

El factor humano en la relación clínica. El binomio razón-emoción

Jaime Sanz Ortiz

*Magíster de Bioética. Universidad Complutense de Madrid.
Servicio de Oncología Médica y Cuidados Paliativos.
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Facultad de Medicina.
Universidad de Cantabria. Santander.*

Relación médico-paciente

El hombre no actúa movido principalmente por instintos genéticamente determinados sino que tiene la libertad de escoger por sí mismo. Está dotado de libre albedrío, de la extraordinaria capacidad de elegir. La dignidad humana es otra denominación de su capacidad de valorar y lo que para el hombre vale es lo que el hombre quiere¹. El hombre quiere a partir de lo que es, y a partir de lo que quiere, establece (subjetiva y objetivamente) sus valores. La voluntad entra a formar parte esencial en el proceso de selección; en otras palabras, la persona ejerce su autonomía.

Un siglo atrás, los mayores peligros que nos acechaban provenían de agentes externos: microbios, catástrofes naturales, hambre y accidentes. Hoy en día, los mayores peligros (la guerra, la contaminación o la inanición) surgen de nuestros propios sentimientos y motivaciones. En el pasado, el estudio de los valores pudo haber sido tema de preocupación y reflexión personal para llevar adelante una «vida decente». En el presente, se ha convertido en una cuestión de supervivencia. Si aceptamos que el estudio de los valores es una rama de la filosofía, ahora es el momento de intentar filosofar². Llamamos «valor» y concedemos valor a aquello que más nos interesa. A fin de cuentas es el interés aquello que une a los hombres, además de enfrentarlos en ocasiones. Tendría que ser sinónimo de creencias personales, en especial las relativas a lo «bueno», lo «justo» y lo «hermoso», creencias que nos impulsan a la acción, a cierto tipo especial de conducta en la vida con salud y la vida con enfermedad. Para Max Scheler (1874-1928) los valores son el contenido propio de una experiencia particular y constituyen el fundamento apriorístico «material» de la ética. Los valores objetivos son los sensibles (lo agradable y lo desagradable), los vitales (percepción afectiva-vital), los espirituales (estéticos, jurídicos y filosóficos) y los religiosos (lo santo). Los valores morales no tienen materia propia, sino que surgen en la experiencia emocional.

¿Cómo elegimos los valores? ¿Hasta qué punto estamos seguros de ellos? ¿Cómo llegamos a «saber» o «creer»? Según Lewis³, hay varias formas de «creer» o «saber» algo: la autoridad externa o la aceptación de la palabra de otro; el pensamiento deductivo o lógica deductiva que demuestre la coherencia de nuestra idea; la experiencia propia a través de los sentidos; la emoción o sensación de que algo es correcto; la intuición o pensamiento inconsciente pero no emotivo, y, por último, la ciencia que mediante el experimento verifica el resultado. Las emociones, la intuición, la lógica, la ciencia, las creencias y la experiencia son fuentes de información para el establecimiento de los valores humanos. El mundo occidental suele degradar el papel de las emociones

en la elección de los valores, considerándolas inferiores a la razón y al pensamiento. Los antiguos griegos consideraban que los seres humanos poseían dos mentes. Percibían una dicotomía entre la cabeza y el corazón, la mente y el alma, pero no consideraban que una fuese superior a la otra. Si bien alababan la razón, la lógica y la comprensión empírica, también reverenciaban las formas de inteligencia intuitiva, estética e imaginativa. Blaise Pascal (1623-1662) afirmaba que «el corazón tiene razones que la razón no conoce». David Hume (1711-1776) mencionaba que «la razón es esclava de la pasión (emoción)». Desde la Ilustración (Racionalismo francés y alemán) se ha creído que el hombre puede y debe guiarse únicamente por la razón pura. El objetivo del método racional es establecer la «verdad», es decir, la mayor concordancia posible entre lo que creemos y lo que efectivamente se da en la realidad. Los recientes descubrimientos biológicos apuntan a la necesidad de integrar la razón y la pasión. Las dos realidades, lo mental (función) y lo cerebral (estructura) son inseparables e interactúan. La ciencia moderna tiende a apoyar y desarrollar la idea de las dos mentes. El hemisferio izquierdo controla las actividades verbales, analíticas, racionales, conceptuales y lineales. El derecho interviene en las actividades no verbales, imaginativas, espaciales intuitivas y de percepción. La investigación de dos zonas específicas del cerebro, la amígdala y el neocórtex, ha arrojado mayor luz sobre la relación entre la razón y la emoción. La amígdala, o cerebro emocional, es más primitiva, mientras que el neocórtex, el cerebro racional, es casi recién llegado en la evolución y sólo se encuentra en los mamíferos. La amígdala actúa como centinela psicológico y es la responsable de nuestros actos impulsivos, y en ocasiones nuestro salvavidas. Cuando funciona sin la intervención del neocórtex podemos perder el control y «los papeles». Pero si el neocórtex actúa sin la pasión de la amígdala, la vida palidece⁴. Ni que decir tiene que las posibilidades de coincidencia en los valores y preferencias en cada uno de los 6.000 millones de habitantes actuales de la Tierra son muy pequeñas, por lo que tenemos que estar abiertos para entender, tolerar y aceptar las decisiones que los pacientes tomen en cada momento de su vida.

Una característica relevante del ser humano es su capacidad de modificar o cambiar sus valores. Sus preferencias no son estáticas a lo largo de su existencia, sino que están moduladas por la cultura, la razón, los sentimientos (emociones), la fe, la experiencia, la madurez, la salud y la enfermedad. Además, las creencias personales y los rasgos de personalidad son absolutamente diferentes. Somos entidades biopsicosociales con heridas emocionales, carencias afectivas y conflictos internos que influyen en nuestro grado de bienestar, armonía y equilibrio. Los sentimientos en ciertos momentos agitan el alma con fuerzas tan reales como las físicas. La persona sana se siente llena de vida con un montón de esperanzas y proyectos por realizar y, de repente, sin saber cómo ni por qué, todo se derrumba. Cuando

Correspondencia: Dr. J. Sanz Ortiz.
Avda. Valdecilla, s/n. 39008 Santander. Cantabria.

Recibido el 28-7-1999; aceptado para su publicación el 2-11-1999

Med Clin (Barc) 2000; 114: 222-226

enferma cambia su escala de valores, aprende a estimar cosas a las que antes no les dedicaba ni un segundo y cambia el sentido de su vida. Los profesionales permanecemos con frecuencia ajenos a esta dramática situación. «Una preocupación es como un sentido nuevo que se abre en nuestro espíritu, y que nos permite percibir mil cosas, ignoradas para el que pasa distraído al lado del problema que nos obsesiona» (Gregorio Marañón). Las expectativas del enfermo se centran en torno a aspectos emocionales, como, por ejemplo, que el facultativo recuerde su nombre. El médico suele referirse a la evolución de los síntomas y progresión de la enfermedad, pero difícilmente logra ahondar en los sentimientos del individuo. ¿Existe alguna directiva (*guidelines*) que contemple el estado emocional del paciente y oriente la actuación de los profesionales de la salud en relación con la toma de decisiones de la persona enferma? Sí, que no hay ninguna específica para todos. Hay que considerar en cada momento el punto de vista y preferencias de la persona capacitada y competente sin que la coincidencia con nuestro criterio sea destacable, salvaguardando siempre la libertad de conciencia en los casos en que la petición o decisión entre en conflicto con valores y derechos del profesional.

La relación entre médico (profesional de la salud) y paciente ha dejado de ser vertical, 100% paternalista, para incluir también la autonomía de la persona. Se ha horizontalizado. El poder se ha compartido. Pero no lleguemos al otro extremo, que es tan inadecuado como el anterior. En el punto medio está la virtud. La persona enferma tiene pensamientos, emociones, sentimientos, deseos y prioridades que modulan y cambian diariamente su equilibrio emocional y grado de bienestar. Un hospital se parece a un cuartel o una fábrica. Todos son lugares cerrados donde se entra para ser clasificado, vigilado, medido, curado, conformado y normalizado, protocolizado o ignorado; el paciente queda convertido en un miembro forzoso de la institución racionalmente codificada. ¿Cómo compaginar estas propiedades con la posibilidad de poder elegir uno mismo? ¿Son respetados los valores y preferencias personales? ¿El profesional de la salud es sensible a los cambios emocionales de las personas, identifica las necesidades emocionales y conoce cómo afrontarlas? Las cinco fuentes básicas del ser humano son: alimentación, respiración, descanso y relajación, sueño e impresiones mentales (emociones). Si el paciente presenta una fibrilación auricular con respuesta ventricular rápida, o una suboclusión intestinal por impactación fecal, o cualquier otro suceso de la esfera fisiobiológica, el hospital está preparado para resolver el problema con eficacia y sin dilación. Pero si la persona tiene emociones, como miedo, desesperanza, culpa, ira, depresión, ansiedad, soledad, rechazo o pena, ¿pueden ser atendidas con la misma diligencia? Probablemente no. ¿Cuáles son las razones? En primer lugar, no existe ningún instrumento de medida que identifique y cuantifique las emociones; no se refleja en los parámetros bioquímicos al uso ni en los medios de imagen (RNM, PET, TAC); escapan al control del laboratorio. No hay ningún signo objetivo externo que nos ayude a identificar la necesidad de compañía, consuelo, información, etc. La detección y tratamiento de los trastornos emocionales debe ser personalizada y vehiculizada a través de la persona que establezca una relación empática con el enfermo. Si para nosotros deseamos personas buenas, amables, leales y pacíficas, tratemos de ser así nosotros para los demás.

Lo que une a los seres humanos sin excepción son las emociones y sus manifestaciones: las lágrimas de alegría o aflicción, los impulsos amorosos o coléricos. ¿La alegría que siente una mujer de la selva amazónica al estrechar a su

hijo contra sí, difiere de la de una madre que habite en nuestras ciudades occidentales? Las emociones nos igualan, son nuestra dimensión humana común, son innatas, universales, muchas de ellas positivas y otras negativas, que siempre deben ser expresadas y oídas. Nadie puede curar su sufrimiento si no lo admite y lo expresa⁵.

Para entrar en el mundo de las emociones lo primero que tenemos que hacer es definir las. Los términos «motivo» y «emoción» se originan en la misma raíz latina *movere*, que significa mover. Impulsan a la acción, nos movilizan y modulan nuestra conducta. La motivación es un estado de desequilibrio interno (p. ej., la sed) que nos induce a tomar una medida o acción correctora (buscar algo para beber). La emoción comparte con la motivación el mismo mecanismo fisiológico en el que interviene el sistema nervioso central a través del hipotálamo. La causa final de la emoción es actualizar un cambio.

Existen algunas dicotomías a la hora de clasificar y distinguir las emociones. ¿Son activas o pasivas? ¿Corresponden a procesos neuroquímicos o simplemente son un fenómeno material? ¿Son racionales o irracionales? ¿Son voluntarias o involuntarias? Pueden activarse inconscientemente, sin pasar por el neocórtex, de forma automática por circuitos nerviosos subcorticales (amígdala y sistema límbico que activan el tálamo y sistema nervioso autónomo). En los circuitos corticales (hemisferios) está la razón, y en los subcorticales (amígdala) la emoción. La teoría psicológica biosocial defiende que las emociones tienen una raíz biológica importante que radica en los genes. La vida emocional está regulada por la interacción de las tendencias genéticas y los sistemas evaluativos, de creencias y experiencias adquiridas. La teoría constructivista asume que las emociones son «construidas» cognitivamente y derivan del aprendizaje social y de la experiencia. Se forman por la interacción de la persona con el medio ambiente que la rodea. Son producto de nuestros juicios y evaluaciones dentro del mundo cultural en que se vive. Antes de que el estímulo evoque una emoción se ha tenido que producir un juicio sobre la bondad o maldad de dicho estímulo por parte del receptor. De esta forma, la emoción puede ser el resultado de una reflexión. Las teorías psicológicas biosocial y constructivista están de acuerdo en que la cognición es un determinante importante de la emoción⁶. La terapia cognitiva puede emplearse como medio para el control emocional. El hecho de verbalizar «esta noche voy a dormir mejor y no tendré tanto dolor» ejerce un efecto positivo beneficioso. El principio de atracción funciona en positivo (pensamiento positivos evocan respuestas positivas y viceversa, pensamientos negativos atraen resultados del mismo signo) en sentido contrario a la ley de Murphy.

Los efectos neurofisiológicos de las emociones repercuten en la calidad de vida y en el grado de bienestar de quien las siente. Las negativas, como la ira y el pánico (miedo extremo), estimulan la producción de hormonas (ACTH, córtex adrenal), afectan a órganos internos (médula suprarrenal) innervados por el sistema nervioso autónomo provocando una descarga simpática que se traduce en valores altos de adrenalina (temblor, taquicardia, agitación, palidez, angustia, sudación). En una palabra, desencadenan una liberación masiva de las hormonas de estrés. Las positivas, como la alegría, la satisfacción personal, la paz interior o los logros conseguidos con el propio esfuerzo, producen sentimiento de «dominio» y de bienestar. Esta sensación es el resultado de la estimulación del sistema nervioso que libera sustancias estimulantes producidas por el propio cerebro (endorfinas y anandamidas) que actúan sobre sus propios receptores. La anandamida deriva del ácido araquidónico y

pertenece al sistema cannabinoide endógeno, que ha cobrado reciente interés como consecuencia del descubrimiento de receptores cannabinoides CB1 y CB2 y gracias al estudio de su amplia distribución en diversos núcleos y áreas cerebrales⁷. Las denominadas «hormonas del bienestar» (endorfinas y anandamidas) se ocupan también de mitigar el dolor y suavizar la tensión emocional. No producen efectos secundarios y son más eficaces que los narcóticos y ansiolíticos. Es necesario subrayar que el ejercicio físico, la risa, la felicidad y la ausencia de tensiones son liberadores de endorfinas y anandamidas. También el chocolate, tan apreciado por niños y mayores, contiene anandamidas. Los más positivistas piensan que las ideas, los sentimientos más profundos y las emociones son sólo un conjunto de corrientes eléctricas que circulan por circuitos de neuronas interconexadas. Algunos medios sensacionalistas han llegado a decir que las nuevas tecnologías, como la tomografía por emisión de positrones (PET), permiten «fotografiar el pensamiento».

Aparte de los efectos hormonales y neuroquímicos que las emociones provocan, éstas también afectan a nuestro sistema inmune. La psiconeuroinmunología estudia las interacciones mutuas entre el sistema nervioso central (comportamiento y actividad mental) y la función inmune. Las interconexiones entre estrés y sistema inmune fueron establecidas por Hans Selye en 1950, que observó un aumento de la susceptibilidad para las infecciones en animales sometidos a estrés. El estrés altera la respuesta inmune primaria y secundaria, la función de linfocitos B, T y NK⁸. Por otra parte, las personas que afrontan su enfermedad de forma positiva y toman un papel activo durante su tratamiento tienen una evolución más favorable⁹. Como resumen, concluimos que la higiene emocional y las emociones positivas facilitan la percepción y adaptación a la enfermedad, promueven el diálogo interno (intrapersonal), incrementan la calidad de vida, facilitan las relaciones interpersonales entre enfermo, equipo y allegados y, por último, mejoran el pronóstico. Sentir es detectar de un modo inmediato los estímulos sensoriales, y es un proceso puramente fisiobiológico. Percibir es interpretar e implica integración de información, establecimiento de categorías y reconocimiento. La percepción se elabora con la experiencia. Sentir, lo mismo que oír, es un proceso pasivo. Percibir y escuchar son procesos activos que implican a la propia persona en su elaboración. Las emociones participan en el modo de vivir y percibir la enfermedad. El conocimiento de la personalidad del enfermo/a, la escucha activa, la modificación del entorno y el mantenimiento de una higiene emocional adecuada permiten modificar la percepción de la enfermedad y atenuar su impacto negativo.

Las emociones tienen un papel importante en nuestra vida personal y social. Poseen funciones motivadoras y adaptativas. Influyen sobre la percepción, el aprendizaje, la memoria y la creatividad. La expresión de las emociones positivas produce empatía y altruismo. Las emociones se vuelven negativas cuando las interiorizamos ayudándonos con medicamentos (ansiolíticos) que facilitan la contención de nuestra ira, tristeza, culpabilidad, miedo, vergüenza. Ayudar a liberar las emociones negativas de la persona enferma constituye un objetivo de vital importancia en la actividad diaria de los profesionales de la salud. El hecho de compartir una carga ya es un paso para aligerarse de ella. Las emociones deben circular, entrar y salir, y si el circuito no funciona «el sistema se recalienta». La emoción inducida también afecta al aprendizaje, a la percepción y a la memoria. El proceso cognitivo se modula y se afecta por las emociones. Por ejemplo, las personas felices perciben en mayor número los

hechos positivos de la vida; los sujetos iracundos o deprimidos están más sensibilizados para los signos de hostilidad y de valor negativo. Si nuestro carácter es amigable y placentero sufriremos en menor grado los impulsos negativos del camino de la vida. Otra propiedad sobresaliente es que las emociones (positivas o negativas) son contagiosas. Se expanden y afectan al ambiente y a las personas que nos rodean. En el caso de una enfermedad incurable, la atmósfera que se respire tiene gran importancia e influencia en la percepción del problema y en la posible evolución del mismo. El pesimismo y el drama prenden con fuerza y rapidez, de la misma manera que una actitud objetiva pero «esperanzadora» puede mejorar mucho la situación. Si en una sala de recién nacidos uno se pone a llorar rápidamente los demás se contagian. Otro ejemplo muy conocido es el de la risa. Las emociones positivas facilitan la resolución de problemas creativos, ocupan mayor espacio en la memoria del sistema nervioso que las negativas, y pueden ser evocadas voluntariamente. Por ejemplo, el hecho de contraer los músculos faciales para intentar sonreír en una situación tensa evoca el sentimiento de la risa, ayudando a la relajación y disminución de la tensión. Charles Darwin (1809-1882), en su obra «The expression of the emotions in man and animals», afirma que una emoción voluntaria evoca el sentimiento emotivo correspondiente; por ejemplo: «sonríe cuando estés triste» y «silba una canción alegre cuando tengas miedo». Conociendo las características y propiedades de las emociones el profesional de la salud puede manejar constructivamente la situación creando unas expectativas con menor impacto negativo. ¿Cómo puede hacerlo? En primer lugar, identificando sus propios sentimientos (cansancio, derrota, agobio, estrés), facilitando la expresión de las emociones (disponibilidad, empatía y escucha) y haciendo sentir a la persona las posibilidades aún presentes. De esta forma se pueden evitar situaciones dramáticas como las crisis de pánico y los trastornos cognitivos agudos.

¿Cómo repercuten en la persona las emociones reprimidas? «No quiero preguntar por miedo» ..., y se queda con la incertidumbre. «No quiero dar un espectáculo» ..., y se traga las lágrimas. «¿Qué he hecho para merecer esto?» ..., y persiste la frustración. «Diría al doctor que yo también tengo mi orgullo» ..., y contenemos nuestro sentimiento. Éstos son algunos ejemplos de la práctica diaria. Estas emociones inhibidas actúan generando tensión permanente liberando en el sistema nervioso los mediadores ya mencionados. Como resultado de la interiorización crónica pueden surgir síntomas físicos, como pirosis gástrica, cefaleas, dolor de espalda, lesiones en la piel, etc. El individuo intenta mejorar la situación de dos maneras: una, consumiendo gran cantidad de energía para mantener cautivas las emociones inhibidas, lo que aumenta el desgaste y el cansancio, y otra, añadiendo medicamentos que intentan amortiguar la ansiedad e insomnio, lo que amplía el ya apretado menú farmacológico. La persona gasta toneladas de energía y de tranquilizantes para luchar contra reacciones naturales de efectos benéficos, a fuerza de atenuar la cólera, de negar el miedo o camuflar la tristeza. Todo ello conduce hacia un estado de malestar y depresión.

Las emociones son innatas y necesariamente positivas, puesto que hasta la cólera, el miedo o la tristeza aseguran nuestra supervivencia y adaptación frente a los problemas de la existencia; claro está, siempre y cuando las expresemos. Experimentar emociones es natural y humano. ¿Se puede concebir una existencia carente de alegría, amor, tristeza o cólera? No hay que pedir disculpas por llorar. Cada uno de nosotros tiene derecho a sentir emociones sin tener que justificarse por ello y a ser comprendido. Llorar es

una reacción que permite a nuestro organismo gestionar mejor los choques afectivos. Significa para el enfermo que algo se ha acabado y es consciente de ello, se libera del sentimiento de pena y elimina el estrés. «El dolor se desvanece y se exalta con las lágrimas» (Ovidio). La incompreensión, más que la imposibilidad de comprender, es la imposibilidad de sentir.

Con el término «persona» nos referimos a cada ser humano como «alguien» (no «algo») que es sujeto de acciones conscientes y libres. Las dimensiones del ser humano, como persona y como ser racional (inteligente), son varias y diferentes. La persona se concibe como una unidad de ser de distintos actos (sentir, pensar, querer y amar). La vida biológica está representada por el cuerpo o componente físico. El mantenimiento de sus funciones (respiración, alimentación, eliminación y reproducción) constituye el objetivo fundamental de la medicina. El cuerpo es el órgano donde se expresan los signos de enfermedad. La mente y los sentimientos dan contenido a su vida afectiva, psicológica o emocional. El hombre, en tanto ser social, tiene que establecer normas de convivencia y de relación sociofamiliar; tiene una vida relacional externa. Por último, el hombre también es espíritu, posee una vida interior de conexión consigo mismo, que cada persona orienta según sus creencias o pensamientos. Su vida interior, la cita diaria consigo mismo, el afrontar las preguntas ¿quién soy yo?, ¿de dónde vengo?, ¿a dónde voy?, ¿qué debo hacer?, ¿estoy satisfecho con lo que hago? constituyen la consciencia del ser y la realización de sí mismo. La vida afectiva, relacional y espiritual conforman «la vida biográfica» de la persona, única e irreplicable. La vida biológica sólo representa el 25% del ser humano como persona y es común y compartida por todos los seres humanos. El 75% restante corresponde a la vida biográfica, que siempre es distinta y específica para cada persona. La forma de vivir la enfermedad es diferente para cada individuo. Cuando la persona enferma, lo hace de forma integral, no en parcelas ni a plazos. Todos los componentes del ser humano quedan afectados y cada uno de ellos demanda sus propias necesidades. De tal forma que la enfermedad genera síntomas físicos como el dolor; síntomas psicoemocionales como el miedo, ansiedad, ira, depresión; necesidades espirituales como sentimientos de culpa, de perdón, de paz interior, y demandas sociales como consideración y no abandono. Todo tratamiento debe contemplar de forma integrada todas estas facetas, que son inseparables e imposibles de tratar aisladamente. Si nos circunscribimos a tratar sólo uno de los componentes ignorando los demás estaremos condenados a no ser eficaces. «Es tan importante conocer a una persona que tiene una enfermedad, cuanto conocer la enfermedad que la persona tiene» (William Osler). El cáncer de Pedro no sólo interesa a su pulmón sino también a sus sentimientos, emociones, relaciones sociales, autoestima, proyecto vital y paz interior. Los profesionales de la salud debemos tener presente este hecho y actuar indistintamente en los diferentes aspectos que tiene la enfermedad sin circunscribirnos exclusivamente al componente físico.

El buen funcionamiento de la vertiente física pasa por tener una vía de entrada (alimentación) adecuada con dieta equilibrada e ingesta de líquidos óptima, y una vía de eliminación permeable (orina, heces y CO₂). Si las entradas son deficitarias o si la eliminación se detiene, se producen la enfermedad y el malestar. En el aspecto emocional «la alimentación» incluye: dar y recibir afecto, recibir muestras de reconocimiento y ser apreciado, existir a los ojos de los demás, saberse comprendido, experimentar confianza en uno mismo (autoestima), no sentirse una carga y tener la contin-

gencia de compartir los sentimientos. La vía de «eliminación» consiste en tener la posibilidad de desahogarse, de dar libre curso a las manifestaciones emocionales y dejar que se «vacíen» hasta el final. Lo mismo que sucede en los aspectos biológicos, la disminución del flujo de entradas (atención, ternura, amor, esperanza, empatía, solidaridad) o la imposibilidad de liberar los productos de salida (llorar, chillar, agresividad, hacer ejercicio físico) conducen al deterioro de la calidad de vida. Después de hacer estas reflexiones nos damos cuenta de que todos los mortales, tanto sanos como enfermos, tenemos las mismas necesidades.

¿Qué hacer para mejorar nuestra efectividad en el campo de las necesidades emocionales? Las competencias emocionales implican cierto grado de dominio de los sentimientos, una cualidad que contrasta de forma notable con las aptitudes meramente cognitivas. Es el caso de las competencias que se requieren para establecer una adecuada *comunicación abierta*. En el núcleo de esta competencia se encuentran dos habilidades: la empatía (que supone la capacidad de interpretar los sentimientos ajenos) y las habilidades sociales, que permiten manejar diestramente esos sentimientos. La *empatía* consiste en darse cuenta de lo que sienten los demás sin necesidad de que lleguen a decirnoslo. Permite la sintonización emocional. El médico debe ser perito en el reconocimiento de las emociones, y escuchando tiene la posibilidad de hacerlo. La *escucha* es uno de los factores fundamentales de la empatía. El sufrimiento empático es muy común cuando nos hallamos profundamente conmovidos por el dolor de una persona que nos importa. Los médicos residentes se «endurecen» para poder hacer frente al sufrimiento empático y bromean sobre sus pacientes agonizantes como una forma de coraza emocional que les permite proteger su sensibilidad. Hay que anticiparse, reconocer y satisfacer las necesidades emocionales de uno mismo y de la persona enferma. Esta competencia aumenta, por un lado, el grado de satisfacción y fidelidad en el enfermo; por otro nos protege frente a los estímulos estresantes.

La *transmisión del estado de ánimo* es un procedimiento terapéutico muy útil que nos permite modular las emociones negativas, evocar las positivas y «abrir ventanas cuando se cierran puertas». Cada uno de nosotros influye en el estado de ánimo de los demás. Influir positiva o negativamente en el estado emocional de otra persona es algo perfectamente natural¹⁰. Las emociones son contagiosas. Las emociones del profesional de la salud, positivas o negativas, terminan afectando al enfermo. Las emociones constituyen un tipo de comunicación sumamente eficaz. La economía emocional es la suma total de los intercambios de sentimientos que tienen lugar entre las personas. Cada uno de nosotros contribuye a que los demás se sientan un poco mejor, o un poco peor, en una escala que va desde lo emocionalmente tóxico a lo nutritivo. Los sentimientos positivos se difunden más fácilmente que los negativos y sus efectos son más saludables, alentando la cooperación y el rendimiento terapéutico. La sonrisa es la más contagiosa de las señales emocionales, y el hecho de sonreír alienta los sentimientos positivos. El propio *autocontrol* del profesional de la salud es esencial para establecer una relación de apoyo eficaz. Permite identificar y gestionar las propias emociones y conocer nuestro estado de ánimo; previene la sobreimplicación o la insensibilidad lesiva; facilita el manejo de la incertidumbre y la dosificación de la información, y, por último, favorece el mantenimiento de una esperanza inteligente. Los médicos, enfermeras, psicólogos y demás profesionales de la salud tienen que poseer un bagaje amplio de conocimientos técnicos y saberes teóricos (material «duro») y adquirir las ha-

bilidades emocionales anteriormente descritas. Todo lo referente a la esfera de los sentimientos y las emociones (material «blando») tiene poco peso en los programas docentes universitarios. Tenemos que aprender a proteger al enfermo de nuestras propias emociones circunstanciales, como son el sentimiento de derrota, la pérdida de ilusión o simplemente el agotamiento que produce la labor diaria. Hay que saber transmitir seguridad y confianza en los momentos difíciles cuando nuestros recursos técnicos están agotados, pero siempre sin prometer lo que no se puede cumplir. La especialización ha fragmentado el conocimiento de la medicina y ha transformado en múltiple la relación clínica. La institucionalización de la práctica clínica ha deshumanizado las relaciones interpersonales. Es necesario recomponer el escenario de la relación clínica introduciendo la figura del médico de referencia para esa persona. El intercambio de información bidireccional, tanto técnica como emocional, estará entonces asegurado. El manejo adecuado del tono emocional puede reintroducir el factor humano en la relación clínica. La tarea de identificar y cuantificar las consecuencias de las intervenciones sanitarias no resulta fácil. En el ámbito sanitario, el término «utilidad» hace referencia al bienestar subjetivo o a la percepción individual de niveles de satisfacción. El empleo del apoyo emocional en la relación clínica tiene una doble utilidad. Protege al terapeuta contra estímulos estresantes y el enfermo mejora su adaptación a la enfermedad y a la calidad de vida.

¿Cómo se puede realizar el trabajo diario al menor coste emocional? El agotamiento o deterioro producido por la demanda excesiva de recursos físicos y emocionales que lleva consigo el ejercicio profesional se conoce con el nombre de «síndrome del quemado». El estrés mantenido conduce a la pérdida de autoestima (despersonalización), al agotamiento de los recursos personales (cansancio emocional = depresión), al bajo rendimiento laboral y al sufrimiento. La comunicación, la descarga emocional compartida (higiene emocional) y el trabajo en equipo mejoran la autoestima, permiten el apoyo mutuo y la sensación de gratificación externa.

Resumiendo, el camino (método) para alcanzar nuestro fin es el siguiente: comunicación → escucha → empatía (*sintonía*) → confianza (*vínculo*) → *intercambio* emocional (*feedback*) → higiene emocional (*desahogo*) → seguridad → mejora autoestima → cooperación → *efectividad*.

Los profesionales de la salud conocemos cómo funciona el hígado y demás órganos del paciente, pero ignoramos todo acerca de esa persona: sus preocupaciones, ilusiones, proyectos, prioridades y deseos. La enfermedad le ocurre siempre a alguien, a un individuo concreto, y por eso se reviste de individualidad, de familia y de relaciones sociales. El problema está en que el personal sanitario se ocupa de las dolencias físicas pero suele descuidar las reacciones emocio-

nales de sus pacientes. En ocasiones hay una gran disparidad entre las cosas que los enfermos «sienten» que les van bien y las que los científicos deciden que en realidad «son» buenas para ellos¹¹. El adiestramiento de la parte técnica es relativamente sencillo, pero resulta mucho más difícil enseñar a las personas a ser flexibles, íntegras, conscientes de sus emociones y diestras en sus relaciones interpersonales. El tratamiento eficaz de las emociones, la identificación de las propias y la detección de las del enfermo, a diferencia de lo que ocurre con el cociente intelectual, pueden mejorar a lo largo de la vida. La madurez y la experiencia nos hacen más inteligentes con respecto a nuestras emociones y relaciones interpersonales. El precio que hay que pagar para conseguir los objetivos es la excedencia del «tiempo» y del «espacio» necesarios. Tiempo para escuchar sin prisa y lugar para mantener una entrevista privada. Tiempo para autorreflexionar, para evaluar resultados y para modificar nuestras actitudes. La disponibilidad de tiempo y espacios privados son bienes escasos en la actividad diaria de los profesionales sanitarios. El hombre está en continuo cambio y proceso de formación, la posibilidad de mejora está invariablemente presente. «No es la razón, sino el sentimiento quien conduce al hombre a la cumbre de su destino; el espíritu se eleva por el sufrimiento, y el deseo más aún que la inteligencia» (Alexis Carrel).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Savater F. El amor propio y la fundamentación de valores. En: Savater F, editor. Ética como amor propio. Barcelona: Grijalbo Mondadori, 1998; 23-35.
2. Scott Peck M. Prólogo. En: Lewis H, editor. La cuestión de los valores humanos. Barcelona: Gedisa, 1998; 11.
3. Lewis H. Las seis formas en que elegimos los valores. En: Lewis H, editor. La cuestión de los valores humanos. Barcelona: Gedisa, 1998; 22-33.
4. Wilks F. Relación entre razón y emoción. En: Wilks F, editor. Emoción inteligente. Barcelona: Planeta, 1999; 31-37.
5. Zarai R. Las emociones: nuestro camino hacia la confianza. En: Zarai R, editor. Las emociones que curan. Barcelona: Nueva Era. Martínez Roca 1996; 21-34.
6. Emotion. Encyclopedia Britannica CD 98. Chicago, USA: Multimedia Edition International Version, 1997.
7. Flórez J. Bases neuroquímicas de la mente. En: García-Porrero JA, editor. Genes cultura y mente. Santander: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Cantabria, 1999; 39-65.
8. Biondi M, Kotzalis GD. Psychoneuroimmunology to day: current concepts and relevance to human disease. En: Lewis CE, O'Sullivan C, Barracough J, editores. The psychoimmunology of cancer. Mind and body in the fight for survival. Oxford: Oxford University Press, 1994; 3-36.
9. Sabbioni Marzio E. Cancer and stress: a posible role for psychoneuroimmunology in cancer research? En: Cary L, Cooper CL, Watson M, editores. Cancer and stress. Inglaterra: John Wiley & Sons Chichester, 1991; 3-27.
10. Goleman D. Las artes de la influencia. En: Goleman D, editor. La práctica de la inteligencia emocional. Barcelona: Kairós, 1998; 227-272.
11. Sanz Ortiz J. ¿Qué aprendemos de los enfermos? Humana 1998; 2: 38-44.