar la autoestima es abandonar esa zona confortable y entrar en lo desconocido.

"Si elevo mi autoestima (me dicen los pacientes), ¿cómo sé qué aspecto tomarán las cosas? ¿Seguiré amando a mi cónyuge? ¿Seguiré soportando mi trabajo? ¿Cambiarán mis intereses? ¿Mis amigos se resentirán conmigo? ¿Me quedaré solo?".

"Quizás no siempre me guste lo que siento (confiesan), pero es algo familiar. Estoy acostumbrado, incluso a los momentos de angustia y depresión. De algún modo, yo mantengo el control. Pero con una autoestima significativamente más alta, no me conocería a mí mismo. ¿Me sentiría seguro en ese caso?".

A medida que usted vaya haciendo los ejercicios de este libro y practique en su vida las conductas que reflejan esos ejercicios y el análisis que hemos hecho, experimentará un aumento de su autoconfianza y su autorrespeto, pero quizás también una cierta desorientación. Siempre conlleva algo de angustia la transición de un viejo a un nuevo concepto de sí mismo. Si persevera en sus nuevos aprendizajes y conductas, pronto se sentirá cómodo con su nuevo sentido de si mismo, y la ansiedad desaparecerá.

Ahora bien, este proceso se aplica a la autoestima en general y también a cualquiera de las prácticas específicas que la hacen aumentar. Por ejemplo, a medida que aprendemos a vivir más conscientemente, o aceptándonos más a nosotros mismos, podemos disfrutar de la experiencia y a la vez hallarla extraña, como si estuviéramos viviendo en nuestro cuerpo pero con una persona que no estamos seguros de conocer. Ser capaz de aceptar cierto grado de desorientación como un aspecto inevitable del crecimiento, y estar dispuesto a tolerarlo hasta que alcancemos un nuevo sentido de lo "normal", es condición indispensable para obtener un cambio satisfactorio.

Tal vez la manifestación más elocuente sobre este problema sea la de un paciente de terapia, que decía hace muchos años: "Nathaniel, hace una semana que no me siento angustiado, *y eso me está poniendo nervioso".*

He visto muchos pacientes que, después de practicar las técnicas que presento en este libro, se liberaron de su depresión o de gran parte de ella, pero al cabo de un tiempo volvieron a caer en la autotortura porque aún se hallaban apegados a un concepto de sí mismos anticuado, que se quedó atrás ante su nueva experiencia. Durante años se vieron como seres atormentados. Organizaron sus vidas alrededor de este concepto de sí mismos, incluso en sus relaciones. "¿Qué es mi vida si no sufro?", les he oído decir. "Si no soy desdichado, ¿cómo voy a actuar con la gente? ¿Qué diré o haré? ¡No tengo experiencia de lo que es ser feliz!. Además, si no soy feliz, no tengo nada que perder, no tienen nada que quitarme, mientras que silo soy..."

Este es un ejemplo de lo "desconocido" de lo que hablaba hace un momento: el territorio no familiar en el cual penetramos cuando elevamos nuestra autoestima.

Y aun hay más: las reacciones de los otros a medida que van viendo nuestros cambios. Si estamos más seguros de nosotros mismos que antes, si mostramos mayor respeto por nosotros mismos (si somos más abiertos, espontáneos, joviales, o estamos menos a la defensiva), las formas en que nos traten los demás ya no se adecuarán, ya no serán apropiadas para quienes somos ahora, y *ellos* pueden desorientarse. Entonces, o bien adaptarán sus conductas al nuevo concepto de nosotros mismos que proyectamos o bien (a sabiendas o no) tratarán de manipulamos para que volvamos a nuestro viejo concepto de nosotros mismos. Una vez más, nos enfrentamos con lo no familiar, lo desconocido.

Quizá nuestra resistencia a estos cambios nos haga reacios a practicar los ejercicios o las conductas descritas en los capítulos anteriores. Es preciso que combatamos tanto la inercia como el miedo. ¿Cuáles son las recompensas, si aceptamos estos sentimientos, sin ceder a ellos, y en cambio mantenemos nuestra determinación de avanzar en la autoconfianza, el autorrespeto y el goce de la vida?.

En el nivel de la experiencia directa, interna, ahora la respuesta está clara: mayor confianza en si mismo y amor por sí mismo, mayor satisfacción con nuestro propio ser, mayor orgullo por lo que hemos logrado con nuestra propia persona.

Además, a medida que usted desarrolle su autoestima:

- Su rostro, sus gestos y su manera de hablar y de moverse tenderán naturalmente a proyectar el placer que le causa estar vivo.
- En algún momento notará que es más capaz de hablar de sus logros o de sus imperfecciones de manera directa y sincera, puesto que mantendrá una buena relación con los hechos.
- Quizá descubra que se siente más cómodo al hacer y recibir elogios, expresiones de afecto, aprecio, etcétera.
- Estará más abierto a la crítica y a sentirse bien al reconocer sus equivocaciones, pues su autoestima no estará ligada a una imagen de "perfección".
- Sus palabras y movimientos tenderán a ser desenvueltos y espontáneos, ya que no estará en guerra con usted mismo.
- Habrá cada vez más armonía entre lo que usted diga y haga, y su aspecto, su modo de hablar y de moverse.

- Descubrirá que tiene una actitud cada vez más abierta y curiosa hacia las ideas y experiencias nuevas, las nuevas posibilidades que le ofrece la vida, puesto que para usted ésta se ha convertido en una aventura.
- Los sentimientos de angustia o inseguridad, si se presentan, tendrán menos posibilidades de intimidarlo o abrumarlo, ya que controlarlos y superarlos le parecerá más fácil.
- Es muy probable que descubra que disfruta de los aspectos más alegres de la vida, tanto en usted como en los otros.
- Será más flexible al responder a situaciones y desafíos, movido por un espíritu de inventiva e incluso una capacidad lúdica, ya que confiará en su mente y no verá la vida como una fatalidad o una derrota.
- Se sentirá más cómodo con una conducta enérgica (aunque no beligerante); será más rápido para defenderse y hablar por usted mismo.
- Tenderá a preservar la armonía y la dignidad en situaciones de estrés, ya que cada vez le resultará más natural sentirse equilibrado.

¿Sufrirá cambios en sus relaciones con la gente, el trabajo y las aficiones? Será casi inevitable. ¿Conocerá momentos de conflicto, crisis, decisiones difíciles? Desde luego; son inseparables de la vida. ¿Se sentirá dueño de mayores recursos para responder a esos desafíos? Rotundamente, sí.

Incluso en el nivel físico, pueden producirse cambios notables a medida que desarrolla su autoconfianza y su autorrespeto:

- Sus ojos estarán más alertas, brillantes y vivaces.
- En algún momento su rostro se volverá más relajado y (salvo en caso de enfermedad) tenderá a mostrar un color natural y un mejor aspecto del cutis.
- Es probable que su mentón adquiera una postura más natural, más en línea con su cuerpo.
- Su mandíbula tenderá a estar más relajada.
- Sus manos estarán más relajadas, elegantes y tranquilas.
- Sus brazos colgarán de una forma natural y relajada.
- Su postura será relajada, erecta, bien equilibrada.
- Su modo de caminar será resuelto (sin ser agresivo ni arrogante).
- Su voz adquirirá modulaciones adecuadas a las diversas situaciones, y su pronunciación será clara.

Lo más probable es que exhiba estos rasgos cada vez en mayor medida, como se ha observado en numerosos hombres y mujeres que gozan de una alta autoestima, en los cuales se advierte la presencia de estas características físicas, así como de las psicológicas antes mencionadas.

Advertirá que el tema de la relajación se repite una y otra vez. Relajarse implica que no se esconde de usted mismo y que no está en guerra con quien es, mientras que la tensión crónica transmite un mensaje acerca de alguna suerte de escisión interna, alguna especie de autoevasión o autorrepudio, algún aspecto de un sí-mismo rechazado o constreñido.

Si los rasgos psicológicos y físicos que he mencionado llegasen a convertirse en una parte natural de usted, pregúntese cómo cambiarían su experiencia de estar vivo. Pregúntese cómo le afectarían en su capacidad de amar y ser amado. Pregúntese cómo modificarían su visión del trabajo, sus proyectos para el futuro, las metas que aspira a alcanzar.

El aumento de la autoestima hace las cosas diferentes. Cuando usted tenga claro en qué consiste esa diferencia, sabrá que obtenerla merece la pena.

Y al comprometerse a realizar el viaje, descubrirá que en realidad ya ha comenzado.

* * *



Inicios en la facturación

en Salud en Colombia.



Tabla de contenido

Introducción....3
Mapa conceptual....4
Normatividad....5
La factura....6
Tipos de usuarios y Planes de beneficios....7
Soportes físicos y digitales....10
Manuales tarifarios....13
Glosario....14
Bibliografía....16
Creative commons....17
Créditos....18



Inicios en la facturación
en Salud en Colombia.

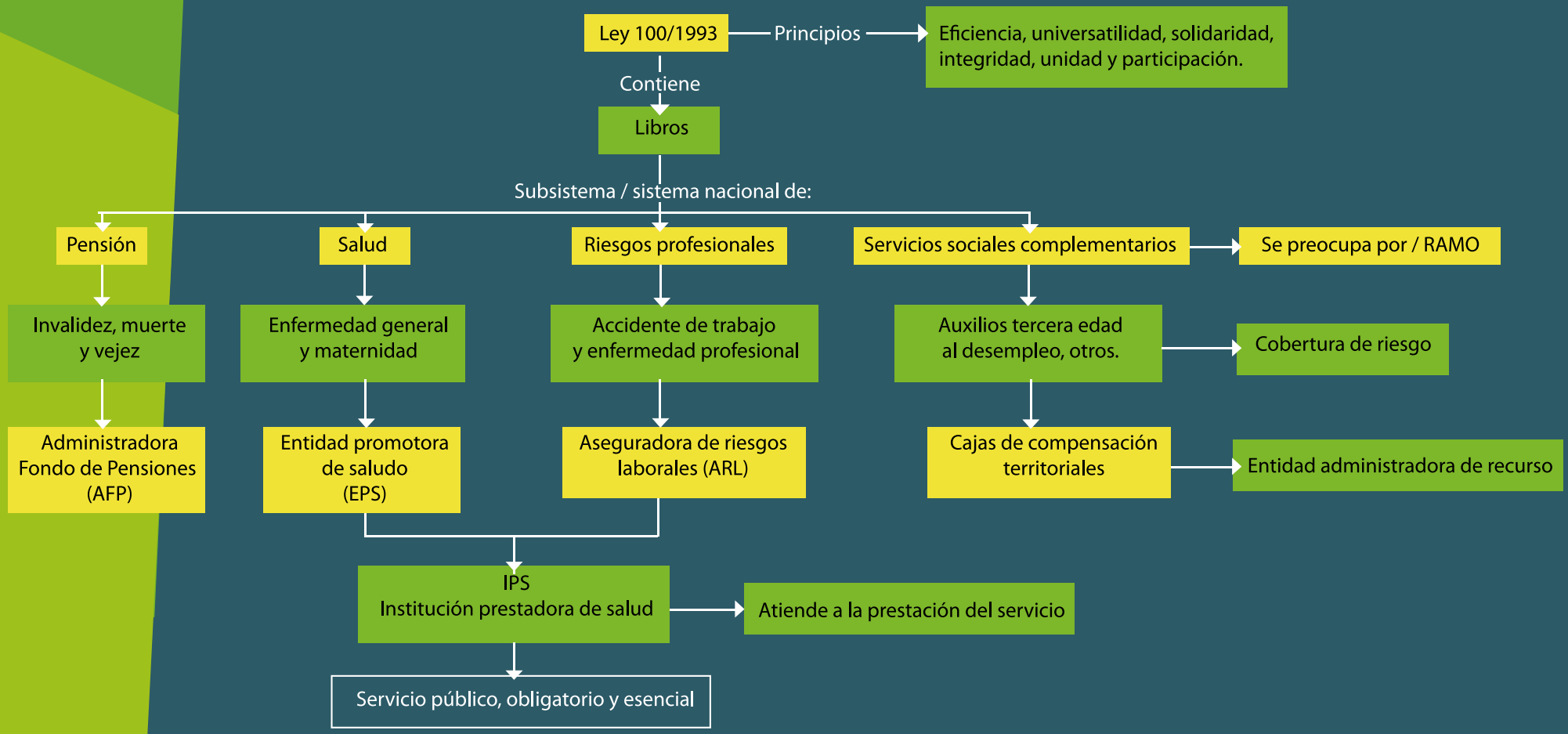
Introducción

Una vez creada la Ley 100 de 1993 y sus decretos reglamentarios, se da especial relevancia a la operatividad y puesta en marcha del Sistema General de Seguridad Social en Salud en cuanto a cobertura y garantía en la prestación universal del servicio a todos los colombianos.

En esta oportunidad marca la atención el proceso de facturación de dichos servicios de salud que son prestados por las IPS (Instituciones Prestadoras del Servicios de Salud) y administrados los recursos por las EPS (Entidades Prestadoras de Salud).

El propósito de esta unidad es conocer la normatividad vigente relacionada con la facturación en la prestación del servicio de salud, reconocer los tipos de usuarios del sistema, los planes de atención, los manuales tarifarios, los documentos asociados y sus soportes.

Mapa Conceptual



(Fuente: SENA (2017))

1. Normatividad.

Existe normatividad que ofrece la descripción de cómo facturar los servicios de salud de una manera eficaz y eficiente donde se cumpla con los términos establecidos para la recuperación del dinero y que sea redistributivo, el flujo de caja de las Instituciones Prestadores de los Servicios de salud para así cubrir las atenciones requeridas en el tiempo establecido con calidad y humanización en el servicio de salud.

Todo inicia en el año 1993 con la creación de la Ley 100 (Ver mapa conceptual) donde se crea el Sistema General de Seguridad Social en Salud entre otros sistemas y complementarios. De ahí surgen hasta hoy una serie de normas que lo único que han tratado es regular dicho sistema en cuanto a cobertura, accesibilidad y proceso al interior de sus actores (EPS, IPS, FOSYGA, entidades encargadas del pago).

Como normatividad relevante se señala:

Con el Decreto 4747 de 2007 del Ministerio de Salud y Protección Social regula algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo.

El Congreso de Colombia el 9 de enero de 2007 regula la relación existente entre responsables del pago y prestadores de servicios de salud, en cuanto a las Entidades Promotoras de Salud EPS de ambos regímenes Contributivo y Subsidiado con la modalidad contractual que se adopte y su trámite en el caso de formulación de glosas.

La Resolución 3047 de 2008 del Ministerio de Salud y Protección Social, establece los formatos, mecanismos de envío, procedimientos y términos a ser implementados en las relaciones entre prestadores de servicios de salud y entidades responsables del pago de servicios de salud, definidos en el Decreto 4747 de 2007.

La Resolución 4331 de 2012 y su anexo técnico del Ministerio de la Protección Social por su parte adiciona y modifica parcialmente la resolución 3047 de 2008 modificada por la resolución 416 de 2009.

Luego en 2015 el Ministerio de Salud y Protección Social señala mediante la Resolución 1479 de 2015 el procedimiento para el cobro y pago de servicios y tecnologías sin cobertura en el POS, suministrados a los afiliados al Régimen Subsidiado.

En el año 2016 se crea la Resolución 6408 de 2016 del Ministerio de Salud y Protección Social, mediante la cual se modifica el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC) y se incluyen los anexos técnicos.

Nuevamente el Ministerio de Salud y Protección Social expide para implementación en el SGSSS la Resolución 1132 de 2017 a través de la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015 reformada por la Resolución 5975 de 2016, que adoptó la Clasificación Única de Procedimiento en Salud — CUPS (Código Único de Procedimientos en Salud)

Para terminar en mayo de 2017 la Resolución 1687 de 2017 del Ministerio de Salud y Protección Social sustituye el Anexo 2

"Listado de Procedimientos en Salud del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC" de la Resolución 6408 de 2016 y se dictan otras disposiciones.

En las áreas de Facturación se debe contar con una lista de chequeo que garantice la verificación de los soportes y con un convenio previamente establecido según las tarifas pactadas entre las entidades responsables de pago y los prestadores de los servicios de salud (Acuerdo de voluntades) .

En su totalidad, tanto las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud como las Entidades Promotoras de Salud cuentan con sistemas operativos de confianza adaptados a las necesidades de cada uno.

Es función del facturador operar el sistema con ética y prontitud según los planes de beneficios, los niveles de atención, las tarifas pactadas, los manuales establecidos y las cuotas moderadoras, recuperación o copagos que rigen según la fecha que esté efectuando la factura de prestación de servicio.

Se hace especial énfasis en la resolución 3047 de 2008 del Ministerio de Salud y Protección Social y sus modificaciones. Establece la forma en que en el transcurso del modelo se desarrolla la norma desde casos prácticos.

A continuación se detalla el articulado de la norma así:

El FOSYGA es el Fondo de Solidaridad y Garantía. Explicado de una forma clara el aporte en dinero de todos los colombianos al Sistema de Seguridad Social en Salud llega al través del Banco (Cualquier entidad) a este fondo que tiene subcuentas y administra todo el recurso financiero. A su vez las Entidades Promotoras de Salud EPS reportan a través de un mecanismo llamado compensación los usuarios discriminados por edad, sexo y lugar de residencia y el fondo a su vez gira recursos según la Unidad de Pago por Capitación UPC.

Entendiéndose esta como el valor que el sistema reconoce por cada afiliado (sea cotizante o beneficiario), por la organización y garantía de la prestación de los servicios y tecnologías en salud contenidos en el Plan de beneficios en salud, sin distinción o segmentación por niveles de complejidad de atenciones, tecnologías especificas o EPS, tipos de prestadores de servicios, ni por las diferentes modalidades de pago y contratación de servicios que existan. Se puede analizar la tabla respectiva en la Resolución 6411 de 2016.

De allí los términos técnicos como el de Ingreso base de cotización que corresponde al valor reportado a la EPS por la empresa encargada del aporte y según este valor y sus topes se cobran las cuotas moderadoras o copagos. Leer material complementario cuota moderadora y copaco 2017.

2. La Factura.

Las facturas de prestación del servicio son notas preformadas equivalentes en dinero para el cobro de la prestación del servicio a las entidades responsables del pago, puede ser la EPS, los entes Territoriales, el Fosyga (Fondo de Solidaridad y garantía) y los particulares entre otros.

Para el Sistema General de Seguridad Social en salud la norma que rige es la Resolución 3047 de 2008 con todas sus modificaciones, será bitácora primordial para cada facturador.

Este documento, la factura, debe contener junto a sus soportes entre otros los siguientes datos:

- Logo de la empresa e identificación tributaria.
- Resolución de aprobación para expedir
- facturas.
- Fecha.
- Valor en letras y números.
- Nombre del prestador del servicio (Dirección y teléfono de contacto). Descripción del servicio.
- Identificación del usuario a quien se le prestó el servicio.(Dirección y teléfono de contacto).
- Firma de quien recibió el servicio.
- Anexos que comprueben atención.

El área correspondiente a la facturación debe tener especial cuidado en el alistamiento de la factura y sus soportes puesto que cualquier error compromete el recurso económico de la institución. Si el facturador alerta oportunamente sobre cualquier error o inconsistencia garantiza el flujo de efectivo para la operatividad del sistema.

3. Tipos de usuarios y Planes de beneficios.

Los tipos de usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud se han venido ampliando desde la creación de la Ley 100 de 1993, con el fin de garantizar la cobertura a todos los habitantes del país.

Tabla 1: Tipos de usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud desde la creación de la Ley 100 de 1993.

Siempre consultar con su EPS-Condiciones de la normatividad vigente. Según sea el caso:	Parentesco	Documento a presentar para acreditar afiliación ante la entidad promotora de salud.
Siempre	Cotizante	Fotocopia del documento de identidad.
Si están casados	Cónyuge	Fotocopia del documento de identidad.
		Registro civil de matrimonio.
En unión marital de hecho o unión libre	Compañero	Fotocopia del documento de identidad.
		Declaración juramentada de convivencia vigente (No ante notario). No mayor a seis meses.
Si existen (Los míos, los tuyos y los nuestros) incluye adoptivos con documento legal.	Hijos entre 0 y 6 años y 364 días	Fotocopia del documento de Identidad (Registro civil).

Si existen (Los míos, los tuyos y los nuestros) incluye adoptivos con documento legal.	Hijos entre 7 y 17 y 364 días	Fotocopia del documento de identidad (Tarjeta de identidad).
		Registro civil para demostrar parentesco.
Si existen (Los míos, los tuyos y los nuestros) incluye adoptivos con documento legal.	Hijo 18 a 25	Fotocopia del documento de Identidad (extranjeros cedula extranjería).
		Declaración juramentada de dependencia económica y condición de estudiante. (No ante notario).
		Registro civil para demostrar parentesco.



Si existen (Los míos, los tuyos y los nuestros)	Hijo incapacidad permanente.	Fotocopia del documento de identidad.
		Certificado de incapacidad permanente avalado por médico de la EPS.
		Registro civil como prueba de parentesco.
En el caso de ser el afiliado soltero o de hacer pago adicional de UPC.	Padres.	Fotocopia del documento de identidad.
		Registros civiles que se requieran para demostrar parentesco.



Caso de cobertura especial- Consultar condiciones	Otros hasta tercer grado de consanguinidad. (Abuelos, bisabuelos, tíos, hermanos, sobrinos, nietos, bisnietos).	Fotocopia del documento de Identidad.
		Registros civiles que se requieran para demostrar parentesco.
		Recibo de pago de UPC (planilla de autoliquidación).
Caso de cobertura especial - Consultar condiciones.	Nietos que dependan económicamente del abuelo.	Registro civil para demostrar parentesco.

Fuente: Ley 100 (1993)



La Resolución 5592 de 2015 del Ministerio de la Protección Social actualizó integralmente el Plan de beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación, esto quiere decir que el Estado Colombiano reconoce a las Entidades Promotoras de Salud un valor económico por cada persona afiliada según su ubicación geográfica, edad y sexo para ser administradas por las mismas. Y que los servicios prestados por las Instituciones prestadoras de servicios de salud se deben regir por dichos servicios autorizados por el Plan de beneficios para ser cobrados a las administradoras.

4. Soportes físicos y digitales.

El acuerdo de voluntades parametrizado en cada entidad facturadora establece los soportes sean físicos o digitales según el caso, sin dejar de lado lo estipulado en la Resolución 3047 de 2008 y sus adiciones o modificaciones.

Existe el MAPIPOS Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud según la Resolución 5261 de 1994 donde se nos muestra céfalo-caudalmente (de la cabeza a los pies) las actividades, intervenciones y procedimientos según el plan de beneficios de una manera organizada y clasificada por nivel de atención en el Plan de Beneficios del Sistema.



Tabla 2: Niveles de atención en salud en Colombia

Nivel de complejidad	Incluyen
1º. Nivel	**Atención ambulatoria:** ✓ Consulta médica general. ✓ Atención inicial, estabilización, resolución o remisión del paciente en urgencias. ✓ Atención odontológica. ✓ Laboratorio clínico. ✓ Radiología ✓ Medicamentos esenciales ✓ Citología. ✓ Acciones intra y extramurales de promoción, prevención y control. ✓ Atención quirúrgica. **Servicios con internación:** ✓ Atención obstétrica. ✓ Atención no quirúrgica u obstétrica. ✓ Laboratorio clínico. ✓ Radiología. ✓ Medicamentos esenciales. ✓ Valoración diagnóstica y manejo médico. ✓ Atención quirúrgica.

2º. Nivel	**Atención ambulatoria especializada:** Se define como la atención médica, no quirúrgica, no procedimental, no intervencionista, brindada por un profesional de la medicina, especialista en una o más de las disciplinas de esta ciencia y en la cual ha mediado interconsulta o remisión por el profesional general de la salud. Tendrá el mismo carácter técnico – administrativo para los niveles II y III de complejidad atención; junto con lo del primer nivel y más especializados.
3º. Nivel	**Condiciones de acceso a los servicios:** La utilización de servicios incluidos en este nivel requerirá la aprobación previa de la entidad promotora de salud, quien podrá utilizar para ello comités médicos científicos quienes deberán ceñirse a las guías de atención integral; junto con lo del primer nivel y más especializados.
4º. Nivel	**Patologías de tipo catastrófico:** Son patologías catastróficas aquellas que representan una alta complejidad técnica en su manejo, alto costo, bajo ocurrencia y bajo costo efectividad en su tratamiento. Se consideran dentro de este nivel, los siguientes procesamientos: ▪ Trasplante renal. ▪ Diálisis. ▪ Neurocirugía, sistema nervioso. ▪ Cirugía cardiaca. ▪ Reemplazos articulares. ▪ Manejo del gran quemado. ▪ Manejo del trauma mayor. ▪ Manejo de pacientes infectados por (VIH). ▪ Quimioterapia y radioterapia para el cáncer. ▪ Manejo de pacientes en unidad de cuidados intensivos. ▪ Tratamiento quirúrgico de enfermedades congénitas.

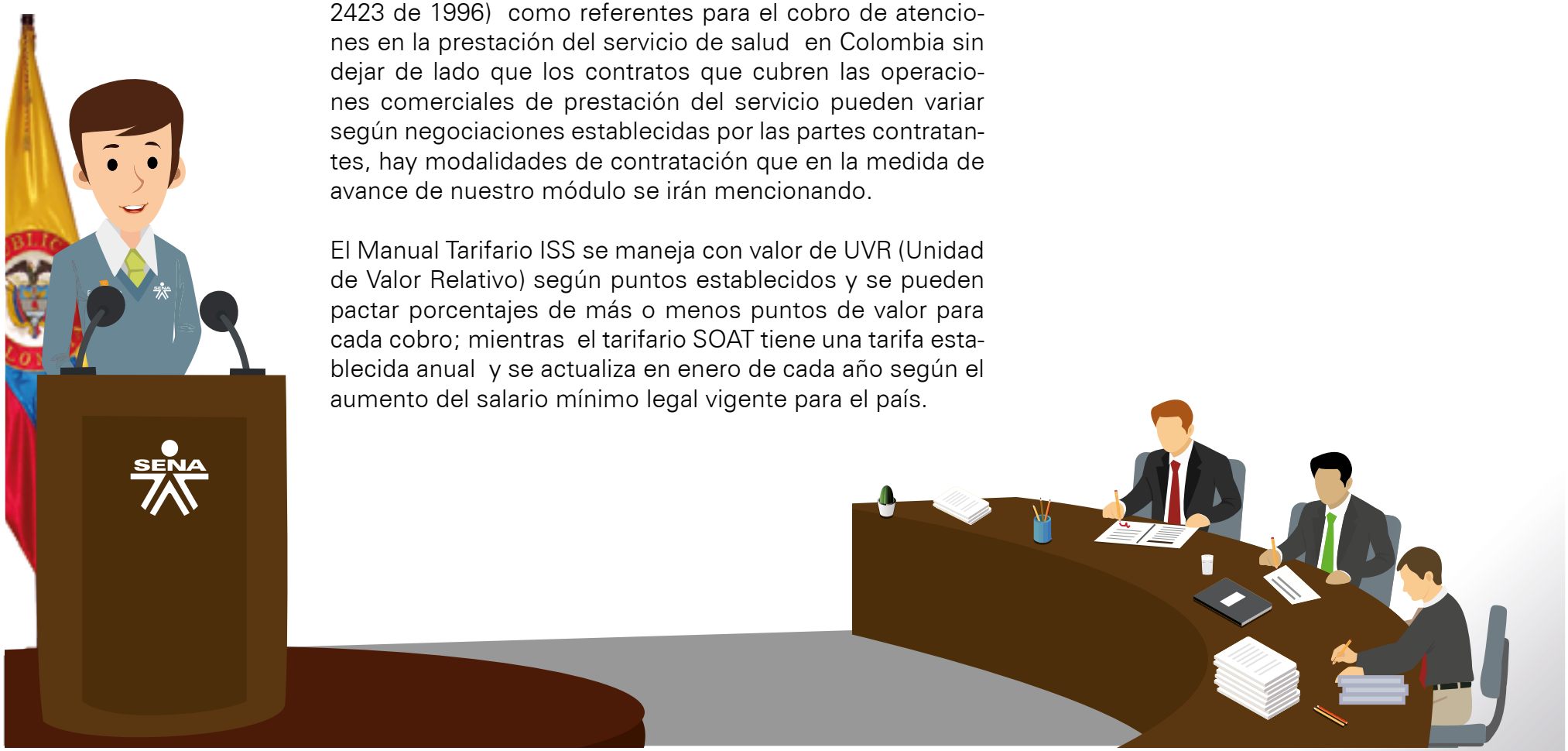
Fuente: Adaptada de es.scribd (1994)



6. Manuales tarifarios.

Existe el Manual Tarifario ISS (Acuerdo 256 de 2001 y Acuerdo 312 de 2004) y el Manual Tarifario SOAT (Decreto 2423 de 1996) como referentes para el cobro de atenciones en la prestación del servicio de salud en Colombia sin dejar de lado que los contratos que cubren las operaciones comerciales de prestación del servicio pueden variar según negociaciones establecidas por las partes contratantes, hay modalidades de contratación que en la medida de avance de nuestro módulo se irán mencionando.

El Manual Tarifario ISS se maneja con valor de UVR (Unidad de Valor Relativo) según puntos establecidos y se pueden pactar porcentajes de más o menos puntos de valor para cada cobro; mientras el tarifario SOAT tiene una tarifa establecida anual y se actualiza en enero de cada año según el aumento del salario mínimo legal vigente para el país.





Glosario

Acuerdo de voluntades: Es el acto por el cual una parte se obliga para con otra a dar, hacer o no hacer alguna cosa. Cada parte puede ser de una o varias personas naturales o jurídicas. El acuerdo de voluntades estará sujeto a las normas que le sean aplicables, a la naturaleza jurídica de las partes que lo suscriben y cumplirá con las solemnidades, que las normas pertinentes determinen.

Entidades responsables del pago de servicios de salud: Se consideran como tales las direcciones departamentales, distritales y municipales de salud, las entidades promotoras de salud de los regímenes contributivo y subsidiado, las entidades adaptadas y las administradoras de riesgos profesionales.

Modelo de atención: Comprende el enfoque aplicado en la organización de la prestación del servicio, la integralidad de las acciones, y la consiguiente orientación de las actividades de salud. De él se deriva la forma como se organizan los establecimientos y recursos para la atención de la salud desde la perspectiva del servicio a las personas, e incluye las funciones asistenciales y logísticas, como la puerta de entrada al sistema, su capacidad resolutiva, la responsabilidad sobre las personas que demandan servicios, así como el proceso de referencia y contrarreferencia.

Pago por capitación: Pago anticipado de una suma fija que se hace por persona que tendrá derecho a ser atendida durante un periodo de tiempo, a partir de un grupo de servicios preestablecido. La unidad de pago está constituida por una tarifa pactada previamente, en función del número de personas que tendrían derecho a ser atendidas.

Pago por evento: Mecanismo en el cual el pago se realiza por las actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos prestados o suministrados a un paciente durante un período determinado y ligado a un evento de atención en salud. La unidad de pago la constituye cada actividad, procedimiento, intervención, insumo o medicamento prestado o suministrado, con unas tarifas pactadas previamente.
Pago por caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico: Mecanismo mediante el cual se pagan conjuntos de actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos, prestados o suministrados a un paciente, ligados a un evento en salud, diagnóstico o grupo relacionado por diagnóstico. La unidad de pago la constituye cada caso, conjunto, paquete de servicios prestados, o grupo relacionado por diagnóstico, con unas tarifas pactadas previamente.

Prestadores de servicios de salud: Se consideran como tales las instituciones prestadoras de servicios de salud y los grupos de práctica profesional que cuentan con infraestructura física para prestar servicios de salud y que se encuentran habilitados. Para efectos del presente decreto, se incluyen los profesionales independientes de salud y los servicios de transporte especial de pacientes que se encuentren habilitados.

Red de prestación de servicios: Es el conjunto articulado de prestadores de servicios de salud, ubicados en un espacio geográfico, que trabajan de manera

organizada y coordinada en un proceso de integración funcional orientado por los principios de complementariedad, subsidiariedad y los lineamientos del proceso de referencia y contrarreferencia establecidos por la entidad responsable del pago, que busca garantizar la calidad de la atención en salud y ofrecer una respuesta adecuada a las necesidades de la población en condiciones de accesibilidad, continuidad, oportunidad, integralidad y eficiencia en el uso de los recursos.

Referencia y contrarreferencia: Conjunto de procesos, procedimientos y actividades técnicos y administrativos que permiten prestar adecuadamente los servicios de salud a los pacientes, garantizando la calidad, accesibilidad, oportunidad, continuidad e integralidad de los servicios, en función de la organización de la red de prestación de servicios definida por la entidad responsable del pago.

La referencia es el envío de pacientes o elementos de ayuda diagnóstica por parte de un prestador de servicios de salud, a otro prestador para atención o complementación diagnóstica que, de acuerdo con el nivel de resolución, de respuesta a las necesidades de salud.

La contrarreferencia es la respuesta que el prestador de servicios de salud receptor de la referencia, da al prestador que remitió. La respuesta puede ser la contra remisión del paciente con las debidas indicaciones a seguir o simplemente la información sobre la atención prestada al paciente en la institución.



Bibliografía

Congreso de Colombia. (9 de enero de 2007). *Regula la relación existente entre responsables del pago y prestadores de servicios de salud.* Recuperado de: www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/.../ley-1122-de-2007.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (07 de diciembre de 2007) *Por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo.* Recuperado de: www.ins.gov.co/normatividad/Decretos/DECRETO%204747%20DE%202007.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (14 de Agosto de 2008) *Por medio de la cual se definen los formatos, mecanismos de envío, procedimientos y términos a ser implementados en las relaciones entre prestadores de servicios de salud y entidades responsables del pago de servicios de salud, definidos en el Decreto 4747 de 2007.* Recuperado de: www.saludcapital.gov.co/documents/Resolucion_3047_2008.pdf

Ministerio de la Protección Social. (19 de diciembre de 2012) *Por medio de la cual se adiciona y modifica parcialmente la resolución 3047 de 2008 modificada por la resolución 416 de 2009. Recuperado de: www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/.../RIDE/.../Resolucion-4331-de-2012.pdf*

Ministerio de Salud y Protección Social. (6 de mayo de 2015) Procedimiento para el cobro y pago de servicios y tecnologías sin cobertura en el POS, suministrados a los afiliados al Régimen Subsidiado. Recuperado de: www.minsalud.gov.co/...Nuevo/Resolución%201479%20del%202015.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (26 de diciembre de 2016). *Por la cual se modifica el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC). Incluye los anexos técnicos.* Recuperado de: www.documentos/prensa/resolución%206408%20de%202016.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social (11 de abril de 2017). *Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015 modificada por la Resolución 5975 de 2016, que adoptó la Clasificación Única de Procedimiento en Salud — CUPS.* Recuperado de: www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/.../RIDE/DE/.../resolucion-1132-de-2017.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social (22 de mayo de 2017) P*or la cual se sustituye el Anexo 2 "Listado de Procedimientos en Salud del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC" de la Resolución 6408 de 2016 y se dictan otras disposiciones.* Recuperado de: www.scare.org.co/.../73-nuevo-listado-de-procedimientos-con-cargo-a-la-upc.pdf

Creative Commons



ATRIBUCIÓN, NO COMERCIAL, COMPARTIR IGUAL

Este material puede ser distribuido, copiado y exhibido por terceros si se muestra en los créditos. No se puede obtener ningún beneficio comercial y las obras derivadas tienen que estar bajo los mismos términos de licencia que el trabajo original.

SENA

Créditos

PROGRAMA	Facturación de los Servicios de Salud
NOMBRE DEL OBJETO	Inicios en la facturación en Salud en Colombia.
EXPERTO TEMÁTICO	Claudia Patricia Velásquez Orozco
DISEÑADORA GRÁFICA	Zulma Rocio Bravo Jimenez William Francisco Castiblanco Sierra
PROGRAMADORA	Zulma Milena Patiño Cárdenas
GUIONISTA Y PRODUCTOR DE MEDIOS AUDIOVISUALES	Héctor Salinas Castellanos
ASESORA PEDAGÓGICA	Yuri Alexandra Báez Roldan
LÍDER DE LA LÍNEA DE PRODUCCIÓN	Zulma Yurany Vianchá Rodríguez



Introducción a la Facturación del Sistema

General de Seguridad Social en Salud en Colombia.



Tabla de contenido

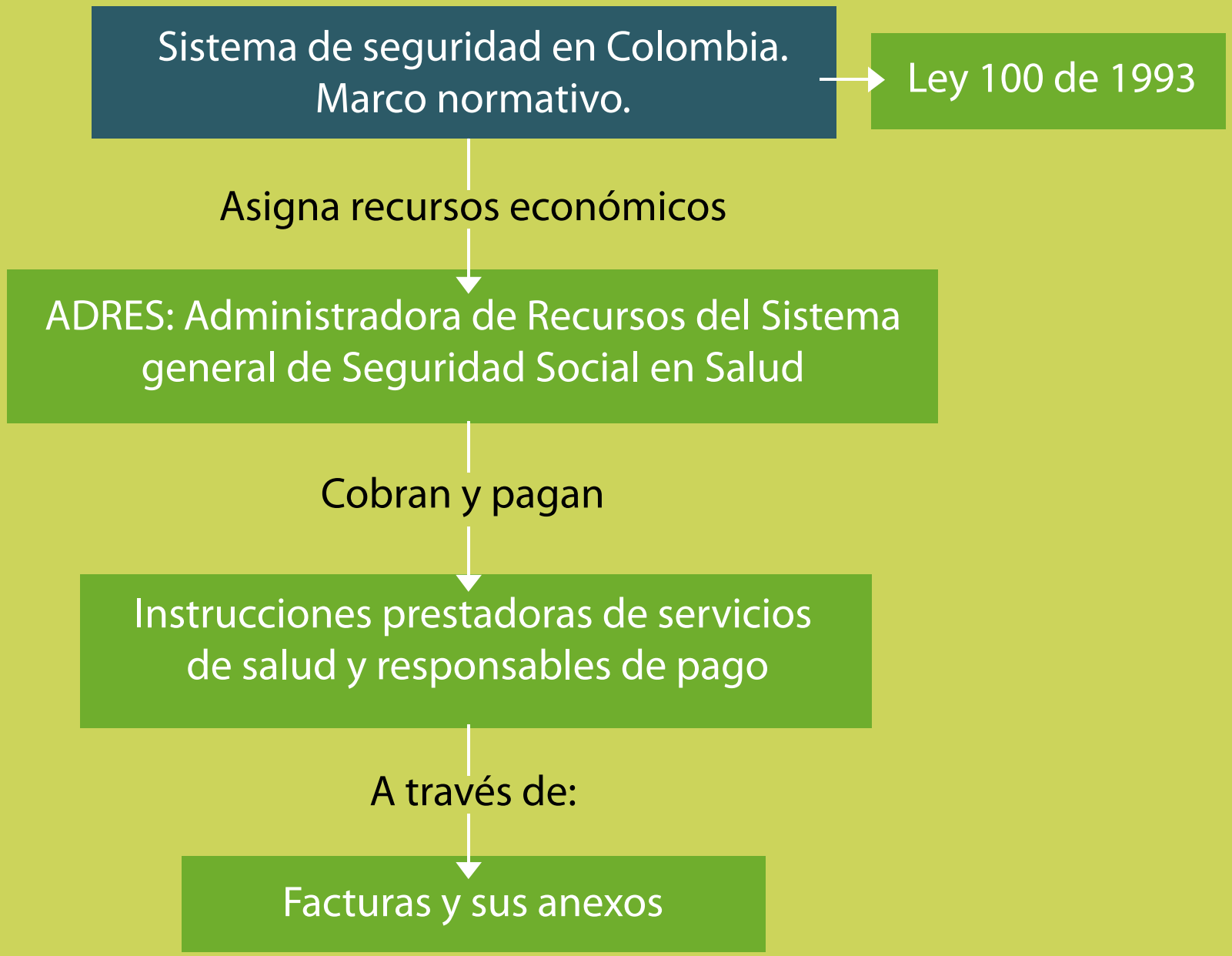
Introducción....3
Mapa conceptual....4
Acuerdo de voluntades Normatividad....5
Responsables de pago....7
Triage....7
RIPS Registro individual de prestación en salud....9
Historia clínica y custodia de la información....10
Glosario....11
Bibliografía....13
Creative commons....14
Créditos....15



Introducción a la Facturación del Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia.

Introducción

Actualmente las entidades prestadoras de los servicios de salud en Colombia deben garantizar calidad de sus servicios a sus usuarios como lo establece la Ley 100 de 1993; para esto es importante mejorar continuamente sus procesos de contratación con base en las normas actuales que rige el decreto 4747 de 2007 que define criterios para los acuerdos de voluntades.



(Fuente: SENA (2017))

1. Acuerdo de Voluntades Normatividad

El Estado Colombiano cuenta con diferentes reglas que establece las garantías para la realización de contrato o acuerdo de voluntades entre instituciones prestadoras de salud (IPS) y Empresas Promotoras de Salud (EPS) permitiendo el aseguramiento a los usuarios y la prestación de los servicios en salud correspondiente a la cada red de servicios.

Como normatividad principal se cuenta:

Resolución 3374 de 2000, mediante la cual se reglamentan los datos básicos que deben reportar los prestadores de servicios de salud y las entidades administradoras de planes de beneficios sobre los servicios de salud prestados.

El Decreto 4747 de 2007 del Ministerio de Salud y Protección Social que regula algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo.

El Congreso de Colombia el 9 de enero de 2007, regula la relación existente entre responsables del pago y prestadores de servicios de salud, cuanto atañe a las Entidades Promotoras de Salud EPS de ambos regímenes contributivo y subsidiado con la modalidad contractual que se adopte y el trámite en el caso de formulación de glosas.

En el año 2015, el Ministerio de Salud y Protección Social señala mediante la Resolución 1479 de 2015 el procedimiento para el cobro y pago de servicios y tecnologías sin cobertura en el POS, suministrados a los afiliados al régimen subsidiado.

En el año 2016 se crea la Resolución 6408 de 2016 del Ministerio de Salud y Protección Social. Por la cual se modifica el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC) y se incluyen los anexos técnicos. Igualmente se expide la Resolución 6411/2016 por la cual se fija el valor de la Unidad de Pago por Capitación - UPC para la cobertura del plan de beneficios en salud de los regímenes contributivo y subsidiado en la vigencia 2017 y se dictan otras disposiciones.

Nuevamente el Ministerio de Salud y Protección Social emite para implementación en el SGSSS la Resolución 1132 de 2017 a través de la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015 modificada por la Resolución 5975 de 2016, que adoptó la Clasificación Única de Procedimiento en Salud — CUPS (Código Único de Procedimientos en Salud).

En mayo de 2017 a través de la Resolución 1687 de 2017 del Ministerio de Salud y Protección Social sustituye el Anexo 2 "Listado de Procedimientos en Salud del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC" de la Resolución 6408 de 2016 y se dictan otras disposiciones.

El facturador desarrolla las competencias para identificar los tipos de acuerdos, para así cobrar los servicios prestados ante las Entidades responsables, según el decreto 4747 de 2007 se tiene en cuenta diferentes tipos de acuerdos de voluntades.

La relación contractual entre los prestadores y aseguradores se modifica automáticamente, de acuerdo con la dinámica de la actividad regulatoria.

Los acuerdos de voluntades son realizados entre los representantes legales de las IPS y las EPS, y tiene que ver con la contratación de los servicios en salud, para este caso se contemplan varios aspectos, como pueden ser:

- Término de duración.
- El valor.
- Información de la población objeto.
- Servicios contratados.
- Mecanismos y forma pago.
- Tarifas que deben ser aplicadas a las unidades de pago.
- Proceso y operación del sistema de referencia y contrarreferencia.
- Periodicidad en la entrega de información RIPS.
- Periodicidad y forma de auditoria.
- Mecanismos de interventoría o seguimiento.
- Mecanismos para la solución de conflictos.
- Mecanismos y términos para la liquidación.

Sin embargo el facturador siempre debe tener en cuenta todos los criterios para poder aplicar dicha factura según cada acuerdo, ya que puede haber varias clases de contratos según las diferentes aseguradoras. Los aplicativos que utilizan los responsables de pago están parametrizados con los valores pactados y a cobrar.

Tipos de acuerdos de voluntades por modalidad de pago:

Pago por capitación:	Pago anticipado de una suma fija que se hace por persona que tendrá derecho a ser atendida durante un periodo de tiempo, a partir de un grupo de servicios preestablecido. La unidad de pago está constituida por una tarifa pactada previamente, en función del número de personas que tendrían derecho a ser atendidas.
Pago por evento:	Mecanismo en el cual el pago se realiza por las actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos prestados o suministrados a un paciente durante un período determinado y ligado a un evento de atención en salud. La unidad de pago la constituye cada actividad, procedimiento, intervención, insumo o medicamento prestado o suministrado, con unas tarifas pactadas previamente.
Pago por caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico:	Mecanismo mediante el cual se pagan conjuntos de actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos, prestados o suministrados a un paciente, ligados a un evento en salud, diagnóstico o grupo relacionado por diagnóstico. La unidad de pago la constituye cada caso, conjunto, paquete de servicios prestados, o grupo relacionado por diagnóstico, con unas tarifas pactadas previamente.

2. Responsables de pagos - EAPB Empresas Administradoras de Planes de Beneficios.

Dentro de las EAPB se encuentran las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y Subsidiado, Empresas Solidarias de Salud, las aso - ciaciones mutuales en sus actividades de salud, las Entidades Promotoras de Salud Indígenas, las Cajas de Compen - sación Familiar en sus actividades de salud, las entidades que administren planes adicionales de salud, las entida- des obligadas a compensar, las entida- des adaptadas de salud, las entidades pertenecientes al régimen de excepción de salud y las universidades en sus acti- vidades de salud.

Las entidades responsables del pago de los servicios de salud deberán difundir entre sus usuarios la conformación de su red de prestación de servicios, para lo cual deberán publicar anualmente en un periódico de amplia circulación en su área de influencia el listado vigente de prestadores de servicios de salud que la conforman, organizado por tipo de servi- cios contratado y nivel de complejidad.

3. Sistema de selección y clasificación de pacientes en urgencias "Triage".

Imagen 1: Clasificación del Triage



Fuente: hospitalusaquen (2016)

El Ministerio de la Protección Social defi- nió un sistema de selección y clasifica- ción de pacientes en urgencias, denomi- nado "Triage", el cual será de obligatorio cumplimiento por parte de los prestado- res de servicios de salud que tengan ha- bilitados servicios de urgencias.

El facturador tendrá que verificar y tener en cuenta algunos de los siguientes pro- cedimientos, mediante diferentes me- dios teléfono, internet, bases de datos.

- **Verificación de derechos de los usua- rios.** La verificación de derechos de los usuarios es el procedimiento por medio

del cual se identifica la entidad responsable del pago de los servicios de salud. Se debe presentar, el documento de identificación del usuario (Registro civil, Tarjeta de Identidad, Cédula de ciudadanía, entre otros). Se debe digitar en la base de datos provista por los responsables del pago, o comprobador de derechos ADRES, Secretaría de Salud. Este procedimiento lo podrá hacer a través del documento de identidad. No podrán exigirse al usuario copias, fotocopias o autenticaciones de ningún documento.

El procedimiento de verificación de derechos será posterior a la selección y clasificación del paciente, "Triage" y no podrá ser causa bajo ninguna circunstancia para posponer la atención inicial de urgencias

- **El Informe de la atención inicial de urgencias.** Todo prestador de servicios de salud deberá informar obligatoriamente a la entidad responsable del pago, el ingreso de los pacientes al servicio de urgencias dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes al inicio de la atención. El informe de atención inicial de urgencias se realizará mediante el diligenciamiento y envío del anexo No 2 de la resolución 3047 de 2008.

- **Respuesta de autorización de servicios posteriores a la atención inicial de urgencias.** Las entidades responsables del pago de servicios de salud deben dar respuesta a las solicitudes de autorización de servicios establecidos en el anexo 4 de la resolución 3047 de 2008. La respuesta a la solicitud de autorización de servicios posteriores a la atención de urgencias, deberá darse por parte de la entidad responsable del pago, dentro de los siguientes términos:

a. Para atención subsiguiente a la atención inicial de urgencias: Dentro de las dos (2) horas siguientes al recibo de la solicitud.
b. Para atención de servicios adicionales: Dentro de las seis (6) horas siguientes al recibo de la solicitud.

- **Proceso de referencia y contrarreferencia.** El diseño, organización y documentación del proceso de referencia y contrarreferencia y la operación del sistema de referencia y contrarreferencia es obligación de las entidades responsables del pago de servicios de salud, quienes deberán disponer de una red de prestadores de servicios de salud que garanticen la disponibilidad y suficiencia de los servicios en todos los niveles de complejidad a su cargo, así como la disponibilidad de la red de transporte y comunicaciones. Con el fin de garantizar la calidad, continuidad e integralidad en la atención, es obligación de las entidades responsables del pago de servicios de salud la consecución de institución prestadora de servicios de salud receptora que garantice los recursos humanos, físicos o tecnológicos, así como los insumos y medicamentos requeridos para la atención de pacientes. La responsabilidad del manejo y cuidado del paciente es del prestador remisor hasta que ingrese en la institución receptora.

Cuando el transporte se realice en una ambulancia debidamente habilitada, que no dependa de la IPS remisora, la entidad que tiene habilitado el servicio de transporte será responsable de la atención durante el mismo, con la tecnología disponible de acuerdo con el servicio de ambulancia habilitado, hasta la entrega del paciente en la entidad receptora definida por la entidad responsable del pago.

Parágrafo. Las entidades responsables del pago de servicios de salud podrán apoyarse para la operación del proceso de referencia y contrarreferencia a su cargo, en los centros reguladores de urgencias y emergencias, para lo cual

deberán suscribir contratos o convenios según sea el caso.

4. Registro Individual de Prestación de Servicio de Salud. RIPS.

Por su parte los RIPS, Registro Individual de Prestación de Servicio de Salud, tal como quedó establecido en la Resolución 3374 de 2000 modificada por la Resolución 951 de 2002, "fija algunos lineamientos en relación con el Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud, RIPS". Y la Resolución 1531 de 2014, "por la cual se modifica la Resolución 3374 de 2000 en cuanto al mecanismo de transferencia de datos del Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) y su ámbito de aplicación:

En síntesis: "Es el conjunto de datos mínimos y básicos que el Sistema General de Seguridad Social en Salud requiere para los procesos de dirección, regulación y control, y como soporte de la venta de servicio, cuya denominación, estructura y características se ha unificado y estandarizado para todas las entidades. Los datos de este registro se refieren a la identificación del prestador del servicio de salud, del usuario que lo recibe, de la prestación del servicio propiamente dicho y del motivo que originó su prestación, diagnóstico y causa externa". Tomado de la Resolución 3374 de 2000.

El Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud, RIPS, está conformado por tres clases de datos:
- De identificación.
- Del servicio de salud propiamente dicho.
- Del motivo que originó su prestación.

Los datos de identificación son los de la entidad administradora del plan de beneficios, los del prestador del servicio y los de la transacción, reportados en una factura de venta de servicios.

Los datos del Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud, RIPS, son los relacionados con las consultas los procedimientos, el servicio de urgencia, de hospitalización y de medicamentos, las características de dichos datos y los valores para cada uno de ellos.

Los datos de consulta son aplicables a todo tipo de consulta, programada o de urgencia, médica general y especializada, odontológica general y especializada y las realizadas por otros profesionales de la salud.

Los datos de procedimientos son aplicables a todos ellos, trátese de procedimientos diagnósticos o terapéuticos, de detección temprana o de protección específica.

Los datos de hospitalización son los generados cuando haya lugar a ella, cualquiera sea el motivo que la origine, e incluye las consultas, procedimientos y estancias.

La transferencia de dichos datos se hará en archivos separados. Los datos correspondientes a la prestación individual de servicios de salud de urgencia, incluye las consultas, procedimientos y estancia en observación. La transferencia de dichos datos se hará en archivos separados. Los datos de recién nacidos corresponden individualmente a los de las condiciones y características al nacer de uno o más niños o niñas. Los datos de medicamentos están relacionados con la denominación y forma farmacológica de estos.

Los procesos informáticos para la generación y conservación de los RIPS son los siguientes:

Actualización: Consiste en el registro primario del dato, la modificación, la eli-

minación y el ingreso de estos a medios magnéticos o electrónicos.

Validación: Consiste en la verificación de los datos registrados, en términos de la correspondencia con la definición, estructura y características definidas en esta Resolución; la correspondencia con los valores y la referencia cruzada entre variables.

Organización: Consiste en el ordenamiento de los datos sobre los servicios individuales de salud que genera la institución de acuerdo con las estructuras estandarizadas que maneja el Sistema Integral de Información en Salud y que se establecen en esta resolución.

Administración de los datos: Consiste en la conservación, depuración y eliminación de la información en las bases de datos y en el establecimiento de los niveles de control y seguridad de los datos.

Transferencia de datos: Consiste en el envío de los datos, utilizando un medio de comunicación magnético o electrónico, que permita la actualización de los mismos entre las diferentes entidades.

Disposición de información: Consiste en la oferta de información de dominio público en medios masivos de comunicación.

Los archivos de datos deben identificarse con el tipo de archivo (dos caracteres), el número de la remisión de los datos (de uno a seis caracteres), para un nombre con un total máximo de ocho caracteres más la extensión del archivo que debe ser TXT.

Las cuentas sin RIPS no son radicadas para pagos, los archivos planos con la información correspondiente a los registros debe ser validada con el fin de optimizar el desembolso del recurso previa auditoria por parte del responsable de pago.

5. Historias clínicas y custodia de la información.

El referente de las historias clínicas de los usuarios se reglamenta con la Resolución 1995 de 1999 (julio 8) por la cual se establecen normas para el manejo de la historia clínica y la Resolución 839 de 2017 que tiene por objeto establecer el manejo, custodia, tiempo de retención, conservación y disposición final de los expedientes de las historias clínicas, así como reglamentar el procedimiento que deben adelantar las entidades del SGSSS-, para el manejo de estas en caso de liquidación.

Los facturadores deben basarse en lo que los datos que los profesionales de la salud hayan registrado a cerca del estado de salud del paciente.

La historia clínica que es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Dicho documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley.

Se entiende por estado de salud datos e informes acerca de la condición somática, psíquica, social, cultural, económica y medioambiental que pueden incidir en la salud de la persona.

Glosario

Acuerdo de voluntades: Es el acto por el cual una parte se obliga para con otra a dar, hacer o no hacer alguna cosa. Cada parte puede ser de una o varias personas naturales o jurídicas. El acuerdo de voluntades estará sujeto a las normas que le sean aplicables, a la naturaleza jurídica de las partes que lo suscriben y cumplirá con las solemnidades, que las normas pertinentes determinen.

Entidades responsables del pago de servicios de salud: Se consideran como tales las direcciones departamentales, distritales y municipales de salud, las entidades promotoras de salud de los regímenes contributivo y subsidiado, las entidades adaptadas y las administradoras de riesgos profesionales.

Epicrisis: Es el resumen de la historia clínica del paciente que ha recibido servicios de urgencia con observación o de hospitalización, con los contenidos y características que se definen en el anexo técnico de esta Resolución.

Modelo de atención: Comprende el enfoque aplicado en la organización de la prestación del servicio, la integralidad de las acciones, y la consiguiente orientación de las actividades de salud. De él se deriva la forma como se organizan los establecimientos y recursos para la atención de la salud desde la perspectiva del servicio a las personas, e incluye las funciones asistenciales y logísticas, como la puerta de entrada al sistema, su capacidad resolutiva, la responsabilidad sobre las personas que demandan servicios, así como el proceso de referencia y contrarreferencia.

Pago por capitación: Pago anticipado de una suma fija que se hace por persona que tendrá derecho a ser atendida durante un periodo de tiempo, a partir de un grupo de servicios preestablecido. La unidad de pago está constituida por una tarifa pactada previamente, en función del número de personas que tendrían derecho a ser atendidas.

Pago por evento: Mecanismo mediante el cual el pago se realiza por las actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos prestados o suministrados a un paciente durante un período determinado y ligado a un evento de atención en salud. La unidad de pago la constituye cada actividad, procedimiento, intervención, insumo o medicamento prestado o suministrado, con unas tarifas pactadas previamente.

Pago por caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico: Mecanismo mediante el cual se pagan conjuntos de actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos, prestados o suministrados a un paciente, ligados a un evento en salud, diagnóstico o grupo relacionado por diagnóstico. La unidad de pago la constituye cada caso, conjunto, paquete de servicios prestados, o grupo relacionado por diagnóstico, con unas tarifas pactadas previamente.

Prestación individual de servicios de salud: Todos los servicios de salud, sean éstos de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento o rehabilitación, que se presten como parte de un plan de beneficios del SGSSS, o por fuera de este.

Prestadores de servicios de salud: Se consideran como tales las instituciones prestadoras de servicios de salud y los grupos de práctica profesional que cuentan con infraestructura física para prestar servicios de salud y que se encuentran habilitados. Para efectos del presente decreto, se incluyen los profesionales independientes de salud y los servicios de transporte especial de pacientes que se encuentren habilitados.

Red de prestación de servicios: Es el conjunto articulado de prestadores de servicios de salud, ubicados en un espacio geográfico, que trabajan de manera organizada y coordinada en un proceso de integración funcional orientado por los principio de complementariedad, subsidiariedad y los lineamientos del proceso de referencia y contrarreferencia establecidos por la entidad responsable del pago, que busca garantizar la calidad de la atención en salud y ofrecer una respuesta adecuada a las necesidades de la población en condiciones de accesibilidad, continuidad, oportunidad, integralidad y eficiencia en el uso de los recursos.

Referencia y contrarreferencia: Conjunto de procesos, procedimientos y actividades técnicos y administrativos que permiten prestar adecuadamente los servicios de salud a los pacientes, garantizando la calidad, accesibilidad, oportunidad, continuidad e integralidad de los servicios, en función de la organización de la red de prestación de servicios definida por la entidad responsable del pago. La referencia es el envío de pacientes o elementos de ayuda diagnóstica por parte de un prestador de servicios de salud, a otro prestador para atención o complementación diagnóstica que, de acuerdo con el nivel de resolución, de respuesta a las necesidades de salud. La contrarreferencia es la respuesta que el prestador de servicios de salud receptor de la referencia, da al prestador que remitió. La respuesta puede ser la contra remisión del paciente con las debidas indicaciones a seguir o simplemente la información sobre la atención prestada al paciente en la institución receptora, o el resultado de las solicitudes de ayuda diagnóstica.



Bibliografía

Congreso de Colombia. (9 de enero de 2007). *Regula la relación existente entre responsables del pago y prestadores de servicios de salud*. Recuperado de: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-1122-de-2007.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (07 de diciembre de 2007) *Por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo.* Recuperado de: www.ins.gov.co/normatividad/Decretos/DECRETO%204747%20DE%202007.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (14 de Agosto de 2008) *Por medio de la cual se definen los formatos, mecanismos de envío, procedimientos y términos a ser implementados en las relaciones entre prestadores de servicios de salud y entidades responsables del pago de servicios de salud, definidos en el Decreto 4747 de 2007*. Recuperado de: www.saludcapital.gov.co/documents/Resolucion_3047_2008.pdf

Ministerio de la Protección Social. (19 de diciembre de 2012) *Por medio de la cual se adiciona y modifica parcialmente la resolución 3047 de 2008 modificada por la resolución 416 de 2009*. Recuperado de: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Resolucion-4331-de-2012.PDF

Ministerio de Salud y Protección Social. (6 de mayo de 2015) *Procedimiento para el cobro y pago de servicios y tecnologías sin cobertura en el POS, suministrados a los afiliados al Régimen Subsidiado.* Recuperado de: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Resolucion-1479-de-2015.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (26 de diciembre de 2016). *Por la cual se modifica el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC). Incluye los anexos técnicos.* Recuperado de: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%206408%20de%202016.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social (11 de abril de 2017). *Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015 modificada por la Resolución 5975 de 2016, que adoptó la Clasificación Única de Procedimiento en Salud — CUPS.* Recuperado de: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-1132-de-2017.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social (22 de mayo de 2017) *Por la cual se sustituye el Anexo 2 "Listado de Procedimientos en Salud del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC" de la Resolución 6408 de 2016 y se dictan otras disposiciones.* Recuperado de: http://achc.org.co/wp-content/uploads/2017/08/RESOLUCIO%CC%81N-No.1687-DE-2017-SUSTITUYE-LISTADO-PLAN-DE-BENEFICIOS.pdf

Creative Commons

ATRIBUCIÓN, NO COMERCIAL, COMPARTIR IGUAL

Este material puede ser distribuido, copiado y exhibido por terceros si se muestra en los créditos. No se puede obtener ningún beneficio comercial y las obras derivadas tienen que estar bajo los mismos términos de licencia que el trabajo original.

SENA

Créditos

PROGRAMA	Facturación de los Servicios en Salud
NOMBRE DEL OBJETO	Introducción a la Facturación del Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia.
EXPERTO TEMÁTICO	Claudia Patricia Velásquez Orozco
DISEÑADORES GRÁFICOS	Zulma Rocio Bravo Jimenez William Francisco Castiblanco Sierra
PROGRAMADORAS	Zulma Milena Patiño Cárdenas Claudia Marcela Lizarazo Lizarazo
GUIONISTA Y PRODUCTOR DE MEDIOS AUDIOVISUALES	Héctor Salinas Castellanos
ASESORA PEDAGÓGICA	Yuri Alexandra Báez Roldan
LÍDER DE LA LÍNEA DE PRODUCCIÓN	Zulma Yurany Vianchá Rodríguez



Liquidación
de los servicios de Salud.



Tabla de contenido

Introducción....3
Mapa conceptual....4
Normatividad....5
La factura....6
Tipos de usuarios y Planes de beneficios....7
Soportes físicos y digitales....10
Manuales tarifarios....13
Glosario....14
Bibliografía....16
Creativecommons....17
Créditos....18

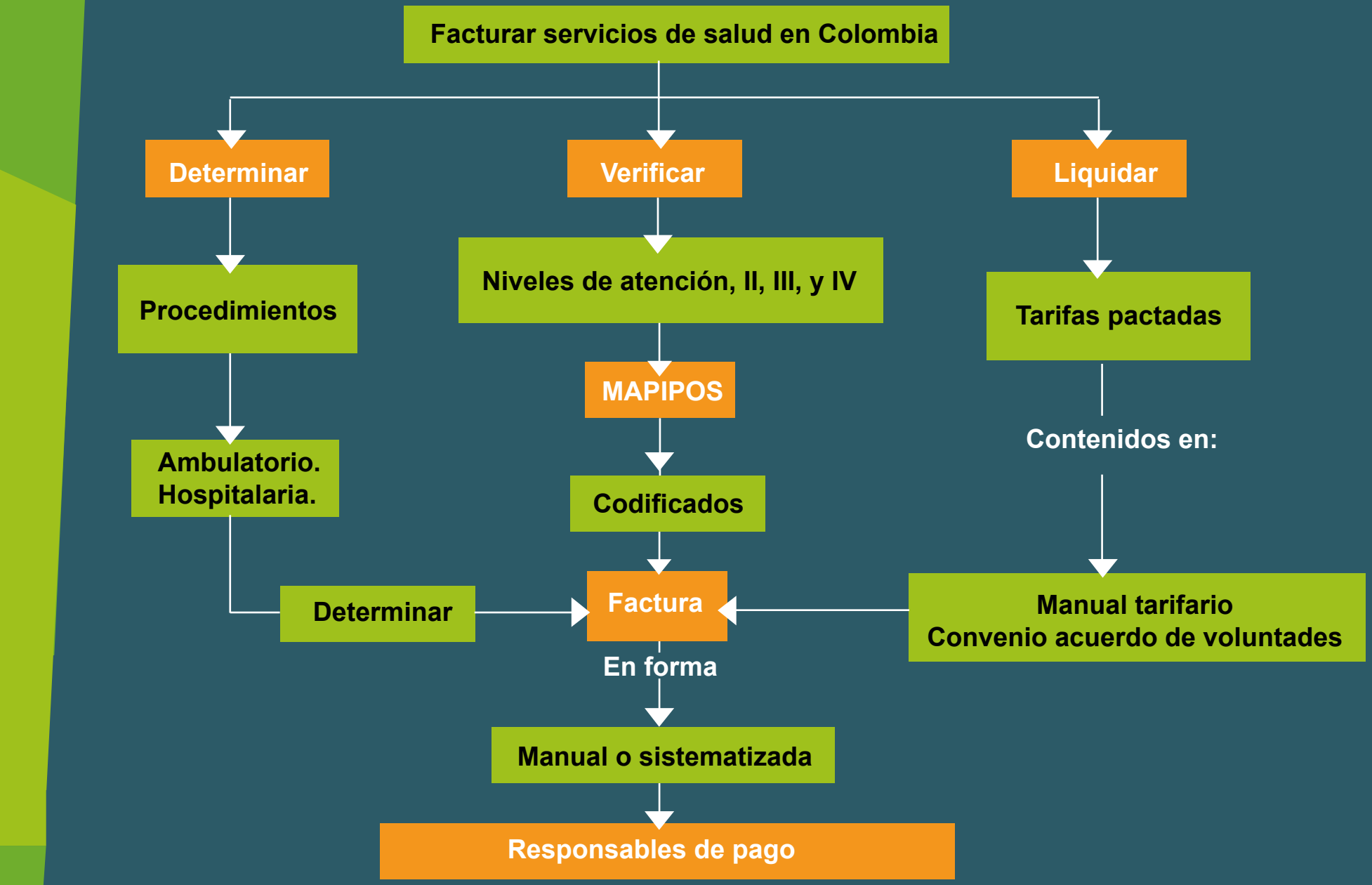


Liquidación
de los servicios de Salud.

Introducción

Como hemos venido estudiando, las Entidades Promotoras de Salud EPS en Colombia deben garantizar oportunidad y calidad de sus servicios a los usuarios como lo establece la Ley 100 de 1993 con todas sus modificaciones normativas, que no hacen más que complementar desde la jurisprudencia actualizaciones y anexos en pro de dar cobertura y accesibilidad a la población del territorio colombiano; para esto es relevante contar con procesos de contratación con base en las normas actuales que rige el decreto 4747 de 2007 y sus complementos normativos por lo cual existen criterios para los acuerdos de voluntades pactados y firmados entre las partes (Responsables de pago y prestadores de servicios de salud).

Mapa Conceptual



Fuente: SENA (2017)

Liquidación de los servicios de salud. Normatividad.

El Proceso de liquidación de servicios de salud está regulado por tratarse de un asunto de gran importancia para garantizar el adecuado desempeño financiero de cualquier institución del sector salud. Sin embargo, se debe tener en cuenta las modalidades de contratación, las tarifas pactadas, los manuales tarifarios entre otros factores.

Como normatividad principal se cuenta:

Decreto 2423 de 1996, por medio del cual se determina la nomenclatura y clasificación de los procedimientos médicos, quirúrgicos y hospitalarios del Manual Tarifario y se dictan otras disposiciones.

Acuerdo 256 de 2001, por el cual se aprueba el "Manual de tarifas" de la entidad promotora de salud del seguro social "EPS-ISS".

Resolución 5261 de 1994, por la cual se establece el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Resolución 3374 de 2000 por medio de la cual se reglamentan los datos básicos que deben reportar los prestadores de servicios de salud y las entidades administradoras de planes de beneficios sobre los servicios de salud prestados.

El Decreto 4747 de 2007 del Ministerio de Salud y Protección Social, que regula las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo.

Resolución 4678 de 2015, modificada por la Resolución 5975 de 2016, que adoptó la Clasificación Única de Procedimiento en Salud — CUPS (Código Único de Procedimientos en Salud)

CIE-10 Clasificación Internacional de enfermedades.

El personal de facturación requiere estar muy concentrado, altamente capacitado y entrenado para asumir con idoneidad y responsabilidad este cargo. En primer lugar debe conocer qué tipo de acuerdo fue realizado entre los actores del aseguramiento y la prestación del servicio de salud, ya que estos servicios pueden estar contratados según los diferentes manuales. Entre los más comunes encontramos a los manuales tarifario SOAT o manual tarifario ISS 2001.

El Plan Obligatorio de salud POS.

Incluye un conjunto de acciones de prevención de la enfermedad y de recuperación de la salud desde la medicina preventiva básica hasta diversos tratamientos de alta complejidad, entre ellos:

- Consulta: Medicina general y especializada.
- Odontología: Con excepción de ortodoncia, periodoncia y prótesis.
- Acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
- Atención inicial de urgencias.
- Diagnóstico: Laboratorio clínico, radiología, ecografías, medicina nuclear, resonancia electromagnética y escanografía.
- Hospitalización.
- Tratamientos quirúrgicos, en servicios de baja, mediana y alta complejidad.
- Apoyo terapéutico: Terapia física, respiratoria, ocupacional y del lenguaje.
- Suministro de medicamentos, entre otros.

El detalle de cada una de las actividades, procedimientos e intervenciones incluidos en el POS se encuentra contemplado en el Manual de Actividades,

Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud – Resolución 5261 de 1994.

Si dentro del acuerdo de voluntades se dispone que la facturación se debe hacer mediante el manual SOAT, es importante conocer lo siguiente:

El Decreto 2423 de 1996 determina la nomenclatura y clasificación de los procedimientos médico quirúrgicos y hospitalarios de manera céfalo- caudal y fija las tarifas establecidas en salarios mínimos legales diarios vigentes SMLDV, por consiguiente, cada año se actualizan estos valores. En la parte izquierda de las tarifas se encuentra el código correspondiente y al lado derecho se halla el grupo quirúrgico, aspectos éstos que se deben tener cuenta para poder liquidar un procedimiento.

Las entidades prestadoras de servicios de salud deben aplicar la liquidación de procedimientos cuando se trate de víctimas de accidentes de tránsito, desastres naturales, atentados terroristas, atención inicial de urgencias y los demás eventos catastróficos definidos por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

Existen grupos quirúrgicos que están numerados del 02 al 23. A cada grupo quirúrgico se le fija una porción de salario mínimo. Dentro de estos, podemos mencionar al médico cirujano, anestesiólogo y ayudante quirúrgico. Dentro de este grupo, se fijan los derechos de sala y los materiales de acuerdo con su nivel de complejidad; los demás procedimientos también están valorados con base al salario mínimo mensual legal vigente.
La liquidación de los servicios se inicia después de la atención prestada. A continuación se hace una descripción teniendo como base el Manual de Tarifas SOAT y de acuerdo con cada uno de los siguientes capítulos.

Capítulo I: Campo de aplicación (será de obligatorio cumplimiento para las IPS de salud pública y entidades privadas).
Capítulo II: Definiciones.
Capítulo III: Intervenciones y procedimientos médico-quirúrgicos, nomenclatura y clasificación según grupo quirúrgico.
Tarifas establecidas en Salarios Mínimos Legales Diarios Vigentes.
Capítulo IV: Servicios intrahospitalarios y ambulatorios, estancias, servicios profesionales, derechos de sala, materiales, suministros y equipos.

Ejemplo:

Estancia hospitalaria de 10 (Diez) días en habitación bipersonal.

Código	**Servicio prestado**	**Unidad**	**Valor Unitario**	**Valor Total**
38122	Estancia en habitación bipersonal	8.4 (Valor diario $ 24.590,56)	$206.600	$2.066.000=

En el manual ISS 2001, las actividades, intervenciones y procedimientos se encuentran codificados, por cuanto su ordenamiento lógico y detallado, es a su vez, un instrumento facilitador para la implantación ágil y oportuna, de la Clasificación Única de Procedimientos en Salud (CUPS).

El manual tarifario ISS está dividido en 5 capítulos los cuales están organizados de forma superior a inferior, es decir, de la cabeza a los pies (Céfalo caudal).

UVR es la "unidad de valor relativo constante" que califica la complejidad del procedimiento o intervención en términos de recursos humanos y tecnológicos necesarios para su realización, como tiempos quirúrgicos y de recuperación controles y riesgos para el paciente.

En la siguiente tabla, encontrará las unidades establecidas para la UVR mencionada en el manual tarifario, así:

Cantidad UVR	*Se multiplica por*	*Procedimiento a liquidar*
Según procedimiento se encuentra en el tarifario descrito.	$1270	Cirujano
	$960	Anestesiólogo
	$360	Ayudante
	Tarifario	Derechos de Sala
	Tarifario	Materiales

El Manual Tarifario ISS está organizado por:

- Sitio o región anatómica.
- Tipo de procedimiento.
- Nombre del procedimiento.
- Definición del procedimiento.

Sus capítulos son:

Capítulo I: Listado de intervenciones y procedimientos médico-quirúrgicos nomenclatura, clasificación y calificación en unidades de valor relativo (UVR).
Capítulo II: Exámenes, estudios y procedimientos clínicos de diagnóstico, tratamientos, nomenclatura, clasificación y tarifas.
Capítulo III: Servicios intrahospitalarios y ambulatorios, internación, servicios profesionales, derechos de sala, materiales, suministros y equipos.
Capítulo IV: Conjuntos de atención en salud por tarifa integral.
Capítulo V: Actividades, intervenciones quirúrgicas, procedimientos y atenciones.

El procedimiento para facturar con ISS 2001 es el siguiente:

A. Se ubica el código CUPS de la patología.

B. Se ubica el código del procedimiento a seguir y allí se toma el número de UVR que tiene y se multiplica por el valor correspondiente de acuerdo con la tabla anterior (cirujano, anestesiólogo, sala quirúrgica, ayudantía, materiales).

Ejemplo: Referencia: 07733 Código PB 471300 apendicectomía con drenaje de peritonitis generalizada sod UVR 140.

C. Para las salas de cirugía se verifica la cantidad de UVR que tiene el procedimiento y por el valor correspondiente de acuerdo con una tabla que se encuentra en el artículo 77 para el anterior, ejemplo: la UVR 140 , ejemplo; de 131 hasta 150 UVR $186.410 ; respecto a los materiales se encuentran en el Artículo 85, de 131 hasta 150 UVR $140.12.

D. En las intervenciones con más de 450 UVR los derechos de sala de cirugía se pagarán, de acuerdo con el valor que resulte de multiplicar el número de unidades del procedimiento realizado por $1.410; ejemplo: 140 x 1.410= $ 197.400.

E. Para facturar la estancia se busca a partir del Artículo 56 clasificando el nivel de la Institución IPS y el tipo de habitación utilizada y se toma el valor allí especificado. Ejemplo si fue atendido el paciente en complejidad mediana Código PB S11102 habitación bipersonal $48.910.

F. La suma de todos los ítems anteriores constituyen el valor total de la factura que será enviada a la EPS o Entidad responsable de pago.

G. Los laboratorios e imágenes diagnósticas se buscan en el manual de acuerdo con el código y se toma el valor que está especificado en el mismo.

Ejemplo código PB 903868 triglicéridos $5.170

Similitudes y diferencias de los manuales ISS 2001 Y SOAT

Manual SOAT	***Manual ISS***
Derecho de sala artículo 48: Se facturan procedimientos quirúrgicos graves. Si el paciente supera las 6 horas, se factura la unidad de cuidado intensivo UCI y la unidad de cuidado especial UCE al 50% dependiendo del grupo. **Procedimientos bilaterales:** Se factura al 50% adicional de acuerdo con el grupo quirúrgico, un procedimiento con el mismo especialista en distinta región de procedimiento o con un diferente especialista, se factura al 100% dependiendo del grupo. **Sala de parto:** Incluye todos los materiales para el parto, postparto y observación del recién nacido. Cuando el parto es por cesárea los derechos de sala de cirugía se factura de acuerdo con el grupo.	**Derecho de sala artículo 48:** No se factura procedimientos quirúrgicos cruentos. Si el paciente pos quirúrgico supera las 6 horas se factura sala de observación. **Procedimientos bilaterales:** Se factura al 75% adicional de las UVR, un procedimiento con el mismo especialista, con una vía de acceso, con una intervención o procedimiento, los demás procedimientos se facturan al 50%. **Sala de parto:** Incluye las unidades de trabajo del parto, post parto y observación del recién nacido **Sala de recuperación artículo 54:** Comprende los siguientes servicios: Dotación básica, los equipos con sus accesorios e implementos, uso de ropa reutilizable o desechable y la atención de enfermería, por eso se pagará las siguientes tarifas: Nivel I $26.705, nivel II $35.055, nivel III $42.125.

Sala de recuperación artículo 57: Un paciente pos quirúrgico que supere las 6 horas y se encuentre clasificado en grupos del 2 al 13 se le factura al 50%; en caso de cirugía ambulatoria y que supera las 6 horas se facturará el valor de una habitación de tres camas de acuerdo con la clasificación de la institución; esto en caso de que al paciente no se le haya asignado pieza para su hospitalización. Si el cirujano encargado decide que la recuperación debe ser en la UCI menor a 24 horas se factura 50% adicional. **Urgencia y consulta externa:** Los derechos de sutura o curaciones incluye uso de consultorio o sala instrumental, material de sutura y curaciones, asistencia local, servicio de enfermería, sala de sutura y sala de recuperación.	**Procedimiento ambulatorio:** Si el paciente supera las 6 horas, si se factura antes no. Si el cirujano decide que la recuperación debe ser en la UCI por un periodo inferior a 24 horas, se factura al 50% dependiendo del tipo de cama. **Derecho de sala especial:** Dependiendo el tipo de cama. Se rige por el artículo 50. Se factura únicamente cuando no se puede realizar el procedimiento en un consultorio **Derecho de sala urgencia artículo 52:** Se factura si pasa las dos horas de observación y es un valor diario; salas de observación nivel I, nivel II, nivel III, sala de sutura de heridas, sala de curaciones



Materiales artículo 55: Los materiales que superen el grupo del 20 al 23 se factura el consumo. Los materiales que necesita para procedimientos están incluidos en el artículo 52. Los materiales de sutura, curaciones, medicamentos, soluciones, oxigeno, agentes anestésicos se factura con el 39.305. En procedimientos bilaterales se facturan al 75% adicional establecido para el concepto de materiales de sutura, curaciones, drogas, medicamentos, soluciones, oxigeno, agentes anestésicos de acuerdo con el grupo. **Habitación artículo 47:** La estancia se reconoce hasta por 24 horas, cuando se garantice en forma integral todos los servicios establecidos en el art. 40 y 45. En caso de cualquier anomalía en el que no se suministre al paciente algún medicamento o material, su valor no podrá ser incluido.	**Materiales artículo 55:** Los materiales que superen las 170 UVR se facturan al consumo. Los procedimientos que se hagan en la sala especial, los materiales están incluidos en la sala artículo 51. Los materiales de sutura, curaciones, agentes y gases anestésicos utilizados en cualquier intervención, que estén en los artículos 45 y 50 se facturará 9.410. Los materiales que se encuentren en los artículos 21 y 45 se factura 2.065. **Procedimientos bilaterales:** Con menos de 170 UVR se reconocerá un 75% adicional por conceptos de material se sutura, curaciones, soluciones, oxigeno, gases y agentes anestésicos de acuerdo a las UVR **Habitación artículo 43:** La estancia son valores máximos cuando se garanticen en forma íntegra, todos los servicios determinados en el artículo 35 a 41.



Cuando la permanencia para el proceso de observación es menor a 6 horas se reconocerá los valores señalados. Si supera las 6 horas facturará habitación de 4 camas o más camas según el nivel de la institución. Cuando un paciente se encuentra en la sala de observación para el servicio de hidratación, los líquidos que consuma se reconocerán hasta por el precio comercial del catálogo a la venta al público. **Ambulancia:** Cada institución tiene precios establecidos para reconocer el pago del servicio de ambulancias, de acuerdo con los recorridos y tipo de ambulancia.	En caso de cualquier anomalía en que que no se suministre al paciente ningún medicamento o material su valor no podrá ser incluido. Al día del ingreso del paciente se factura cualquiera que sea el servicio de hospitalización, la hora de entrada y de salida del mismo en caso de que un paciente este enfermo a 24 horas en cualquier circunstancia de hospitalización se pagará la tarifa correspondiente a la estancia según el servicio que ocupó. Cuando el paciente por prescripción del médico es trasladado de un servicio a otro se factura la utilización de la más cara hospitalización.



• Consultas, PAG 94. • Consulta externa, PAG 94. • Consulta ambulatoria de medicina general, medicina especializada. • Consulta de urgencias. • Consulta de urgencias y sutura. • Consulta ambulatoria de medicina especializada, junta de médicos quirúrgica. • Consulta pre anestésica. • Atención diaria Intrahospitalaria PAG 106. • Atención diaria intrahospitalaria por el especialista tratante del paciente no quirúrgico u obstétrico, es decir, cuando el paciente no supera los 15 días de recuperación, no se factura. • Atención diaria intrahospitalaria por el especialista tratante del paciente quirúrgico u obstétrico.	**Ambulancia PAG 190** El manual tiene establecido los valores para cada tipo de ambulancia a "Ambulancia de traslado", traslado simple, traslado redondo. Tiene establecido el valor es de los recorridos. • Consultas PAG 165, artículo 47. • Consulta externa. • Consulta ambulatoria, de medicina general, consulta ambulatoria de médico especialista. • Consulta de urgencias. • Consulta de urgencias por médico general, consulta de urgencias por médico especialista. • Consulta pre-quirúrgica y/o intrahospitalaria, por el especialista de clínicas de urgencia. • Consulta pre anestesia. • Los servicios profesionales distintos a los anteriores pagarán conforme a lo estipulado en los artículos 44, 45 y 46.



• El paciente que supera los 15 días, se factura el tiempo que esté hospitalizado. **Nutrición parenteral o enteral:** Nutricionista con el 0.84, los medicamentos nutricionales y los elementos para aplicar esos medicamentos. **La actualización del manual:** Este manual se actualiza cada año teniendo en cuenta el salario mínimo legal vigente.	• Atención diaria Intrahospitalaria ART. 46 PAG. 163. • Atención diaria intrahospitalaria por el especialista tratante del paciente no quirúrgico obstétrico o quirúrgico en instituciones de complejidad. • Atención diaria intrahospitalaria por el médico general tratante del paciente no quirúrgico. • Es decir, el paciente que no supera los 15 días de recuperación no se factura. • Atención diaria intrahospitalaria por el especialista tratante del paciente quirúrgico. El paciente que supere los 15 días de recuperación, sólo se factura el tiempo que este hospitalizado.



	• **Nutrición parenteral o enteral:** El nutricionista se factura con el valor de 3740, más los medicamentos y productos de nutrición parenteral o enteral, y se factura los equipos necesarios para poder hacer los procesos de nutrición. • **La actualización del manual:** Este manual está con las tarifas del año 2000 por consiguiente, las entidades o partes le asignan un porcentaje a los valores que están en este manual. Las entidades cambian en determinados tiempos los porcentajes de los procedimientos.

Fuente: Alzate (2009)



Procedimientos ambulatorios y hospitalarios.

Los procedimientos médicos, son los indicados por un médico cirujano o un profesional de la salud autorizado y se pueden realizar tanto de manera ambulatoria como a través de la hospitalización del paciente.

Existen procedimientos que son ambulatorios, es decir, que no necesitan hospitalización. Los procedimientos médicos son prestaciones de salud (atenciones unitarias o en grupo) que se otorgan a un paciente para efectos diagnósticos, terapéuticos o quirúrgicos, los cuales implican el uso de equipamiento, instrumental, instalaciones y profesionales especializados, dependiendo de la complejidad del procedimiento y de las condiciones clínicas del paciente.

Los procedimientos ambulatorios se realizan habitualmente en una sala de procedimientos, y generalmente no utiliza la sala quirúrgica. Dentro de éstos se pueden mencionar, evaluaciones de fonoaudiología y electrocardiogramas. También, existen procedimientos que requieren de una preparación del paciente antes de su realización, tales como la administración de algún medio de contraste en el caso de los Scanner (según sea indicado), o la administración de algún anestésico o algún sedante, como es el caso de las colonoscopias o endoscopias. También se destacan: la instalación y manejo de la hemodiálisis en pacientes portadores de enfermedad renal crónica, o procedimientos odontológicos que se realizan en consultorio dental.

Los procedimientos hospitalarios, en cambio, requieren que el paciente sea ingresado al establecimiento para su realización, es decir, debe permanecer hospitalizado, tanto por una condición inherente al procedimiento como también por condiciones propias del paciente. Estos, pueden ser invasivos como no invasivos y requieren de equipamiento y personal altamente especializado para su realización, es decir, deben disponer de todos los recursos técnicos, clínicos y de infraestructura, como forma de prevención ante alguna complicación. Y al igual que los procedimientos ambulatorios, deben ser indicados por su médico tratante.

Los procedimientos o intervenciones quirúrgicas, en su mayoría requieren que el paciente sea ingresado al establecimiento donde se realizará la prestación correspondiente, ya que requieren de un establecimiento que sea capaz de dar soporte a la complejidad de la intervención, a la tecnología aplicada, al postoperatorio del paciente y en general, a todas las posibles complicaciones que se pudiesen presentar, tanto por la condición clínica del paciente, como por la envergadura de la cirugía. En la actualidad, gracias a los avances tecnológicos y de técnicas quirúrgicas, se dispone de intervenciones quirúrgicas mínimamente invasivas.

La factura como documento contable: Características, contenidos, datos básicos, aspectos contables.

El Código de Comercio Colombiano, en el artículo 772 define la factura como: "Un título valor legal que el vendedor o prestador del servicio podrá librar y entregar o remitir al comprador o beneficiario del servicio.".

Para que una factura sea legalmente válida y que pueda constituir un título valor, debe contener como mínimo los siguientes requisitos contenidos en el artículo 774 del código de comercio:

La factura deberá reunir, además de los requisitos señalados en los artículos 621 del presente Código y 617 del Estatuto Tributario Nacional o las normas que los modifiquen, adicionen o sustituyan, los siguientes:

- El prestador del servicio, deberá dejar constancia en el original de la factura, del estado de pago del precio o remuneración y las condiciones del pago si fuere el caso. A la misma obligación están sujetos los terceros a quienes se haya transferido la factura.

- No tendrá el carácter de título valor la factura que no cumpla con la totalidad de los requisitos legales señalados en el presente artículo. Sin embargo, la omisión de cualquiera de estos requisitos, no afectará la validez del negocio jurídico que dio origen a la factura.

- **Requisitos que debe cumplir una factura para efectos tributarios.**

Desde el punto de vista tributario, la factura debe cumplir con los requisitos establecidos en el artículo 617 del estatuto tributario:

- Estar denominada expresamente como factura de venta.
- Apellidos, nombre o razón social, NIT de quien presta el servicio.
- Apellidos y nombre o razón social y NIT del asegurador o responsable de pago.
- Llevar un número que corresponda a un sistema de numeración consecutiva de facturas de venta. (Expedido por la DIAN).
- Fecha de su expedición.
- Descripción específica de los servicios prestados.
- Valor total de la operación en números y letras.

Además de la factura, existen soportes que se deben anexar para el envío de la cuenta a la institución responsable del pago; dentro de estos están los siguientes:

- Detalle de cargos: Es la relación discriminada de la atención por cada usuario, teniendo en cuenta cada uno de los ítem(s).

- Autorización: Corresponde a la garantía para la prestación de un servicio de salud por parte de una entidad responsable del pago de un usuario.

- Resumen de atención o epicrisis: Resumen de la historia clínica del paciente que ha recibido servicios de urgencia, hospitalización y/o cirugía.

- Resultado de los exámenes de apoyo diagnóstico: Reporte que el profesional responsable hace de exámenes clínicos y paraclínicos. No aplica para apoyo diagnóstico contenido en los artículos 99 y 100 de la Resolución 5261 de 1994.

- Descripción quirúrgica: Corresponde todos los aspectos médicos ocurridos como parte de un acto quirúrgico, que recopile los detalles del o de los procedimientos.

- Registro de anestesia: Corresponde a la indicación de todos los aspectos médicos ocurridos como parte de un acto anestésico que incluye la técnica empleada y el tiempo requerido.

- Comprobante de recibido del usuario: Corresponde a la confirmación de prestación del servicio por parte del usuario, con su firma y/o huella digital (o de quien lo represente).

- Hoja de traslado: Resumen de las condiciones y procedimientos practicados durante el traslado en ambulancia de un paciente.

- Orden y/o fórmula médica: Documento en el que el profesional de la salud tratante prescribe los medicamentos y solicita otros servicios médicos, quirúrgicos y/o terapéuticos.

- Lista de precios: Documento que relaciona el precio en que el prestador factura los medicamentos e insumos a la entidad responsable del pago. Se debe adjuntar a cada factura sólo cuando los medicamentos e insumos facturados no estén incluidos en el listado de precios anexo al acuerdo de voluntades, o en los casos de atención sin contrato.

- Recibo de pago compartido: Recibo de tiquete, bono o vale de pago de cuotas moderadoras o copagos, pagado por el usuario a la entidad responsable del pago.

- Informe patronal de accidente de trabajo (IPAT): Formulario en el cual el empleador o su representante reporta un accidente de trabajo de un empleado, especificando las condiciones, características y descripción detallada en que se ha presentado dicho evento.

- Factura por el cobro al SOAT y/o Fosyga: Corresponde a la copia de la factura de cobro emitida a la entidad que cubre el seguro obligatorio de accidentes de tránsito - SOAT y/o a la subcuenta de eventos catastróficos y accidentes de tránsito del Fosyga por la atención de un paciente.

- Historia clínica: Es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Solo podrá ser solicitada en forma excepcional para los casos de alto costo.

- Hoja de atención de urgencias: Es el registro de la atención de urgencias.

Aplica como soporte de la factura, para aquellos casos de atención inicial de urgencias en los cuales el paciente no requirió observación ni hospitalización.

- Odontograma: Es la ficha gráfica del estado bucal de un paciente, y en la cual se van registrando los tratamientos odontológicos realizados. Aplica en todos los casos de atenciones odontológicas.

- Hoja de administración de medicamentos: Corresponde al reporte detallado del suministro de medicamentos a los pacientes hospitalizados, incluyendo el nombre, presentación, dosificación, vía, fecha y hora de administración.

Aplicativos de facturación.

En el mercado colombiano existen múltiples Software para uso del Sector Salud. Estas herramientas tecnológicas cumplen una función muy importante en el manejo especializado del sistema médico- administrativo, operativo y financiero para IPS públicas y privadas.

Las marcas comerciales o mejoras de sistemas propios se adecuan a la necesidad de cada institución, pero no hay establecido un sistema operativo específico para la facturación en Colombia. Sin embargo, el aplicativo adoptado debe cumplir con criterios de elaboración, revisión y aprobación del documento para así garantizar que se ha agotado el proceso de ingreso de información para las facturas, revisión de pertinencia médica y aprobación para generación y cobro.

Los soportes de la factura son indispensables y quedan digitalizados al elaborar la misma, también algunos sistemas operativos hacen interfaz con los reportes en Historia Clínica y según sea la profesión en el equipo médico se da el nivel de consulta o autorización de digitación, en todos los casos las anotaciones son identificadas por cada autor del registro.

Marcar la trazabilidad de cada factura hace que se evidencien buenas prácticas en el proceso de facturación y a su vez que se generen nuevas oportunidades de mejora para la misma.

Conocer cronológicamente el manejo de un usuario permite que las bases de datos de morbi- mortalidad estén actualizadas. Se puedan generar los reportes oportunamente para los entes de seguimiento y control y al interior de la institución para tomar decisiones de intervención temprana de la población atendida, cumpliendo así con el propósito del Sistema de Seguridad Social en Salud.

Registros contables.

Si nos referimos a los registros contables podemos mencionar diversos, pero para el caso concreto, nos vamos a enfocar en los costos ya que todas las actividades y procedimientos que generalmente se realizan en las Instituciones de Salud deben ser costeadas para así identificar cuál es la rentabilidad y rotación en la prestación del servicio, y estar al tanto con los porcentajes que se negocian en el proceso contractual.

La contabilidad de costos es una fase del procedimiento de contabilidad por medio del cual se registran, compendian, analizan e interpretan los detalles de costos del material, mano de obra y cargos indirectos que son los costos ajenos a la producción necesarios para producir y vender un artículo.

A la contabilidad de costos le interesa obtener una cifra que representa el costo de un producto manufacturado. Las razones más importantes por las cuales la gerencia de la empresa industrial necesita conocer los costos de un producto son:

- Valorizar los inventarios.
- Tomar decisiones de venta de un producto.
- Controlar de costos.

Los elementos del costo para estos casos son:

- Medicamentos, insumos.
- Mano de obra.

Generalmente en salud se clasifican en:

Costos Directos: Lo constituyen todos aquellos recursos consumidos directamente en la producción del servicio; ejemplo: Insumos, material y honorarios médicos.

Costos Indirectos: Son los recursos que son necesarios para desarrollar las actividades de producción, comercialización o apoyo, pero que no se puede identificar o medir exactamente; ejemplo: agua, teléfono, papelería.

Glosario

Acuerdo de voluntades: Es el acto por el cual una parte se obliga para con otra a dar, hacer o no hacer alguna cosa. Cada parte puede ser de una o varias personas naturales o jurídicas. El acuerdo de voluntades estará sujeto a las normas que le sean aplicables, a la naturaleza jurídica de las partes que lo suscriben y cumplirá con las solemnidades, que las normas pertinentes determinen.

Entidades responsables del pago de servicios de salud: Se consideran como tales las direcciones departamentales, distritales y municipales de salud, las entidades promotoras de salud de los regímenes contributivo y subsidiado, las entidades adaptadas y las administradoras de riesgos profesionales.

Epicrisis: Es el resumen de la historia clínica del paciente que ha recibido servicios de urgencia con observación o de hospitalización, con los contenidos y características que se definen en el anexo técnico de esta Resolución.

Modelo de atención: Comprende el enfoque aplicado en la organización de la prestación del servicio, la integralidad de las acciones, y la consiguiente orientación de las actividades de salud. De él se deriva la forma como se organizan los establecimientos y recursos para la atención de la salud desde la perspectiva del servicio a las personas, e incluye las funciones asistenciales y logísticas, como la puerta de entrada al sistema, su capacidad resolutiva, la responsabilidad sobre las personas que demandan servicios, así como el proceso de referencia y contrarreferencia.

Pago por capitación: Pago anticipado de una suma fija que se hace por persona que tendrá derecho a ser atendida durante un periodo de tiempo, a partir de un grupo de servicios preestablecido. La unidad de pago está constituida por una tarifa pactada previamente, en función del número de personas que tendrían derecho a ser atendidas.

Pago por evento: Mecanismo en el cual el pago se realiza por las actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos prestados o suministrados a un paciente durante un período determinado y ligado a un evento de atención en salud. La unidad de pago la constituye cada actividad, procedimiento, intervención, insumo o medicamento prestado o suministrado, con unas tarifas pactadas previamente.

Pago por caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico: Mecanismo mediante el cual se pagan conjuntos de actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos, prestados o suministrados a un paciente, ligados a un evento en salud, diagnóstico o grupo relacionado por diagnóstico. La unidad de pago la constituye cada caso, conjunto, paquete de servicios prestados, o grupo relacionado por diagnóstico, con unas tarifas pactadaspreviamente.

Prestadores de servicios de salud: Se consideran como tales las instituciones prestadoras de servicios de salud y los grupos de práctica profesional que cuentan con infraestructura física para prestar servicios de salud y que se encuentran habilitados. Para efectos del presente decreto, se incluyen los profe-

sionales independientes de salud y los servicios de transporte especial de pacientes que se encuentren habilitados.

Red de prestación de servicios: Es el conjunto articulado de prestadores de servicios de salud, ubicados en un espacio geográfico, que trabajan de manera organizada y coordinada en un proceso de integración funcional orientado por los principio de complementariedad, subsidiariedad y los lineamientos del proceso de referencia y contrarreferencia establecidos por la entidad responsable del pago, que busca garantizar la calidad de la atención en salud y ofrecer una respuesta adecuada a las necesidades de la población en condiciones de accesibilidad, continuidad, oportunidad, integralidad y eficiencia en el uso de los recursos.

Referencia y contrarreferencia: Conjunto de procesos, procedimientos y actividades técnicos y administrativos que permiten prestar adecuadamente los servicios de salud a los pacientes, garantizando la calidad, accesibilidad, oportunidad, continuidad e integralidad de los servicios, en función de la organización de la red de prestación de servicios definida por la entidad responsable del pago.

La referencia es el envío de pacientes o elementos de ayuda diagnóstica por parte de un prestador de servicios de salud, a otro prestador para atención o complementación diagnóstica que, de acuerdo con el nivel de resolución, de respuesta a las necesidades de salud.

La contrarreferencia es la respuesta que el prestador de servicios de salud receptor de la referencia, da al prestador que remitió. La respuesta puede ser la contra remisión del paciente con las debidas indicaciones a seguir o simplemente la información sobre la atención prestada al paciente en la institución receptora, o el resultado de las solicitudes de ayuda diagnóstica.

Prestación individual de servicios de salud: Todos los servicios de salud, sean éstos de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento o rehabilitación, que se presten como parte de un plan de beneficios del SGSSS, o por fuera de este.

UVR: es la "unidad de valor relativo constante" que califica la complejidad del procedimiento o intervención en términos de recursos humanos y tecnológicos necesarios para su realización, como tiempos quirúrgicos y de recuperación controles y riesgos para el paciente.



Bibliografía

Congreso de Colombia. (9 de enero de 2007). *Regula la relación existente entre responsables del pago y prestadores de servicios de salud.* Recuperado de: http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=22600

Ministerio de Salud y Protección Social. (07 de diciembre de 2007) *Por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo.* Recuperado de: www.minsalud.gov.co/Ministerio/Institucional/Paginas/mision-vision-principios.aspx

Ministerio de Salud y Protección Social. (14 de Agosto de 2008). P*or medio de la cual se definen los formatos, mecanismos de envío, procedimientos y términos a ser implementados en las relaciones entre prestadores de servicios de salud y entidades responsables del pago de servicios de salud, definidos en el Decreto 4747 de 2007.* Recuperado de: www.saludcapital.gov.co/documents/Resolucion_3047_2008.pdf

Ministerio de la Protección Social. (19 de diciembre de 2012). *Por medio de la cual se adiciona y modifica parcialmente la resolución 3047 de 2008 modificada por la resolución 416 de 2009.* Recuperado de: https://actualicese.com/normatividad/2012/12/19/concepto-253916-de-19-12-2012

Ministerio de Salud y Protección Social. (6 de mayo de 2015). *Procedimiento para el cobro y pago de servicios y tecnologías sin cobertura en el POS, suministrados a los afiliados al Régimen Subsidiado.* Recuperado de: www.minsalud.gov.co/sites/rid/paginas/freesearchresults.aspx?k=,-Ministerio%20de%20Salud%20y%20Protección%20Social.%206%20de%20mayo%20de%202015

Ministerio de Salud y Protección Social. (26 de diciembre de 2016). *Por la cual se modifica el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC). Incluye los anexos técnicos.* Recuperado de: www.minsalud.gov.co/sites/rid/paginas/freesearchresults.aspx?k=Ministerio%20de%20Salud%20y%20Protección%20Social.%2026%20de%20diciembre%20de%202016

Ministerio de Salud y Protección Social. (11 de abril de 2017). *Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015 modificada por la Resolución 5975 de 2016, que adoptó la Clasificación Única de Procedimiento en Salud — CUPS.* Recuperado de: www.minsalud.gov.co/sites/rid/paginas/freesearchresults.aspx?k=Ministerio%20de%20Salud%20y%20Protección%20Social%2011%20de%20abril%20de%202017

Ministerio de Salud y Protección Social. (22 de mayo de 2017). *Por la cual se sustituye el Anexo 2 "Listado de Procedimientos en Salud del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC" de la Resolución 6408 de 2016 y se dictan otras disposiciones.* Recuperado de: www.minsalud.gov.co/sites/rid/paginas/freesearchresults.aspx?k=Ministerio%20de%20Salud%20y%20Protección%20Social%20%2022%20de%20mayo%20de%202017



Liquidación
de los servicios de Salud.



Creative Commons



ATRIBUCIÓN, NO COMERCIAL, COMPARTIR IGUAL

Este material puede ser distribuido, copiado y exhibido por terceros si se muestra en los créditos. No se puede obtener ningún beneficio comercial y las obras derivadas tienen que estar bajo los mismos términos de licencia que el trabajo original.

SENA

Créditos

PROGRAMA	Facturación de los Servicios en Salud
NOMBRE DEL OBJETO	Liquidación de los servicios de Salud.
EXPERTO TEMÁTICO	Claudia Patricia Velásquez Orozco
DISEÑADORA GRÁFICA	Zulma Rocio Bravo Jimenez
	Wiilliam Francisco Castiblanco Sierra
PROGRAMADORA	Zulma Milena Patiño Cárdenas
GUIONISTA Y PRODUCTOR DE MEDIOS AUDIOVISUALES	Héctor Salinas Castellanos
ASESORA PEDAGÓGICA	Yuri Alexandra Báez Roldan
LÍDER DE LA LÍNEA DE PRODUCCIÓN	Zulma Yurany Vianchá Rodríguez


Facturación del Sistema General
de Seguridad Social de Salud en Colombia
Facturación
SENA



Tabla de contenido

Introducción.....3
Mapa conceptual.....4
Procesos, procedimientos, formatos, registros, trazabilidad de la factura.
Glosas, conceptos, tipos de glosa, gestión de glosas y devoluciones en cuentas.
Gestión de la cartera rotación, edad de la cartera, reportes de cartera.
Glosario.....11
Bibliografía.....13
Creative commons.....14
Créditos.....15



Facturación del Sistema General de Seguridad Social de Salud en Colombia

Introducción

El sistema establecido con la Ley 100 y sus actualizaciones obliga a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud IPS a facturar por la venta de los servicios prestados para recuperar los recursos invertidos en la atención de la salud de los usuarios y con ello garantizar su sostenibilidad financiera.

Es por esto, que las Instituciones Prestadoras de Salud, se ven obligadas a implementar un proceso de auditoría para evaluar la prestación del servicio y hacer un análisis posterior a la facturación de las cuentas enviadas al responsable de pago, verificando que todos los soportes se encuentren bien evidenciados y se puedan adoptar medidas correctivas en el fortalecimiento de las actividades administrativas correspondientes a la liquidación de los servicios de salud.

Por su parte, las entidades responsables de pago del sistema adoptan iguales medidas como incorporar las áreas de auditoria médica donde la parte administrativa se encarga de la operatividad de la revisión de las facturas y la parte medica se encarga de evaluar pertinencia desde su pericia y experticia para garantizar igualmente la calidad en la prestación de servicios y el cumplimiento óptimo de las atenciones.

Invitamos a todos los aprendices a conocer a continuación, algunos detalles que deben ser tenidos en cuenta, reiterándoles el compromiso de incorporar el lenguaje técnico de esta ocupación, Facturador en los servicios de Salud. Es necesario someternos a la normatividad vigente que está en constante actualización.



(Fuente: SENA (2017))

Procesos, procedimientos, formatos, registros, trazabilidad de la factura.

Existe en Colombia una normativa clara respecto al tema de glosas.

Como normatividad principal se cuenta con:

El Decreto 4747 de 2007 del Ministerio de Salud y Protección Social regula algunos aspectos de las relaciones que deben existir entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo.

La Resolución 3047 de 2008; anexo técnico No 6. Manual único de glosas, devoluciones y respuestas.

El Congreso de Colombia el 9 de enero de 2007 regula la relación existente entre responsables del pago y prestadores de servicios de salud, en lo concerniente a Entidades Promotoras de Salud EPS de ambos regímenes: Contributivo y Subsidiado, de acuerdo con la modalidad contractual que se adopte y el trámite que se surta en el caso de formulación de glosas.

Mediante la Resolución 3385 de 2011, publicada en el Diario Oficial No. 48.159 de 12 de agosto de 2011, "Por la cual se modifica el Anexo Técnico número 6 que forma parte integral de la Resolución 3047 de 2008".

En el año 2011 se crea la Ley 1438 que modifica el Trámite de Glosas, estableciendo en qué tiempos se debe realizar la objeción y las respuestas pertinentes.

Después de organizar el paquete de la cuenta médica, según criterios de cada entidad normalizados en los procedimientos y descritos en los acuerdos de voluntades, y de realizar el envío al ente pagador para radicación, la IPS debe seguir la trazabilidad de la factura hasta la cancelación de esta; en consecuencia se deben desarrollar los siguientes pasos:

- Se envía el paquete al responsable de pago entre el 1 y el 20 de cada mes, sin sobrepasar los seis (6) meses, asumiendo que entre más tarde se envíe la factura más tarde será el pago de la cuenta.

- El responsable del área financiera realiza el asiento contable en el software, a partir de la radicación de la cuenta de cobro ante el pagador, luego de lo cual se debe iniciar el seguimiento y acciones de cobro.

- Revisión de los reportes de tesorería referente a los pagos por, transferencia electrónica, consignaciones o cheque girados a la IPS.

Se programa visitas periódicas a las entidades responsables del pago de salud solicitándoles el pago y/o soportes de pagos.

- Se tiene que confirmar si efectivamente el pago fue realizado y si éste ingresó a la Institución.

- Al recibir la confirmación de los diferentes pagos, se debe hacer el respectivo registro contable (Descargar pagos, notas créditos, notas débitos y trámites de glosas).

- Se elabora el respectivo recibo de caja de acuerdo con cada una de las certificaciones de pagos que se hayan generado en la oficina de cartera de los pagos confirmados.

Por otra parte, la entidad responsable del pago, debe cumplir con los siguientes requisitos para la cancelación de la factura correspondiente al servicio prestado de su afiliado:

- El responsable del pago recibe las facturas o documentos equivalentes, presentados por los prestadores de servicios de salud, en medio físico y magnético.

- Se verifica en un primer momento que este cumpla con los requisitos de facturas o documento equivalente.

- Se valida que la información entregada cumpla con las especificaciones del contrato o normatividad vigente.

- Se confronta con el representante de la IPS y/o profesional, el listado y las facturas que se están radicando.

- Se radica los documentos de los Prestadores de Servicios de Salud, colocando sello a cada copia de la factura con el número de radicación y fecha en que se recibe las cuentas médicas.

- Se selecciona las cuentas médicas separando las facturas por el Prestador de Servicios de Salud, y en los casos que amerite, evaluar la pertinencia médica, la pertinencia administrativa y verificando por parte del analista o profesional.

- Se comprueba cuál es el objeto contractual y tarifas, y se constata que lo presentado en las facturas corresponda con lo realmente contratado con la respectiva IPS.

- Se realiza una lista de verificación indicando que los datos del paciente coincidan con los datos de la autorización, que las tarifas correspondan a las pactadas.

Glosas, conceptos, tipos de glosa, gestión de glosas y devoluciones en cuentas.

Autorización: Es la formalización a través de la emisión de un documento o la generación de un registro por parte de la entidad responsable del pago para la prestación de los servicios requeridos por el usuario, de acuerdo con lo establecido entre el prestador de servicios de salud y la entidad responsable del pago. En el supuesto caso, que la entidad responsable del pago no se haya pronunciado dentro de los términos definidos en la normatividad vigente, será suficiente el soporte de la copia de la solicitud enviada a la entidad responsable del pago, o a la dirección departamental o distrital de salud.

Respuesta a glosas y devoluciones: Se interpreta en todos los casos como la respuesta que el prestador de servicios de salud da a la glosa o devolución generada por la entidad responsable del pago.

Glosa: Es una no conformidad que afecta en forma parcial o total el valor de la factura por prestación de servicios de salud, encontrada por la entidad responsable del pago durante la revisión integral, que requiere ser resuelta por parte del prestador de servicios de salud.

Los motivos de glosa pueden ser por:

- **Facturación:** Se codifica con el número 1; se presenta la glosa por facturación cuando hay diferencias al comparar el tipo y cantidad de los servicios prestados con los servicios facturados, o cuando los conceptos pagados por el usuario no se descuentan en la factura (copagos, cuotas moderadoras, periodos de carencia u otros), o cuando se presenten los errores administrativos generados en los procesos de facturación definidos en el presente manual.

- **Tarifas:** Se codifica con el número 2; se glosas por tarifas, todas aquellas que se generan por existir diferencias al comparar los valores facturados con los pactados.

- **Soportes:** Se codifica con el número 3; se consideran glosas por soportes, todas aquellas que se generan por ausencia, enmendaduras o soportes incompletos o ilegibles.

- **Autorización:** Se codifica con el número 4; se aplican glosas por autorización cuando los servicios facturados por el prestador de servicios de salud, no fueron autorizados o difieren de los incluidos en la autorización de la entidad responsable del pago o cuando se cobren servicios con documentos o firmas adulteradas. Se consideran autorizadas aquellas solicitudes remitidas a las direcciones departamentales y distritales de salud por no haberse establecido comunicación con la entidad responsable del pago, o cuando no se obtiene respuesta en los términos establecidos en la presente resolución.

Dentro de los formatos de autorización están relacionados los siguientes:

- Anexo N°1: Inconsistencias en base de datos.
- Anexo N°2: Informe de la atención inicial de urgencias (24 horas /tres Intentos).
- Anexo N°3: Solicitud de autorización de servicios de salud (4 horas /3 intentos)
-Anexo N°4: Formato único de autorización de servicios. (5 días-2 días hábiles)
- Anexo N°5: Soportes de las facturas.
- Anexo N°6: Manual Único de Glosas, Devoluciones y Respuestas.
- Anexo N°7: Estándares de datos para los Anexos Técnicos 1, 2, 3 y 4.
- Anexo N°8: Registro conjunto de trazabilidad de la factura.
- Anexo N°9: Formato estandarizado de referencia de pacientes.
- Anexo N°10: Formato estandarizado de contra referencia de pacientes.
- Anexo N°11: Contenido de los avisos que obligatoriamente que deben publicar las entidades responsables del pago y los Prestadores de Servicios de Salud.

Cobertura: Se codifica con el número 5; se consideran glosas por cobertura, todas aquellas que se generan por cobro de servicios que no están incluidos en el respectivo plan, hacen parte integral de un servicio y se cobran de manera adicional o deben estar a cargo de otra entidad por no haber agotado o superado los topes.

Pertinencia: Se codifica con el número 6; se consideran glosas por pertinencia todas aquellas que se generan por no existir coherencia entre la historia clínica y las ayudas diagnósticas solicitadas o el tratamiento ordenado, a la luz de las guías de atención, o de la sana crítica de la auditoría médica. De ser pertinentes, por ser ilegibles los diagnósticos realizados, por estar incompletos o por falta de detalles más extensos en la nota médica o paramédica relacionada con la atención prestada.

Devoluciones: Se codifica con el número 8; que es una no conformidad que afecta en forma total la factura, encontrada por la entidad responsable del pago durante la revisión preliminar y que impide dar por presentada la factura.

Las causales de devolución son concretas y se refieren a falta de competencia para el pago, falta de autorización principal, falta de epicrisis, hoja de atención de urgencias u odontograma, factura o documento equivalente que no cumple requisitos legales, servicio electivo no autorizado, profesional que ordena no adscrito en el caso de servicios ambulatorios de carácter electivo, tutela, accidente de trabajo y enfermedad profesional ATEP y servicio ya cancelado. No aplica en aquellos casos en los cuales la factura incluye la atención de más de un paciente o servicios y sólo en una parte de ellos se configura la causal.

Respuestas a glosas o devoluciones: Se codifica con el número 9; las respuestas, glosas y devoluciones se deben interpretar en todos los casos como la respuesta que el prestador de servicios de salud da a la glosa o devolución generada por la entidad responsable del pago.

Sin embargo el manual único de glosas establece que la codificación está integrada por tres dígitos. El primero indica los conceptos generales, como lo determinamos, y los dos siguientes indican los conceptos específicos que se pueden dar dentro de cada concepto general.

Ejemplo: El código de tarifa es 2 y dos códigos específicos 29.

Es decir el código de la glosa es 229 que corresponde a Recargos no pactados y aplica cuando en la factura se adicionan cobros de recargos no pactados previamente entre la entidad responsable del pago y el prestador de servicios de salud.

Devolución: Es una no conformidad que afecta en forma total la factura por prestación de servicios de salud, encontrada por la entidad responsable del pago durante la revisión preliminar y que impide dar por presentada la factura. Las causales de devolución son taxativas y se refieren a falta de competencia para el pago, falta de autorización, falta de epicrisis, hoja de atención de urgencias u odontograma, factura o documento equivalente que no cumple requisitos legales, servicio electivo no autorizado y servicio ya cancelado. La entidad responsable del pago al momento de la devolución debe informar todas las diferentes causales de la misma.

- Usuario o servicios; corresponde a otro plan o responsable.
- Usuario retirado o moroso.
- Autorización principal no existe o no corresponde al prestador de servicios de salud.
- Ausencia del resumen de egreso o epicrisis, hoja de atención de urgencias u odontograma.
- Profesional que ordena no adscrito.
- Falta soporte de justificación para recobros.
- Falta del Informe atención inicial de urgencias.
- Factura no cumple los requisitos legales.
- Factura ya cancelada.

El trámite que establece la ley 1438 de 2011 respecto a los tiempos que se deben tener en cuenta son:

Las entidades responsables del pago de servicios de salud tendrán veinte (20) días hábiles siguientes a la presentación de la factura; durante este tiempo formularán y comunicarán a los prestadores de servicios de salud las glosas a cada factura, con base en la codificación y alcance definidos en la normatividad vigente. Una vez formuladas las glosas a una factura no se podrán formular nuevas glosas a la misma factura, salvo las que surjan de hechos nuevos detectados en la respuesta dada a la glosa inicial.

El prestador de servicios de salud deberá dar respuesta a las glosas presentadas por las entidades responsables del pago de servicios de salud, dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a su recepción, indicando su aceptación o justificando la no aceptación. La entidad responsable del pago, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la recepción de la respuesta, decidirá si levanta total o parcialmente las glosas o las deja como definitivas.

Si cumplidos los quince (15) días hábiles, el prestador de servicios de salud considera que la glosa es subsanable, tendrá

un plazo máximo de siete (7) días hábiles para subsanar la causa de las glosas no levantadas y enviar las facturas enviadas nuevamente a la entidad responsable del pago.

Los valores por las glosas levantadas total o parcialmente deberán ser cancelados dentro del mismo plazo de los cinco (5) días hábiles siguientes a su levantamiento, informando al prestador la justificación de las glosas o su proporción, que no fueron levantadas.

Todo registro debe estar consignado en actas que soporten las acciones de las personas, sus roles en la operación y sus identificaciones, de igual manera la fecha y los compromisos adquiridos en cada una de las reuniones sostenidas.

Toda la información se encuentra en el anexo 6, Manual de Glosas y Devoluciones de la Resolución 3047 de 2008 y será la bitácora de ahora en adelante para el proceso de facturación en una entidad perteneciente al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

El pasó a paso de los instructivos que pueden encontrar en www.supersalud.gov.co

Como nota actualizada se describe el "ADRES como Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud. El artículo 66 de la Ley 1753 de 2015, por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018, "Todos por un nuevo país", crea la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud-SGSSS (ADRES, por sus iniciales), con el fin de garantizar el adecuado flujo de los recursos del SGSSS e implementar los respectivos controles.

Los recursos que confluirán en la ADRES serán los que hoy día maneja el Fondo de Solidaridad y Garantía-FOSYGA, los del Fondo de Salvamento y Garantías para el Sector Salud-FONSAET, los que financian el aseguramiento en salud, entre otros.

En concordancia con lo aquí señalado, opera de forma similar al actual esquema de operación del FOSYGA, solo que, articulando más fuentes y usos de recursos, definidos por la ley, la ADRES recaudará, administrará y girará los recursos del SGSSS, optimizando los procesos.

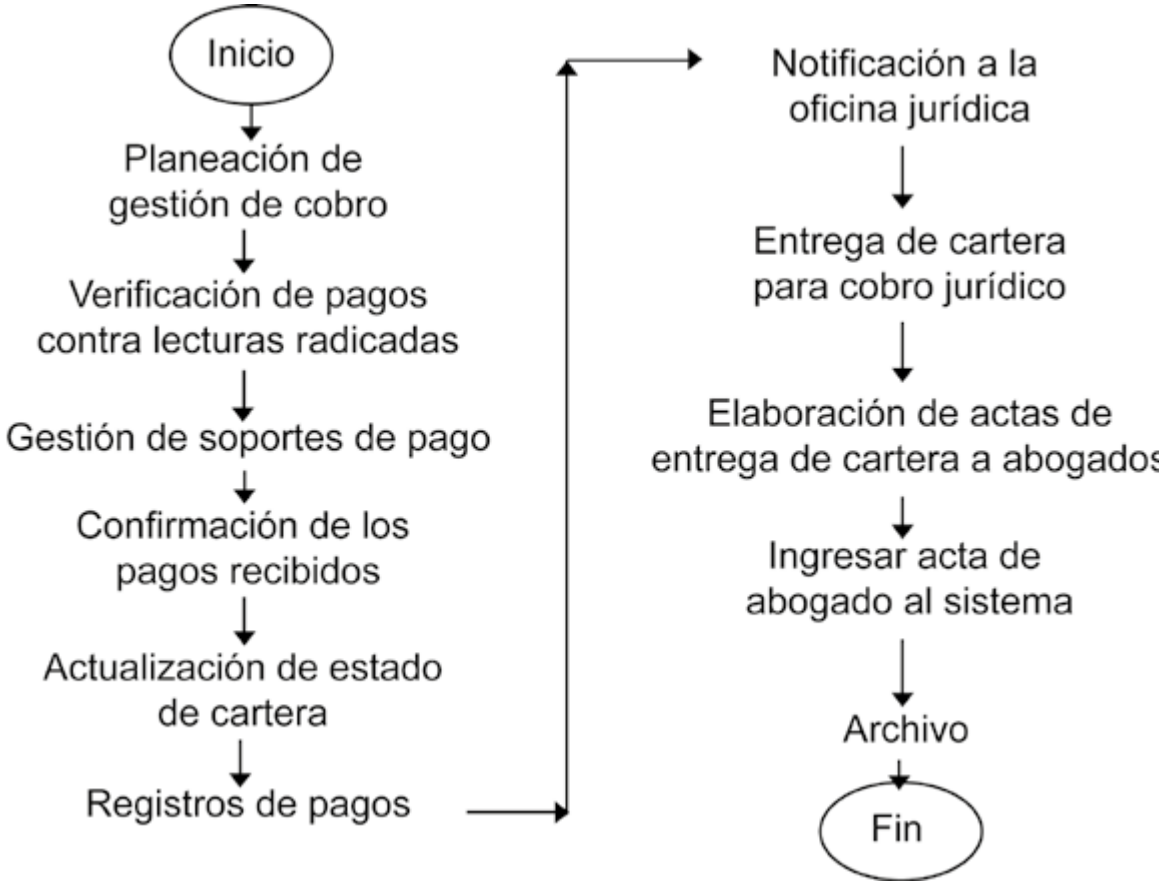
El Gobierno Nacional, mediante el Decreto 1429 de 2016, modificó la estructura de la ADRES; igualmente, el Decreto 546 de 2017, estableció el 1 de agosto de 2017 como fecha a partir de la cual entrará en operación ADRES.

En virtud de lo anterior, tal y como lo señala la ley, una vez entre en operación la ADRES, se suprimirá el FOSYGA."
Tomado del ABC de implementación del ADRES.

Según lo antes mencionado, nos encontramos en la actualidad en pleno proceso de implementación. Debemos estar preparados.

Gestión de la cartera rotación, edad de la cartera, reportes de cartera.

La Gestión de la cartera es muy importante en una empresa, y ésta se realiza con el ánimo de recuperar de manera pronta la inversión realizada como el capital de trabajo y garantizar liquidez de la entidad. Esta tarea debe ser trabajada de forma eficiente y responsable porque puede implicar la pérdida de recursos, puesto que se está financiando a los clientes con los recursos de infraestructura, talento humano y financiero propios.



En el flujograma anterior se describen las acciones para el cobro de cartera incluyendo el inicio de un cobro jurídico. La Institución Prestadora de un Servicio de Salud IPS tiene total libertad de utilizar todos los métodos legales disponibles para garantizar el cobro efectivo de su facturación radicada.

Las entidades después de prestar un servicio deben ejercer persuasión para recuperar esas cuentas por cobrar y clasificar el tiemplo de su cartera en 30, 60 y 90 días.

También existen cuentas de difícil cobro que se catalogan por este nombre por haber agotado todos los mecanismos implementados para el cobro.



Glosario

Acuerdo de voluntades: Es el acto por el cual una parte se obliga para con otra a dar, hacer o no hacer alguna cosa. Cada parte puede ser de una o varias personas naturales o jurídicas. El acuerdo de voluntades estará sujeto a las normas que le sean aplicables, a la naturaleza jurídica de las partes que lo suscriben y cumplirá con las solemnidades, que las normas pertinentes determinen.

Autorización: Es la formalización a través de la emisión de un documento o la generación de un registro por parte de la entidad responsable del pago para la prestación de los servicios requeridos por el usuario, de acuerdo con lo establecido entre el prestador de servicios de salud y la entidad responsable del pago. En el supuesto que la entidad responsable del pago no se haya pronunciado dentro de los términos definidos en la normatividad vigente, será suficiente soporte la copia de la solicitud enviada a la entidad responsable del pago, o a la dirección departamental o distrital de salud.

Conciliación: Mecanismo de solución de conflictos, en este caso entre el que cobra y paga la prestación del servicio de salud. A través del cual, dos o más personas gestionan por sí mismas la solución de sus diferencias, con la ayuda de un tercero neutral y calificado, denominado conciliador. Debe quedar registro de la acción a través de un acta.

Devolución: Es una no conformidad que afecta en forma total la factura por prestación de servicios de salud, encontrada por la entidad responsable del pago durante la revisión preliminar y que impide dar por presentada la factura. Las causales de devolución son taxativas y se refieren a falta de competencia para el pago, falta de autorización, falta de Epicrisis, hoja de atención de urgencias u odontograma, factura o documento equivalente que no cumple los requisitos legales, servicio electivo no autorizado y servicio ya cancelado. La entidad responsable del pago al momento de la devolución debe informar todas las diferentes causales de la misma.

Entidades responsables del pago de servicios de salud: Se consideran como tales las direcciones departamentales, distritales y municipales de salud, las entidades promotoras de salud de los regímenes contributivo y subsidiado, las entidades adaptadas y las administradoras de riesgos profesionales.

Epicrisis: Es el resumen de la historia clínica del paciente que ha recibido servicios de urgencia con observación o de hospitalización, con los contenidos y características que se definen en el anexo técnico de esta Resolución.

Glosa: Es una no conformidad que afecta en forma parcial o total el valor de la factura por prestación de servicios de salud, encontrada por la entidad responsable del pago durante la revisión integral, que requiere ser resuelta por parte del prestador de servicios de salud.

Historia Clínica (HC): Es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológica-

mente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Dicho documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley.

Modelo de atención: Comprende el enfoque aplicado en la organización de la prestación del servicio, la integralidad de las acciones, y la consiguiente orientación de las actividades de salud. De él se deriva la forma como se organizan los establecimientos y recursos para la atención de la salud desde la perspectiva del servicio a las personas, e incluye las funciones asistenciales y logísticas, como la puerta de entrada al sistema, su capacidad resolutiva, la responsabilidad sobre las personas que demandan servicios, así como el proceso de referencia y contrarreferencia.

Pago por capitación: Pago anticipado de una suma fija que se hace por persona que tendrá derecho a ser atendida durante un periodo de tiempo, a partir de un grupo de servicios preestablecido. La unidad de pago está constituida por una tarifa pactada previamente, en función del número de personas que tendrían derecho a ser atendidas.

Pago por evento: Mecanismo en el cual el pago se realiza por las actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos prestados o suministrados a un paciente durante un período determinado y ligado a un evento de atención en salud. La unidad de pago la constituye cada actividad, procedimiento, intervención, insumo o medicamento prestado o suministrado, con unas tarifas pactadas previamente.

Pago por caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico: Mecanismo mediante el cual se pagan conjuntos de actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos, prestados o suministrados a un paciente, ligados a un evento en salud, diagnóstico o grupo relacionado por diagnóstico. La unidad de pago la constituye cada caso, conjunto, paquete de servicios prestados, o grupo relacionado por diagnóstico, con unas tarifas pactadas previamente.

Prestación individual de servicios de salud: Todos los servicios de salud, sean éstos de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento o rehabilitación, que se presten como parte de un plan de beneficios del SGSSS, o por fuera de este.

Prestadores de servicios de salud: Se consideran como tales las instituciones prestadoras de servicios de salud y los grupos de práctica profesional que cuentan con infraestructura física para prestar servicios de salud y que se encuentran habilitados. Para efectos del presente decreto, se incluyen los profesionales independientes de salud y los servicios de transporte especial de pacientes que se encuentren habilitados.

Red de prestación de servicios: Es el conjunto articulado de prestadores de servicios de salud, ubicados en un espacio geográfico, que trabajan de manera organizada y coordinada en un proceso de integración funcional orientado por los principio de complementariedad, subsidiariedad y los lineamientos del proceso de referencia y contrarreferencia establecidos por la entidad responsable del pago, que busca garantizar la calidad de la atención en salud y ofrecer una respuesta adecuada a las necesidades de la población en condiciones de accesibilidad, continuidad, oportunidad, integralidad y eficiencia en el uso de los recursos.

Referencia y contrarreferencia: Conjunto de procesos, procedimientos y actividades técnicos y administrativos

que permiten prestar adecuadamente los servicios de salud a los pacientes, garantizando la calidad, accesibilidad, oportunidad, continuidad e integralidad de los servicios, en función de la organización de la red de prestación de servicios definida por la entidad responsable del pago. La referencia es el envío de pacientes o elementos de ayuda diagnóstica por parte de un prestador de servicios de salud, a otro prestador para atención o complementación diagnóstica que, de acuerdo con el nivel de resolución, de respuesta a las necesidades de salud.

La contrarreferencia es la respuesta que el prestador de servicios de salud receptor de la referencia, da al prestador que remitió. La respuesta puede ser la contra remisión del paciente con las debidas indicaciones a seguir o simplemente la información sobre la atención prestada al paciente en la institución receptora, o el resultado de las solicitudes de ayuda diagnóstica.

Registros específicos: Son los documentos en los que se consignan los datos e informes de un tipo determinado de atención y varía según el servicio que se presta.

Respuesta a Glosas y Devoluciones: Se interpreta en todos los casos como la respuesta que el prestador de servicios de salud da a la glosa o devolución generada por la entidad responsable del pago.

RIPS (Registro Individual de la Prestación de Servicio de Salud): Provee los datos mínimos y básicos que se requieren para hacer seguimiento al Sistema de Prestaciones de Salud en el SGSSS, en relación con el paquete obligatorio de servicios (POS y POSS).

Igualmente el objetivo del registro es facilitar las relaciones comerciales entre las entidades administradoras (pagadores) y las instituciones y profesionales independientes (prestadores) mediante la presentación del detalle de la factura de venta de servicios en medio magnético, con una estructura, que al ser estándar, facilita la comunicación y los procesos de transferencia de datos y revisión de cuentas, independientemente de las soluciones informáticas que cada prestador utilice.



Bibliografía

Congreso de Colombia. (9 de enero de 2007). *Regula la relación existente entre responsables del pago y prestadores de servicios de salud.* Recuperado de: http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=22600

Ministerio de Salud y Protección Social. (07 de diciembre de 2007) *Por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo.* Recuperado de: www.minsalud.gov.co/Ministerio/Institucional/Paginas/mision-vision-principios.aspx

Ministerio de Salud y Protección Social. (14 de Agosto de 2008). *Por medio de la cual se definen los formatos, mecanismos de envío, procedimientos y términos a ser implementados en las relaciones entre prestadores de servicios de salud y entidades responsables del pago de servicios de salud, definidos en el Decreto 4747 de 2007.* Recuperado de: www.saludcapital.gov.co/documents/Resolucion_3047_2008.pdf

Ministerio de la Protección Social. (19 de diciembre de 2012). *Por medio de la cual se adiciona y modifica parcialmente la resolución 3047 de 2008 modificada por la resolución 416 de 2009.* Recuperado de: https://actualicese.com/normatividad/2012/12/19/concepto-253916-de-19-12-2012

Ministerio de Salud y Protección Social. (6 de mayo de 2015). *Procedimiento para el cobro y pago de servicios y tecnologías sin cobertura en el POS, suministrados a los afiliados al Régimen Subsidiado.* Recuperado de: www.minsalud.gov.co/sites/rid/paginas/freesearchresults.aspx?k=,Ministerio%20de%20Salud%20y%20Protección%20Social.%206%20de%20mayo%20de%202015

Ministerio de Salud y Protección Social. (26 de diciembre de 2016). *Por la cual se modifica el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC). Incluye los anexos técnicos.* Recuperado de: www.minsalud.gov.co/sites/rid/paginas/freesearchresults.aspx?k=Ministerio%20de%20Salud%20y%20Protección%20Social.%2026%20de%20diciembre%20de%202016

Ministerio de Salud y Protección Social. (11 de abril de 2017). *Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015 modificada por la Resolución 5975 de 2016, que adoptó la Clasificación Única de Procedimiento en Salud — CUPS.* Recuperado de: www.minsalud.gov.co/sites/rid/paginas/freesearchresults.aspx?k=Ministerio%20de%20Salud%20y%20Protección%20Social%2011%20de%20abril%20de%202017

Ministerio de Salud y Protección Social. (22 de mayo de 2017). *Por la cual se sustituye el Anexo 2 "Listado de Procedimientos en Salud del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC" de la Resolución 6408 de 2016 y se dictan otras disposiciones.* Recuperado de: www.minsalud.gov.co/sites/rid/paginas/freesearchresults.aspx?k=Ministerio%20de%20Salud%20y%20Protección%20Social%20%2022%20de%20mayo%20de%202017

Creative Commons

ATRIBUCIÓN, NO COMERCIAL, COMPARTIR IGUAL

Este material puede ser distribuido, copiado y exhibido por terceros si se muestra en los créditos. No se puede obtener ningún beneficio comercial y las obras derivadas tienen que estar bajo los mismos términos de licencia que el trabajo original.

SENA

Créditos

PROGRAMA	Facturación de los Servicios en Salud
NOMBRE DEL OBJETO	Facturación del Sistema General de Seguridad Social de Salud en Colombia.
EXPERTO TEMÁTICO	Claudia Patricia Velásquez Orozco
DISEÑADORA GRÁFICA	Zulma Rocio Bravo Jimenez William Francisco Castiblanco Sierra
PROGRAMADORA	Zulma Milena Patiño Cardenas
GUIONISTA	Héctor Salinas Castellanos
Y PRODUCTOR DE MEDIOS AUDIOVISUALES	Dolly Esperanza Parra Lozano
ASESORA PEDAGÓGICA	Yuri Alexandra Báez Roldan
LÍDER DE LA LÍNEA DE PRODUCCIÓN	Zulma Yurany Vianchá Rodríguez