

# Hacia el aprendizaje de emociones y sistemas motivacionales en la relaci3n asistencial

Xavier Cl3ries, Miguel 1ngel Raya, Eduardo Kronfly, Joan Josep Escoda y Carme Cases

Institut d'Estudis de la Salut. Barcelona.

Las emociones, la motivaci3n y los sistemas motivacionales se hallan presentes en cualquier encuentro establecido entre un profesional de la salud y la persona que consulta; la habilidad en el enfoque de tales aspectos influir1 en la calidad final del trabajo asistencial. El presente art3culo pretende se1alzar la importancia de favorecer el aprendizaje de la gesti3n emocional en la relaci3n asistencial desde una visi3n posmoderna o constructivista (nueva perspectiva para abordar las relaciones humanas), en respuesta a los antiguos paradigmas modernistas o positivistas vigentes desde el siglo XIX. Desde esta visi3n propuesta y a partir de la experiencia asistencial, los autores exponen diferentes tipos de interrelaciones que los profesionales de la salud pueden establecer en la pr1ctica asistencial y la necesidad de reflexionar sobre el significado de ser un profesional de la salud. El material que sigue ha servido a los autores para dise1nar un seminario formativo.

Palabras clave:  
*Aprendizaje emocional. Sistemas motivacionales. Relaci3n asistencial.*

Towards learning emotions and motivational systems in clinical practice

Emotions, motivation and motivational systems are present in all encounters between health professionals and individuals seeking healthcare; skill in the approach to these aspects affect the final quality of clinical work. The present article aims to highlight the importance of encouraging the learning of these aspects in clinical practice from the point of view of postmodernism or constructivism (a new perspective in the approach to human relationships) in response to the old paradigms such as modernism or positivism in existence from the nineteenth century. From this perspective and based on clinical experience, the authors present different types of interrelationships that healthcare professionals can establish in clinical practice and stress the need to reflect on what it means to be a healthcare professional. The material contained in the article has served the authors to design a training seminar.

Key words:  
*Emotional learning. Motivational systems. Clinical practice.*

Las emociones inducen a la acci3n y a la comunicaci3n con el entorno, e integradas con los aspectos racionales hacen m1s competente al individuo. A pesar de que en el 1mbito asistencial se ha tenido mucho en cuenta lo racional, no se ha hecho lo mismo con todo lo concerniente a las emociones. Se est1 poniendo de relieve que el predominio del enfoque racional y biof3sico de la medicina tradicional no es suficiente para abordar las demandas de los pacientes porque dejan

de lado el aspecto emocional que va unido a los trastornos que presentan.

Centrarse preferentemente en los s3ntomas f3sicos y relegar a un segundo plano aquellas vivencias m1s 3ntimas, de diferente intensidad del paciente, equivale a descuidar importantes fuerzas que act1an en la relaci3n establecida por el profesional, que intervienen con mayor o menor influencia en el resultado final. Si a todo esto sumamos los aspectos emocionales del profesional, que inciden en la forma de comunicaci3n con el paciente y en su capacidad para tomar decisiones, se pone de relieve la influencia del aspecto emocional sobre el racional, sobre las motivaciones m1s 3ntimas y sobre las actitudes. Prosperar en la

---

*Correspondencia:* Xavier Cl3ries i Costa.  
Institut d'Estudis de la Salut.  
C/Balmes, 132. 08008 Barcelona.  
Correo electr3nico: xcleries@ies.scs.es

competencia emocional supone una mejora de la capacidad de respuesta cognitiva, tal vez porque debemos contemplar lo emocional como un aspecto de lo racional, y viceversa, y no como dos facultades separadas. Es más, se puede explicar la integración de lo afectivo con lo racional como la meta de un proceso evolutivo necesario en el ser humano cuando llega a la etapa adulta<sup>1</sup>.

Cada vez aparecen más estudios<sup>2</sup> donde se subraya la influencia de las emociones y los comportamientos de las personas sobre el bienestar humano y, por ende, sobre la salud y la enfermedad. A veces, es necesario recurrir, dentro del contexto científico, a epistemologías positivistas para demostrar que las emociones existen, enfatizando la disociación (más ideológica que real) entre salud física y salud mental. ¡Qué difícil resulta entender el individuo como un todo en interacción con el medio y no como una suma de especialidades profesionales! Posiblemente nos encontremos ante un nuevo paradigma emergente, en el cual se deba integrar tanto lo objetivo y cognitivo como lo subjetivo y emocional, para que los profesionales de la salud puedan afrontar las necesidades sanitarias de las personas que acuden a solicitar sus servicios.

## POSICIONAMIENTO CONCEPTUAL

En este artículo se abordarán las emociones y los sistemas motivacionales que se dan en la relación terapéutica entre el profesional de la salud y el paciente, desde una posición posmoderna (constructivista) que se detalla en la tabla 1. Esta posición se entiende como opuesta a la posición modernista clásica, en la cual el reparto de funciones estaba muy claro, el profesional sanitario desempeñaba el papel de experto y la persona que acudía a la consulta, el de paciente (persona en actitud de espera pasiva mientras el experto dictamina la forma de resolver el problema). Esta confrontación ha sido investigada desde la óptica de las actitudes por Monchy<sup>3</sup> y Escoda<sup>4</sup>, que diferencian el profesional centrado en sí mismo del centrado en el paciente. En psicología, la posición posmoderna aparece recogida en el constructivismo psicológico, formulado por George A. Kelly<sup>5</sup> a mitad del siglo xx. El constructivismo psicológico considera al ser humano como un científico. La adopción de esta metáfora es contraria a la concepción habitual del usuario de nuestro servicio, considerado reactivo, pasivo, determinado y mecánico. Pero ¿qué es ser científico desde

TABLA 1. Comparación entre las características del Posmodernismo y del Modernismo

Posmodernismo	Modernismo
<b>Naturaleza del conocimiento</b>	
Construcción de la experiencia Invención de nuevos marcos interpretativos Proceso evolutivo, moldeado por la invalidación resultante de mecanismos selectivos (adaptación) Evoluciona mediante interpretaciones sucesivas más abarcadoras	Representación directa del mundo real Descubrimiento de la realidad factual Proceso moldeado mediante aproximaciones sucesivas a una verdad absoluta Progreso mediante la acumulación de datos
<b>Validación del conocimiento</b>	
Mediante consistencia interna con las estructuras existentes de conocimiento y el consenso social entre observadores Mediante ajuste y viabilidad (precisión de las predicciones de acuerdo con el marco interpretativo en uso) Diversidad de significados posibles y de interpretaciones alternativas	Proporcionada directamente por el mundo real mediante los sentidos Mediante la correspondencia entre representación y realidad Un único significado válido, la verdad
<b>Características estructurales del conocimiento</b>	
Conocimiento como captación de diferencias Conocimiento estructurado en sistemas jerárquicos y autoorganizados	Conocimiento como formación de conceptos (captación de cualidades inherentes a los objetos del mundo real) Conocimiento consistente en la clasificación, categorización y acumulación
<b>Interacción humana</b>	
Conocimiento como formación de conceptos (captación de cualidades inherentes a los objetos del mundo real) Conocimiento consistente en la clasificación, categorización y acumulación	Interacción instructiva o transmisión de información de un organismo a otro
<b>Seres vivos</b>	
Organismos proactivos, planificadores y orientados hacia fines	Organismos reactivos

el punto de vista del constructivismo? Tal vez se entienda como una forma personal de vivir la realidad, ya que ante una misma experiencia dos personas pueden vivir cosas diferentes o aproximadas, pero nunca idénticas. La puesta en común de esa realidad vivida conjuntamente lleva a cotejar experiencias personales que nunca son iguales. Hay influencias de especie, de cultura e individuales que hacen que un acontecimiento se pueda experimentar con diversos grados de intensidad y con un nivel de significación distinto. Es una característica de la condición humana: percibimos, relacionamos, evaluamos y damos significado a cuanto nos sucede. Así, el hecho de enfermar puede no ser vivido con el mismo grado de significación desde un lado u otro de la mesa; podemos estar ante un caso "de libro", pero la consulta puede complicarse debido a las repercusiones internas sobre los actores del encuentro. Además, el ser humano se concibe como alguien que anticipa la realidad, es decir, formula teorías que explican lo que le ocurre a él y a la realidad. En otras palabras, es el sujeto quien, activamente, construye el conocimiento del mundo exterior, por lo que la realidad puede adquirir diferentes vivencias, tantas como personas hay en el mundo. Esto implica que la realidad sólo es percibida mediante transformaciones cognitivas llamadas constructos, que vienen determinados por la propia estructura del sujeto, de forma que el mundo que construye cada persona es un mundo de experiencias que no exige correspondencia con una realidad ontológica<sup>6</sup>.

Esta diferenciación entre una posición posmoderna (constructivismo) y una postura modernista (objetivismo), queda reflejada con mayor claridad en la tabla 1.

## EL ORIGEN DE LAS EMOCIONES COMO RESULTADO DE UNA RESPUESTA ADAPTATIVA

Desde una visión evolucionista de la especie humana, la constante necesidad de adaptación al medio ayudó a generar actitudes favorecedoras de la supervivencia individual, del grupo y de la propia especie. La adaptación obligó a buscar nuevas estrategias para evitar la depredación, escoger alimentos nutritivos, formar pareja y asegurar, mediante la reproducción, la continuidad de la especie. Este proceso de perfeccionamiento biológico necesitó miles de años y se llevó a cabo mediante lo que Darwin denominó selección natural. De ese modo, la especie humana fue incorporando y transmitiendo habilidades (genéticamente o mediante el aprendizaje) cada vez más resolutivas para hacer frente a esa carrera de obstáculos que fue la

supervivencia. Pero en esa lucha desigual no todo ha sido competir para sobrevivir, también hemos de constatar que el desarrollo de estrategias basadas en la cooperación, como la necesidad de descubrir formas de comunicación y de relación dentro del propio grupo o de la propia especie para asegurar la vida, han ayudado a dar grandes saltos en la mejora de la especie. A partir de ese momento de la historia del desarrollo humano, la incorporación de refinamientos afectivos para consolidar grupos familiares o clanes determinó un nuevo salto evolutivo; había más posibilidad de supervivencia y con mejor calidad en los núcleos donde la implantación de vínculos marcaba la aparición de otra forma de selección natural: la afectiva<sup>7</sup>.

La incorporación y desarrollo de programas afectivos plenos de refinamientos y delicadezas hizo posible la adquisición de habilidades comunicativas cada vez más complejas y trajo con ello la posibilidad de dejar más y mejor descendencia. Se puede decir que el desarrollo emocional marcó el camino del desarrollo cognitivo, y es curioso destacar cómo la adquisición de las habilidades de relación social entre las personas quedó íntimamente vinculada a las habilidades de planificación y toma de decisiones, junto con las expresiones de sentimientos y actitudes. Esto último queda patente a través de la neurobiología, que nos explica que el papel de las zonas del córtex frontal y prefrontal de ambos hemisferios cerebrales es precisamente la integración de todas estas funciones<sup>7</sup>. Dicho con otras palabras, nos humanizamos porque nos relacionamos. En ese sentido, la relación interpersonal posibilita el desarrollo de las máximas potencialidades de expresión humana, aunque también puede hacer surgir lo más ancestral y primitivo que llevamos dentro. Así, se puede comprender la afirmación de Greenberg<sup>8</sup> cuando dice que la emoción es precognitiva (considerando cognitivo el procesamiento consciente), llegando a actuar, en ocasiones, independientemente del sistema cognitivo. Esta afirmación también se apoya en la neurobiología, que considera las emociones evolutivamente y funcionalmente antecedentes y no consiguientes a los procesos de pensamiento humanos; por ello, las estructuras cerebrales del sistema límbico (zona mesencefálica donde se integra la experiencia emocional) han evolucionado antes que el neocórtex (zona cerebral donde se construyen las estructuras del pensamiento humano).

Todo este largo y complejo proceso evolutivo dio lugar a la más alta y sofisticada de las capacidades adaptativas del ser humano: la emergencia de la razón. Con la toma de conciencia de sí mismo, con la razón y la imaginación el ser humano rompe la armo-

nía en la que se encontraba con la naturaleza; queda separado y a la vez forma parte de ella; está solo y a la vez está en relación con sus semejantes. Al percibirse a sí mismo, se da cuenta de sus limitaciones y vislumbra su propio fin: la muerte. En estas condiciones, el ser humano, a medio camino de sí mismo y aún a medio hacer, debe buscar un significado a su propia existencia<sup>9</sup>.

La adaptación al medio y la supervivencia han sido el motor de la evolución del hombre. Como se ha visto, el desarrollo emocional ha intervenido de forma tan decisiva en este proceso que supuso un punto de inflexión en la interacción del hombre con el mundo. No es de extrañar que las emociones fueran una fuente permanente de preguntas dirigidas a la comprensión de uno mismo. Por eso, el estudio de las emociones ha sido abordado por la filosofía desde los inicios, aunque es a partir de finales del siglo XIX cuando se empieza a valorar científicamente. Williams James<sup>10</sup> consideraba las emociones como percepciones de cambios en el organismo como reacción a algún acontecimiento. Las ópticas psicoanalítica y psicodinámica<sup>11</sup> se ocupan de las emociones por la influencia que tienen en las perturbaciones psíquicas. La emoción aparece en toda la teoría de los impulsos instintivos y en los conceptos psicoanalíticos: yo, superyó, ello, inconsciente, mecanismos de defensa psicológicos, entre otros. Cabe destacar, desde este prisma, las contribuciones de la Sociedad Balint, fundada para continuar la tarea iniciada por el matrimonio Balint, Michael y Enid, en la década de 1950. La finalidad de esta sociedad es ayudar a los médicos generalistas a entender mejor los componentes emocionales de la relación médico-paciente<sup>12</sup>. El conductismo<sup>13</sup>, por su parte, entiende la emoción como una predisposición a actuar de una determinada manera porque la considera, en concreto, como una respuesta aprendida en el contexto de una contingencia ambiental.

En el presente artículo nos decantamos hacia una concepción cognitivista y constructivista, entendiendo la emoción como una información sobre la disposición a actuar para conseguir una finalidad determinada y concreta<sup>14,15</sup>. Así, por ejemplo, el miedo organiza para correr y, como otras emociones, es una disposición a la acción. La emoción supone una evaluación perceptual automática de la situación, en relación con la supervivencia del *self* o al bienestar, esto es, efectúa evaluaciones sobre lo que es bueno y malo para uno mismo<sup>16</sup>. Desde la semiótica, relación entre el lenguaje, los afectos y las pasiones, son especialmente interesantes las aportaciones de Marina, que presenta la emoción como un juicio automático<sup>17,18</sup>.

Las emociones actúan para establecer, romper o mantener la relación con el medio ambiente; básicamente son adaptativas. Además, las emociones proporcionan información muy valiosa sobre nuestros vínculos: si se han roto, si siguen igual o si han evolucionado. Las emociones sirven para conectar socialmente, para comunicar, para establecer vínculos y para revisarlos.

Las experiencias emocionales se estructuran en esquemas emocionales, entendidos como los procesos que codifican e integran la información relacionada con las sucesivas experiencias emocionales. Este proceso se inicia con las reacciones emocionales del niño ante lo que sucede en su entorno, desarrollando progresivamente un modelo emocional interno pero basado en la experiencia afectiva codificada durante la infancia. Las sensaciones emocionales se codifican junto con las situaciones que las han generado y, a medida que la persona crece, se van añadiendo a estos esquemas los aprendizajes y las creencias (personales, familiares y sociales, entre otras).

## LAS EMOCIONES EN LA RELACIÓN ASISTENCIAL

Los profesionales de la salud, al trabajar con personas, ponen en juego más aspectos personales de los que generalmente se piensa, sobre todo a escala emocional, puesto que en muchas ocasiones no se puede evitar que el profesional quede afectado por las diferentes situaciones que presentan los pacientes. Las emociones que se viven asociadas a algunos momentos terapéuticos no son ajenas a la propia historia personal y tienen mucho que ver con la forma de afrontar la profesión, con la concepción que se tiene de uno mismo como profesional, con el particular estilo de trabajo y con el significado que se otorga al hecho de ser profesional de la salud.

La relación entre el profesional de la salud y su cliente es una relación entre dos personas y, por tanto, está sujeta a los mismos condicionantes que toda relación humana. Además de ser una profesión y una fuente de ingresos, trabajar con personas proporciona satisfacciones emocionales cuando se consiguen las metas terapéuticas marcadas. Las emociones positivas son, por lo general, satisfacción por el trabajo bien realizado y sana autoestima. Pero también puede producir insatisfacciones y generar emociones negativas, ya que las situaciones en las que no se consiguen las metas son relativamente numerosas. Éstas se vinculan a un fracaso terapéutico, a la dificultad de gestión de la incertidumbre surgida de las innumerables deci-

siones que un profesional ha de tomar en una jornada de trabajo y a los errores de apreciación, entre otras circunstancias. De tales situaciones, las emociones negativas surgen en forma de culpabilidad, vergüenza, rabia, ansiedad y otras posibles que se generen por la condición y naturaleza humana (dolor, sufrimiento, enfermedad y muerte) en el contexto asistencial. Aunque, a veces, también pueden producir satisfacción al poder ofrecer compasión a las personas implicadas.

La aparición de estas emociones negativas suele llevar a una pérdida tanto de la calidad como del rendimiento del trabajo, que puede hacerse extensiva a la calidad de vida personal. Del mismo modo, los acontecimientos que afectan negativamente la vida privada pueden repercutir en la vida profesional, tanto a nivel cualitativo como cuantitativo.

El conocimiento del estilo personal y de la epistemología en la que se ubica el profesional de la salud permitirá saber cuál es la línea de trabajo, de dónde proviene, por qué es como es y por qué le afectan los acontecimientos. Algunas de las preguntas que el profesional puede hacerse para reflexionar sobre el propio estilo aparecen en la tabla 2, aunque es posible plantear nuevas cuestiones en función de la historia personal de cada uno.

El fomento del desarrollo emocional del profesional sanitario no sólo debe favorecerse en el ámbito personal, también forma parte de grupos, de organizaciones y de la misma sociedad, pero a estos niveles no se ha instaurado aún una cultura de lo emocional dirigida a encontrar, de forma auténtica, el mutuo entendimiento, la solidaridad, la cooperación y la tolerancia. En el sustrato cultural existe pánico a abordar el tema de las emociones, la mejor manera de empezar a tratarlo es desmitificándolo, informando y formando a los profesionales en este aspecto. A su vez, el profesional de la salud tiene también la responsabilidad, como educador-modelo, de fomentar la "cultura emocional" (que es una forma de ver el mundo y lo profesional, tal como se viene argumentando en este artículo).

Una persona inmersa en una cierta cultura trasladará con más atino a su entorno social y profesional un estilo particular de concebir la vida y mostrará una disposición de servicio más abierta. Existe una relación directa entre el mundo emocional, el dominio de los sentimientos y la vida psíquica de los actores en el momento asistencial. Por lo tanto, el cultivo de una vida emocional rica actuará como facilitador en la citada relación<sup>19</sup>.

## MOTIVACIÓN Y SISTEMAS MOTIVACIONALES EN LA RELACIÓN ASISTENCIAL

La motivación, desde una perspectiva evolucionista, se fundamenta en el concepto de sistema de control del comportamiento o sistema motivacional (SM), que se define como un sistema de reglas innatas que guían el comportamiento del individuo hacia una meta precisa (alimentación, depredación, definición y defensa del territorio, cuidado de la prole, entre otras funciones) mediante una relación establecida entre él y el ambiente. A diferencia del concepto de instinto, la expresión "innato" no debe entenderse como algo inmodificable determinado genéticamente, sino que incorpora el concepto de comportamiento susceptible de ser cambiado en función de las múltiples presiones ambientales; en este sentido, aunque determinado genéticamente, está abierto al aprendizaje. El SM se debe entender como un concepto abierto al aprendizaje que puede ser modificado por las presiones ambientales a las que los individuos son sometidos.

La definición de los diferentes sistemas comportamentales (o motivacionales) surge de la investigación etológica y de la biología evolucionista, dedicadas al estudio del comportamiento social de los animales y sus relaciones con el medio ambiente. Sus observaciones abarcan diferentes niveles de complejidad. Así, por ejemplo, los reptiles inferiores utilizan el comportamiento sexual como única forma de relación. En es-

TABLA 2. Preguntas para conocer el estilo personal del profesional de la salud

- ¿Cuáles son los mandatos de mi familia de origen?
- ¿Tiendo a ver el lado positivo de las situaciones? ¿Quién de mi familia me lo enseñó? ¿Quiénes en mi familia eran críticos o negativos en sus opiniones?
- ¿Soy provocador, confrontativo, mi estilo es agresivo, incisivo, irónico? ¿Dónde lo aprendí y de quién?
- ¿Soy preguntón, pregunto minuciosamente, me interesan los temas que no conozco y trato de agotarlos? ¿Dónde lo aprendí y de quién?
- ¿En términos de afecto, tengo dificultad o facilidad para acercarme a la persona que tengo delante? ¿Cómo manifestaba el afecto mi familia de origen? ¿Cuál era el código? ¿Quién era el más expresivo? ¿El afecto se expresaba con la palabra, con el cuerpo, con las preocupaciones?
- ¿Soy ayudador/a y contenedor/a? ¿En mi familia de origen fue éste mi lugar? Si no, ¿quién lo ocupaba?
- ¿Soy una persona práctica, de acciones concretas, soy más de hacer que de decir? ¿Dónde lo aprendí?
- ¿Qué me llevó a desarrollar esta habilidad?

TABLA 3. Correspondencia entre emociones y sistemas motivacionales

Emociones	Sistemas motivacionales en juego
Simpatía Empatía Decepción	Apego-cuidado Colaboración Agonístico o sexual

pecies más evolucionadas se adoptan actitudes de cuidado de la prole y apego a los progenitores. En los mamíferos superiores se observan comportamientos relacionados con la toma de decisión jerárquica en el grupo y diversas formas de colaboración entre pares. De cada una de estas fases del desarrollo surge un patrón de comportamiento que se va añadiendo al preexistente cuanto más evolucionada es la especie. Por lo tanto, tenemos, respectivamente, un sistema de comportamiento sexual, otro de cuidado y apego, un sistema motivacional vinculado a la definición de las relaciones de dominación/sumisión llamado sistema agonístico ritual y, finalmente, el sistema de colaboración<sup>20</sup>.

De acuerdo con la visión etológicoevolucionista, en el ser humano también operan estos sistemas de reglas innatas del comportamiento social muy vinculados a los previamente mencionados, pero abiertamente influibles por el entorno relacional, social o cultural. El concepto de SM se ha aplicado al ámbito de la psicopatología y la psicoterapia, gracias a las cuales se pretende modificar el significado anómalo otorgado a una vivencia y por el cual se ha desencadenado una emoción disfuncional como respuesta. Como este proceso se va a llevar a cabo en la relación establecida entre el terapeuta y el cliente, los SM surgidos en esa relación van a ser determinantes para la integración del problema.

Aprovechando esta amplia experiencia aplicada a la psicoterapia, en este artículo se pretende mostrar que es factible incorporar, para el ejercicio de la medicina y de las profesiones sanitarias en general, la observación y el manejo de tales sistemas de comportamiento o sistemas motivacionales que surgen en la relación entre un profesional sanitario y el paciente. Dicho de otra manera, se pretende dar a conocer que la mejora de la práctica asistencial pasa por reconocer y aprender el manejo de aquellos patrones de conducta determinados por las emociones intensas surgidas en el seno de los actores del encuentro clínico para favorecer el logro de las metas terapéuticas marcadas. La propuesta surge de la necesidad de gestionar mejor los aspectos emocionales, que son uno de los más importantes elementos de distorsión de la comunicación en la relación asistencial cuando no se domina esta habilidad. Para

entender cómo el estímulo relacional con el paciente puede inducir a la activación de emociones potentes que pueden dar lugar a unos patrones de respuesta propios de cada individuo (en función del SM instaurado) y cómo éstos condicionan la actuación de unos y de otros dentro de esa relación, se va a desarrollar por separado, y con la ayuda de explicaciones y ejemplificaciones, cada uno de los SM descritos. La correspondencia entre algunas emociones y algunos sistemas motivacionales puede observarse en la tabla 3.

El objetivo de todo este esfuerzo es mostrar que con la ayuda recibida por el reconocimiento de los SM activados, el profesional tendrá más capacidad para virar el rumbo de su entrevista desde formas de apego/cuidado, o desde formas de relación de confrontación (SM agonístico/ritual), por ejemplo, a un SM de colaboración donde nuestros objetivos fijados tendrán más posibilidades de cumplirse.

1. Sistema motivacional de apego. Se activa cada vez que el organismo se encuentra en situación de vulnerabilidad, sufrimiento y/o peligro (regla de acción). El objetivo de este sistema es conseguir la presencia física de un individuo de la misma especie que pueda asegurar la protección y bienestar (regla de *stop*). Éste es el sistema más activo en los primeros meses de vida; posteriormente, en la medida que el individuo crece se puede activar en función del tipo de relación que establezcamos con las personas más importantes en nuestra vida. Cuando no se consigue el objetivo, las dos primeras emociones que aparecen de forma prácticamente consecutiva son la cólera y la rabia; después aparece la tristeza, cuando la ausencia de la figura de apego (por ejemplo, la madre) se alarga en el tiempo; la desesperanza aparece cuando la madre desaparece para siempre, y si no aparece una nueva figura de apego se produce un frío emocional que encontramos en los trastornos psicóticos. Esto permite entender comportamientos autodestructivos en los pacientes, cuando pretenden activar el sistema de apego provocándose dolor, pero haciéndolo desde la frialdad emocional.

2. Sistema motivacional de cuidado. Es un sistema complementario al de apego, se activa por las señales de demanda de ayuda y consuelo por parte de otro miembro de la misma especie, preferentemente una criatura. El estímulo más relevante es el llanto de un niño, que destaca sobre el resto de estímulos (regla de acción). El objetivo de este SM es la eliminación del sufrimiento del otro (regla de *stop*). Al activarse el sistema aparece preocupación y ternura por el otro (la compasión es sentir el sufrimiento del otro). También

podemos sentir ansiedad solícita cuando queremos ayudar al otro pero no sabemos qué es lo que le ocurre; por ejemplo, cuando no sabemos qué enfermedad está sufriendo un niño. No responder de forma consciente a una demanda de ayuda de alguien que sufre nos hace sentir culpa. Si queremos ayudar pero hay obstáculos que nos lo impiden aparecen el miedo y la cólera. Cuando conseguimos el objetivo del SM (calmar el sufrimiento y dar seguridad) sentimos alegría y satisfacción, éste es el premio subjetivo por haber conseguido reducir el sufrimiento del otro.

En la atención sanitaria es frecuente encontrarse con situaciones donde las actitudes de apego y de demanda de cuidado enmarcan el encuentro, indistintamente del motivo de consulta, ya sea porque la enfermedad haya supuesto una crisis vital para el afectado o por la particular significación que algunas personas otorgan a sus dolencias, lo cierto es que es muy conocida la actitud de búsqueda de protección de muchos pacientes. También es frecuente la adopción de una respuesta de consuelo y consideración de muchos profesionales, dentro del contexto de la actuación profesional. Situaciones como enfermedades crónicas limitantes, senectud, infancia, enfermedades terminales, alteraciones del estado de ánimo acompañantes, entre otras, pueden generar la instauración de este SM. A continuación se presenta una situación que ilustra estos dos SM, el de apego y el de cuidado:

*La Sra. X es conocida en el centro sanitario donde habitualmente es visitada por diferentes problemas de salud y siempre ha tenido un trato amable y cordial con el personal. Hoy acude de nuevo pidiendo tímidamente disculpas por molestar y adoptando un matizado tono de lamento. La Dra. M conoce bien el perfil de su interlocutora, sabe que tiene 66 años, que enviudó hace 3 y que desde entonces vive sola. Es un ama de casa muy trabajadora, se hace querer con facilidad porque tiene un carácter muy servicial, aunque es bastante tímida y retraída; se preocupa mucho por todos, excepto por ella misma. Tiene dos hijos. El mayor, de 32 años, está casado y alguna vez, cuando se ha referido a él, se ha lamentado diciendo: "no viene a verme nunca y casi no me llama" (se le quiebra la voz cuando menciona este hecho). Con su hija de 28 años ha mantenido una buena relación siempre, pero su reciente separación matrimonial la ha afligido mucho.*

*La Sra. X acude también regularmente a la consulta de enfermería para el control de algunas de sus enfermedades crónicas. Es una paciente obesa, con hipertensión arterial y con un diagnóstico reciente de diabetes tipo 2 que ella parece ignorar. La enfermera describe a la consultante como "muy vulnerable", "pa-*

*rece buscar más mi consuelo en lugar de asumir sus propios cuidados" y añade que "las visitas con ella acaban siendo difíciles y cansadas".*

*En las diversas ocasiones que ha acudido a la consulta de la Dra. M, ésta nunca ha eludido la atención hacia las quejas somáticas, pues siempre tienen visos de verosimilitud debido a los factores de riesgo que presenta, aunque finalmente acaban hablando de su drama. La doctora comparte la visión de su enfermera sobre el temperamento frágil de la consultante; siempre la ha escuchado y ha sabido comprender su conflicto, sin menospreciar los síntomas que expresa ni pasar por alto las repercusiones negativas de tanta angustia (come sin orden y transgrede las pautas dietéticas, por lo que la diabetes no está bien controlada); pero también ha intuido, por la forma en que expone los problemas, que detrás de esas expresiones sufrientes hay una actitud que no busca soluciones, sino compasión. Es como si implorara a la profesional el cariño que su entorno le niega. Ésta no puede evitar sentir pena por ella, pero a la vez le incomoda seriamente que no acepte la auténtica ayuda que necesita: hacer frente al trasfondo depresivo por un duelo no resuelto.*

*Desde el inicio de la visita de hoy, la profesional ve surgir en su interior un mundo de sentimientos encontrados: siente rabia, rechazo e impotencia por apreciar la misma actitud de la paciente con sus problemas pero, en cambio, no puede evitar sentir pena por ella. Es una situación estancada y condenada a repetirse. Por otra parte, también nota miedo ante la posibilidad de pasar por alto alguna complicación grave y siente una incordiante culpabilidad de fondo cuando se plantea decisiones más drásticas y menos contemplativas. La culpa también se alimenta de dos hechos no menos reales, la lástima "inexplicable" que la Sra. X le produce y un estricto sentido del deber que le impide "tirar la toalla". Desde esa desconcertante ambivalencia la doctora hace frente a la visita.*

3. Sistema motivacional agonístico ritual. La regla de acción es la falta de recursos o manifestación de señales de agresividad provenientes de otro miembro de la misma especie. El individuo que activa una conducta agonística provoca una respuesta agonística en los demás. El objetivo de este sistema es la definición de la jerarquía de dominancia y sumisión. La agresividad ritual es una danza dramática en la que se intercambian señales y se definen definitivamente los papeles. La activación de este sistema provoca rabia o cólera competitiva y ansiedad a ser evaluado. Si durante la competición vemos que el otro es más fuerte que nosotros, sentimos miedo a ser dañados, ésta es una emoción que aparece inmediatamente antes de

ser vencidos. Cuando nos rendimos aparece la vergüenza, que tiene una posición corporal muy similar a la de la rendición. En la práctica clínica es muy importante diferenciar la vergüenza de la culpa, ya que cuando sentimos culpa existe la posibilidad de que se desee reparar el mal realizado, mientras que con la vergüenza lo que se desea es esconderse, alejarse. Nos sentimos culpables cuando los otros han estado dañados y sentimos vergüenza cuando los otros han resultado vencedores y superiores. Por ejemplo, el paciente nos puede decir que se siente culpable por no haber cuidado mejor a sus hijos, y puede que sienta vergüenza de decírselo al terapeuta, porque cree que él sí los hubiera cuidado bien. Después de habernos rendido, aparece la humillación, que es la emoción que siente la mayoría de los pacientes con depresión. Una vez cerrada la rendición puede aparecer la envidia. En cambio, si resultamos vencedores sentimos orgullo y euforia, que son una forma de alegría. Si continuamos, puede aparecer el desprecio a los demás. El desacuerdo en la consulta es una situación que puede surgir en no raras ocasiones, lo cual no deja de ser una posición legítima si se fundamenta en la expresión libre de dos voluntades contrapuestas. El problema surge de la forma cómo se manifiesta tal desacuerdo; si es tan sólo una civilizada pero imposible convergencia de intereses o, por el contrario, si se trata de una confrontación en toda regla con la expresión en mayor o menor grado de emociones negativas. En este último extremo se acentúa más la dificultad de ejercer una medicina centrada en el paciente. Evidentemente no nos interesa abrir una polémica sobre la atribución de responsabilidades o si existen situaciones que justifiquen adoptar con los pacientes actitudes de confrontación. La clave del punto donde nos encontramos es reflexionar si podemos, sabemos o queremos hacer frente a las relaciones difíciles de una forma más competente y tener presente que, a pesar de la presión emocional del momento, no hay que perder la capacidad de hacer intervenciones empáticas, porque detrás de un paciente agresivo, por ejemplo, seguramente encontremos a una persona asustada; aunque si nos hemos dejado vencer emocionalmente, tal vez insistamos en verlo como a un simple maleducado. También es un buen momento para reflexionar sobre el significado que damos al oficio que desempeñamos y si éste nos ha conferido algún tipo de predominio sobre el otro; finalmente, es oportuno mirarse a sí mismo y observar la forma y los recursos que usamos para hacer frente a la adversidad. Veamos una situación ilustrativa del SM agonístico ritual:

*El Sr. E acude inquieto a la visita para hablar sobre su hijo, el cual acudió a la consulta pocos días atrás por un dolor de espalda. Teme que padezca un problema similar al sufrido por él hace algunos años. El Dr. G recuerda la operación del consultante por una discopatía lumbar que llegó a invalidarlo en los meses previos a la intervención. También tiene delante la ficha del hijo, en la que consta la visita realizada 3 días atrás por una lumbalgia. Se extraña de la ausencia del interesado.*

*El médico lee la historia clínica donde está escrita la exploración física pormenorizada que le practicó, la apreciación diagnóstica y las indicaciones terapéuticas, tanto farmacológicas como físicas; además, le facilitó la baja laboral y consta el acuerdo para una nueva visita de control. Nada indicaba un cuadro de gravedad, pero sí requería de una atención apropiada por el trabajo de desgaste físico que desempeña. Hablaron de medidas preventivas y estaba previsto profundizar en ellas en sucesivas visitas.*

*Después de recordar la visita realizada en su día, el médico mantiene su criterio y dice: "Recuerdo muy bien la visita del otro día. Lo miré muy bien y no creo que deba preocuparse; sólo tiene que dejar que transcurra el tiempo adecuado para que el tratamiento le ayude." El Sr. E responde decidido: "Todo eso está muy bien, pero, la verdad, estaría más tranquilo con la opinión de un especialista."*

*Hasta este punto, tanto el profesional como el consultante han marcado sus posiciones de desacuerdo; pero además el primero enseña sus signos de autoridad y el segundo los pone en duda. El médico no acepta la sugerencia y se reafirma en su posición: "Aún es demasiado pronto. Mi opinión es que debemos esperar para observar la evolución; además, es la primera vez que le pasa algo así, nunca se había quejado de molestias en la espalda y lo ocurrido ahora ha sido por haber hecho un esfuerzo importante."*

*El padre cambia de actitud y eleva el tono de su intervención, está decidido a cubrir sus expectativas e insiste en la segunda opinión. En un tono de protesta contenida añade: "Si usted no me da el volante tendré que ir a uno de pago y eso no debería ser así ya que para eso cotizamos a la seguridad social."*

*El grado de presión comienza a molestar al Dr. G y su orgullo se resiente. Con una sensación entre desazón y enojo mira de nuevo las anotaciones para espantar las sombras de dudas que su interlocutor se empeña en sembrar. Después de una lectura rápida, da un suspiro y se reafirma en su plan terapéutico. El médico, decidido, refuerza sus posiciones y, erguido, se prepara para la confrontación directa: "Insisto en que*

*debemos esperar; los síntomas no indican una lesión seria, por lo que si le damos tiempo un tiempo razonable seguramente mejorará.”*

*A partir de aquí sigue un diálogo de escalada tensa hasta llegar a un punto de ruptura:*

*–A mí me dijeron lo mismo al comienzo, que no era nada y mire cómo acabó.*

*–No estamos ante una situación idéntica, su hijo es joven, nunca ha tenido problemas de este tipo y hace sólo 3 días que le visité por unos síntomas que no hacen pensar ni mucho menos en el problema que usted tuvo. Hay que esperar para ver qué es lo más aconsejable.*

*–Pero yo creo que no perdemos nada consultando al especialista; además, yo creo que sabe más de estos temas que usted, ¿no?*

*Este comentario último supuso un punto de inflexión emocional en el médico. Estaba sobrellevando la insistencia de un modo aceptable porque, según su criterio, había actuado correctamente, pero la desconfianza sobre su competencia le indignó y eso lo dejó claro en el tono de su respuesta más que en las palabras:*

*–¡Se hará en el momento oportuno y si lo requiere la situación; aún tengo que volver a visitarlo otro día!*

*–Mire, se trata de mi hijo, con el suyo haga lo quiera pero con el mío, ¡no!*

*Ésta era una declaración de guerra abierta que obtuvo una respuesta al mismo nivel: Éste es el acuerdo al que yo llegué con su hijo y preferiría seguir con él las visitas, ¡que ya es mayorcito!*

*Al profesional también le irrita la actitud protectora del padre y la dependencia del consultante, pero mantiene en el recuerdo la buena relación de la última visita y, en general, de todas las anteriores, lo que le lleva a pensar que lo más justo es saber qué piensa el propio interesado sobre el tema. Por otra parte, el airado padre contraataca: “Mire, yo por mi hijo hago lo que sea para evitarle lo que yo he pasado y usted no me lo va a impedir.”*

*El Dr. G está decidido a poner punto final a la trifulca sin ceder en sus posiciones y, por supuesto, el tiempo de las restantes consultas apremia: “Sr. E, no considero el momento de cambiar lo acordado con su hijo, y como veo que usted no se atiene a razones, no tiene sentido que mantengamos esta conversación; además, prefiero hablar con su hijo de todo esto. Por ahora no hay más que hablar, ya no tenemos más tiempo”.*

*El frustrado padre sale de la consulta lanzando maldiciones: “Si a mi hijo le pasa algo el culpable de todo será usted.”*

*Se sabe perdedor de una batalla pero amenaza con vengarse anunciando una guerra larga y cruenta.*

*Mientras tanto, el médico, ganador aparente de la contienda, empieza a sentir un sabor amargo y una desazón interna, señales evidentes de no haber sabido ni podido y, lo peor, de no haber querido evitar un ciclón emocional que arrasa una confianza construida piedra a piedra durante años. Además, tanta ventisca le ha impedido ver el verdadero objetivo de la visita y le ha inducido a cometer su imperdonable error de cálculo: ha elegido enrocarse en sí mismo y despreciar al otro. Con ese estado anímico el Dr. G continúa atendiendo el resto de las consultas del día.*

**4. Sistema motivacional sexual.** Se inicia cuando se llega a determinados niveles hormonales o por señales de seducción emitidas por un individuo del sexo opuesto, o del mismo, de la misma especie. Este sistema finaliza cuando se consuma la relación sexual o cuando el otro miembro de la pareja se confirma como compañero/a sexual. La primera emoción que se activa en este sistema es el pudor, emoción innata tanto en varones como en mujeres, que aparece cuando uno de los dos va demasiado rápido para el otro. También se produce ansiedad a ser evaluado, muy relacionada con el miedo a ser rechazado como pareja sexual. Cuando conseguimos el objetivo sentimos euforia; en cambio, si no se consigue sentiremos frustración, incluso puede aparecer la humillación, dependiendo de cómo hayamos sido rechazados.

La influencia del sexo en la relación asistencial siempre está presente y repercute en el diferente enfoque de la demanda según el sexo de los protagonistas del encuentro, como también influye en el resultado final. En psicoterapia, se han realizado estudios sobre la atracción sexual entre paciente y terapeuta y se ha determinado que los terapeutas masculinos tienen mayor tendencia a comprometerse en contactos eróticos que las terapeutas.

Otro aspecto importante es la influencia de la seducción para la obtención de determinados fines o el exceso de adulación. En ambas situaciones el profesional se halla frente a unas expectativas muy altas y a unas intenciones poco claras a las que ha de saber hacer frente para evitar la distorsión de su trabajo. La siguiente situación ilustra este SM, el sexual.

*La Sra. L, de 46 años, acude por primera vez a la consulta del Dr. S. Está muy preocupada por unas molestias torácicas poco definidas de las cuales ha sido visitada en diversas ocasiones por profesionales diferentes, incluso llegó a acudir al servicio de urgencias del hospital de referencia. En todas las visitas se ha descartado una enfermedad cardíaca y se lamenta de que incluso le llegan a dar diagnósticos diferentes: “Unos dicen que es ansiedad, otros que si son los ner-*

vios; los médicos no se aclaran y no dan con lo que tengo." Tiene un temor no manifestado a presentar un infarto como el ocurrido a su padre meses atrás. Una amiga le ha recomendado acudir a un cardiólogo conocido de la familia y que ha tratado con éxito a dos de sus familiares.

El Dr. S recibe a la Sra. L en su consulta particular y, después de intercambiar saludos, la paciente le dice: "Doctor he venido a verle porque me han hablado muy bien de usted; todos dicen de usted que es un buen médico y me han dicho que puede ayudarme."

El médico está habituado a recibir palabras de gratitud, que acepta con naturalidad, como un reflejo de su trabajo, siendo la mayoría de ellas sinceras; ante el elogio se pone en guardia, ya que conoce muy bien los gestos calculados ocultos detrás de tales palabras. Pero esta vez es diferente, la mirada y el timbre de voz de la consultante llevan grabado el inconfundible atractivo de la seducción.

-¿Y de qué problema se trata?

-Mire, de momento no dan con lo que tengo, pero estoy muy preocupada por unos dolores que... Una amiga me dijo que viniera a verle y que se lo explicara porque usted es de los que hay pocos.

El médico nota una ambivalencia ante la adulación, está incómodo ante las altas expectativas de la paciente (teme decepcionarla) y se siente halagado del comentario. Además, el comportamiento de la Sra. L lleva implícito todo un abanico de recursos de actuación que domina; es un papel social muy asimilado con el que ella normalmente logra lo que se propone.

5. Sistema de motivación de colaboración. Este sistema se activa cuando se define un objetivo común en una situación de no amenaza (postura corporal relajada y sobre todo sonrisa, la principal señal de amenaza es enseñar los dientes). Debe ser el objetivo de todo encuentro asistencial y a él se ha de tender cuando el SM activado sea otro. La factibilidad de llegar a un cierto objetivo dependerá de la dificultad de la situación, de la predisposición del paciente hacia esta actitud y de la habilidad del profesional para crear las condiciones de cambio. La finalización de este sistema tendría lugar con la consecución del objetivo establecido al inicio, aunque es posible que se mantenga para objetivos que se puedan establecer en el futuro u objetivos que surjan a partir de la primera colaboración establecida. La primera emoción que aparece al activarse este sistema es la empatía, en la relación asistencial, saber que se están compartiendo sentimientos, en la medida que se coopera para la consecución de un objetivo común. Esto permite que el paciente no se sienta mal por expresar sus sentimientos ni sus emociones, ya que previa-

mente se ha definido un objetivo común que guiará todo el proceso. Otras emociones que aparecen son la lealtad, la confianza y el sentimiento de sentirse acompañado. La consecución del objetivo establecido produce alegría. En cambio si abandonamos el proyecto puede aparecer la culpa, pero como un remordimiento, generalmente no es tan intensa como la culpa que aparece en el sistema de cuidado. Si hemos sido nosotros los abandonados podemos sentir aislamiento, desconfianza y resentimiento, y llevado al extremo, odio. Seguidamente, retomando la situación del Sr. E en el SM agonístico ritual, observaremos cómo se transforma en SM de colaboración:

El contexto de este caso es el mismo que el expuesto en el SM agonístico-ritual. Vemos cómo el Dr. G afronta ahora la situación sin reactividad, llevando la entrevista al mayor grado de colaboración posible, mediante una entrevista más empática.

Después de recordar la visita realizada en su día, el médico mantiene su criterio y dice: "Recuerdo la visita del otro día. Lo observé con detenimiento y no creo que deba preocuparse; sólo tiene que dejar que transcurra el tiempo adecuado para que el tratamiento le ayude".

El Sr. E responde decidido: "Todo eso está muy bien, pero, la verdad, estaría más tranquilo con la opinión de un especialista."

Hasta este punto, tanto el profesional como el consultante han marcado sus posiciones de desacuerdo; pero además, el primero enseña sus signos de autoridad y el segundo los pone en duda. Sin embargo, el médico percibe una decisión firme del padre para obtener una derivación al especialista y sospecha que detrás de esta actitud se halle el miedo del Sr. E por su problema sufrido años atrás. Además, está decidido a preservar la confidencialidad del caso, aunque se trate del padre.

-¿Qué es lo que le inquieta del problema de su hijo?

-Temo que tenga el mismo problema que padecí hace un par de años. ¿Se acuerda?

-Sí, recuerdo que le operaron de una hernia discal. ¿Fue duro para usted?

-Bueno, no se lo puede usted imaginar, fue durísimo. Fueron dos años de padecimiento y con un seguro de autónomos, si no trabajas no comes, ¿sabe usted?

-¿Qué fue lo más angustioso que recuerda?

-Los 2-3 meses antes de operarme ya casi no podía caminar, pensé incluso que me quedaría inválido.

-¿Por eso teme que su hijo tenga el mismo problema?

-Sí, por eso pienso que sería bueno que lo visitara el mismo médico que me operó.

-Y su hijo, ¿qué piensa de todo esto?

-Bueno, él estaría de acuerdo, ¿por qué no?

-¿Sabe que usted ha venido por él?

*-Bueno, no; pero soy su padre y no creo que le importe.*

*-Pero yo soy su médico y a mí sí me importa su opinión; tanto como la suya. Hablaré con su hijo cuando venga a la visita de control y entonces tendremos en cuenta su petición.*

*-Pero lo va a enviar al especialista ¿o no?*

*-Prefiero hablarlo y decidirlo con él. Y le aseguro que hablaremos de su propuesta.*

*El padre se marcha desconcertado de la consulta, no se ha sentido desatendido pero no ha cubierto sus expectativas; el médico ha detectado un foco de tensión que puede hacer peligrar la relación con los implicados y si hubiera ignorado la fuerte carga emocional que pervivía en el trasfondo del caso, una simple consulta "de libro" se hubiera podido convertir en un combate "cuerpo a cuerpo". Ha tomado muy buena nota de ello, por lo que no desatenderá esos aspectos y respetará el acuerdo con el padre pero manteniendo la confidencialidad y las opiniones del interesado.*

Todo lo expuesto parte de la premisa que las relaciones humanas se basan en procesos inconscientes, de forma que hay una fuerte tendencia humana a sintonizar en los mismos sistemas motivacionales (a excepción del de apego y cuidado, que son complementarios). Esta sintonización no necesita de la conciencia, como se ha expuesto anteriormente al hacer referencia a las precogniciones. Las señales de comunicación no verbal propias de las diferentes emociones tienden a activar en el otro el mismo sistema motivacional. Por ejemplo, las señales de activación sexual activarán en el otro el sistema sexual, por muy casto que éste sea. No interesa la conducta explícita, ya que ésta se puede controlar; interesa la conducta no verbal, que es la que tiene la capacidad de activar un sistema determinado.

Excepto en los dos primeros sistemas, no se puede saber quién ha sido el que ha activado un sistema motivacional concreto (agonístico, sexual, colaboración) en primer lugar. Por ejemplo, en un encuentro con un paciente el profesional puede notar una determinada activación sexual. Ante esto podrá reflexionar o, incluso, lo podrá explicitar al paciente, pero nunca podrá decir que ha sido éste quien ha activado el sistema sexual en primer lugar, ya que puede ser que él tan solo haya respondido a una señal del profesional.

## A MODO DE CONCLUSIÓN

La relación asistencial se caracteriza por una suma importante de emociones, tanto concernientes al paciente como al propio profesional de la salud. Fundamentalmente, la formación de los profesionales de la salud se ha caracterizado por la preeminencia del pa-

radigma modernista, donde la ciencia sólo está basada en la evidencia objetivista. Sin embargo la relación profesional-paciente se caracteriza también, además de los aspectos objetivables, por elementos subjetivos intrapsíquicos y fenomenológicos que hacen necesaria la incorporación en el currículo de los profesionales de la salud de competencias emocionales y de desarrollo personal<sup>21</sup> para ejercer de manera adecuada su profesión. Analizar las emociones y los sistemas motivacionales que tienen lugar en la relación asistencial y aprender de ello puede constituir un paso adelante en esta línea.

La transición de un SM determinado al SM de colaboración es la meta de todo encuentro asistencial dirigido al logro del objetivo terapéutico acordado. Para que esto suceda, en primer lugar, el profesional ha de constatar el momento emocional en que se encuentra el consultante y, por supuesto, él mismo. Sea cual fuere el tipo de consulta, si el profesional incorpora la habilidad de observar las emociones que surgen en la relación establecida, enriquece su percepción y, por lo tanto, amplía su capacidad de respuesta.

Además, es importante saber si el SM presente en el paciente en una determinada situación está en sintonía con el del profesional, pues no es raro encontrar situaciones como la del primer ejemplo, donde mientras el médico intenta establecer un sistema de colaboración con la paciente, ésta se ha instalado en una búsqueda de protección que lleva al desánimo y hasta, incluso, al rechazo del propio profesional; o puede suceder que se active en el consultante el SM agonístico sin percatarnos de ello hasta que se pone de manifiesto con la ruptura de la alianza terapéutica. Por otra parte, percibir a tiempo la sintonía derivada de la activación agonística por los pacientes evita formular una respuesta agresiva al mismo nivel permitiendo con ello tener más posibilidades de reconducir la situación a un camino de mayor colaboración (véase el cuarto ejemplo)<sup>16</sup>.

Conviene reseñar que la práctica real no aporta SM puros y, en muchos casos, se pueden detectar comportamientos fluctuantes de un SM a otro. Evidentemente, el complejo mundo de las actitudes y las emociones que las suscitan no puede acotarse en cinco compartimentos estancos de respuesta. Por el contrario, se encuentran muchos comportamientos intermedios. De hecho, si en el mundo de los primates superiores, la etología ha descrito transiciones entre el SM agonístico ritual y el de colaboración, en el ser humano esto estará presente de una forma más compleja. Pero lo que se pretende al exponer aquí el esquema de trabajo basado en los SM es adquirir y aprender a usar una

herramienta de trabajo que permita orientarnos en el frondoso mundo de las emociones.

La constatación de las emociones permite al observador acceder a las necesidades, intereses y expectativas más íntimas de los actores de la relación asistencial; ayuda a conocer el concepto que el profesional tiene de sí mismo, del otro y de la situación en común; hace posible determinar los significados que cada uno otorga a los acontecimientos, facilitando la comprensión del caso. También favorece el control de la relación, ya que induce a tener comportamientos más adaptativos; facilita el logro de un mayor dominio de sí mismo y permite descubrir y reestructurar las respuestas inadecuadas. En definitiva, con la constatación del mundo emocional se favorece la aceptación del otro y permite conseguir actuaciones más empáticas<sup>22</sup>.

Aprender a conocer los SM surgidos en cada momento durante el encuentro asistencial hace posible identificar los esquemas de comportamiento del consultante en relación al SM activado durante la entrevista, lo cual facilita la comprensión del caso, favorece una valoración integral del otro e influye, finalmente, en la toma de decisiones más acertadas y la forma de ponerlas en práctica cuando se trate de establecer el plan terapéutico. Asimismo, es interesante que el profesional aprenda a conocer sus propios patrones de respuesta y cómo influyen en la activación de los SM de los consultantes<sup>16</sup>. No se trata de abogar por la incorporación de técnicas de psicoterapia en las consultas de medicina, sino de reconocer que la influencia de las emociones está en actos tan cotidianos como preguntar por aspectos íntimos de la sexualidad, realizar una exploración física, solicitar un análisis, realizar pruebas complementarias invasivas, ofrecer un diagnóstico adverso, proponer la adherencia a un tratamiento o a un hábito de vida saludable, el acompañamiento en los innumerables procesos crónicos, la senectud, la pluripatología, los consultantes somatizadores e hiperdemandantes, entre tantas y tantas situaciones posibles en la relación asistencial. En este artículo se defiende la reflexión sobre la calidad de las relaciones terapéuticas y se propone un sistema de intervención sobre éstas, dirigidas a quien considere la necesidad de mejorar en algunos aspectos. En esta línea, es pertinente mencionar las valiosas aportaciones que nos ha ofrecido Epstein respecto al autoconocimiento y la práctica asistencial<sup>23-25</sup>.

Abrirse al mundo emocional de los pacientes es crear un clima facilitador para que éstos generen sus propios recursos ante un determinado problema; tal apertura es la base del “enfoque personalizado” o “terapia centrada en el paciente”<sup>26</sup>. Es, además, la forma

más lúcida de mantener al profesional en una actitud creativa y viva delante de los innumerables casos que tendrá que afrontar durante el ejercicio de su vida profesional. También es la manera de utilizar su propio oficio como una herramienta para crecer personal y profesionalmente, lejos de conductas asistenciales rutinarias o “burocratizadas” que le hubieran llevado a desgastarse. Además, la predisposición a percibir el mundo emocional del otro permite construir un estilo personal de trabajo que va a repercutir en la tan ansiada calidad asistencial, haciendo brillar una de las tres ramas en que se sustenta la competencia de un profesional: la de las actitudes, susceptible también, de ser adquirida a través de formación.

Hacer frente al aspecto emocional de las personas, sean cuales sean sus motivos de consulta, se logra creando un marco relacional que predisponga a la comunicación y a la responsabilidad mutua (SM de colaboración). La relación es un “espacio” o, si se quiere, una “atmósfera” que el profesional ha de crear para favorecer la expresión de los sentimientos más profundos y, cuando esto ocurre, es porque el paciente ha podido reconocer en el profesional este esfuerzo creador; puede sentir al profesional dentro de ese mismo espacio junto a él, nota su presencia y percibe que lo que dice de sí mismo a él le importa; es la autenticidad o congruencia del terapeuta en la relación<sup>27</sup>. En ese espacio creado, con la autenticidad necesaria que el otro percibe, el profesional ha de estar atento a todo tipo de información verbal y no verbal que va surgiendo como material de trabajo. Esta atención es la herramienta principal de su oficio y se sirve de ella. Ser capaz, por parte del profesional, de prestar atención empática a los demás no es una habilidad gratuita o una gracia especial; es, por el contrario, una habilidad que está en relación con la capacidad de comunicación y la habilidad de percepción de sí mismo. Sentirse a gusto consigo mismo es la condición necesaria para relacionarse de forma efectiva con los demás<sup>9</sup>.

En síntesis, se puede decir que la persona se humaniza al estar en relación con sus semejantes, o dicho de otra forma, lo que hace que una vida sea auténticamente humana es el resultado de la relación empática con los demás. En ese terreno, el estudio y la reflexión sobre cómo debe vivirse la vida corresponde al ámbito de la ética. Considerar una comportamiento como ético no es contemplarlo como fiel a un conjunto de normas externas que un ciudadano debe de cumplir por miedo a cometer una infracción, sino como una experiencia libre, constatable y, por lo tanto consciente, donde cada acto realizado, cada decisión tomada en relación a otros o al mundo nos define, nos construye y nos da significado.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Botella L. Emociones y construcción de significado: implicaciones terapéuticas de la concepción constructivista de los procesos emocionales. *Revista de Psicoterapia* 1993;16:39-53.
2. Fernández-Abascal EG, Palmero F. Emociones y salud. Barcelona: Ariel, 1999.
3. Monchy C, Richardson R, Brown RA, Harden RM. Measuring attitudes of doctors: the doctor-patient (DP) rating. *Med Educ* 1988; 22:231-9.
4. Escoda JJ. Estat d'opinió del professionals de la medicina a Catalunya sobre la formació mèdica continuada: una perspectiva actitudinal. [Tesis doctoral]. Universitat de Barcelona. Barcelona, 1997.
5. Kelly GA. *The psychology of personal constructs*. Nueva York: Norton, 1995.
6. Feixas G, Villegas M. *Constructivismo y Psicoterapia*. Barcelona: DDB, 2000.
7. Serrano S. *Comprendre la comunicació*. Barcelona: Proa, 1999.
8. Greenberg L, Paivio S. *Trabajar con las emociones en psicoterapia*. Barcelona: Paidós, 1997.
9. Fromm E. *Ética y Psicoanálisis*. México: Fondo de Cultura Económica, 1985.
10. James W. *The principles of psychology*. New York: Henry Holt (Reprinted Bristol: Thoemmes Press, 1999).
11. Rapaport D. *Emotions and memory*. New York: International University Press, 1950.
12. <http://www.balint.co.uk/>
13. Skinner BF. *Reflections on behaviourism and society*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall, 1978.
14. Frijda NH. *The emotions*. Cambridge: Cambridge University Press, 1986.
15. Greenberg LS, Safran JD. *Emotion in psychotherapy: affect, cognition, and the process of change*. Nueva York: Guilford Press, 1987.
16. Greenberg LS, Korman L. La integración de la emoción en psicoterapia. *Revista de Psicoterapia* 1993;16:5-18.
17. Marina JA. *El laberinto sentimental*. Barcelona: Anagrama, 1996.
18. Marina JA. *Diccionario de los sentimientos*. 3.ª ed. Barcelona: Anagrama, 2000.
19. Liotti G, Intreccialagli B. Los sistemas comportamentales en la relación terapéutica. *Revista de Psicoterapia* 1996;27:13-23.
20. Liotti G. Emociones, motivaciones y cogniciones en el proceso de la psicoterapia cognitiva: intersección entre cognitivismo y epistemología evolucionista. *Revista de psicoterapia* 1992;16:57-68.
21. Harden RM, Crosby JR, Davis MH, Friedman M. From competency to meta-competency: a model for the specification of learning outcomes. *Med Teach* 1999;21:546-552.
22. Rogers C, Rosenberg RL. *La persona como centro*. Barcelona: Editorial Herder, 1989.
23. Epstein RM, Borrell F, Roma J, Nolla M, Clèries X Masachs E. Seminario sobre reflexión, autoconocimiento, docencia y práctica médica. Barcelona: Institut d'Estudis de la Salut, 1998.
24. Novack DM, Epstein RM, Paulsen RH. Toward creating physician-healers: fostering medical students' self-awareness, personal growth and well-being. *Acad Med* 1999;74:16-20.
25. Novack DM, Suchman AL, Clark W, Epstein RM, Najberg E, Kaplan C, et al. Calibrating the physician. Physician personal awareness and effective patient care. Working group on promoting physician personal awareness and effective patient care, American Academy on Physician and Patient. *JAMA* 1997;278:502-9.
26. Rogers C. *El camino del ser*. Barcelona: Editorial Kairós, 1995.
27. Savater F. *Ética para Amador*. Barcelona: Editorial Ariel, 1991.