



Competència emocional del professional de la salut

Francesc Borrell

Servei Català de la Salut, CAP Cornellà de Llobregat, Barcelona

Correspondència: 12902fbc@comb.es

Els professionals de la salut estem constantment abordant i manejant emocions. Tenir competència en aquest terreny vol dir adonar-se de les pròpies emocions i de les que tenen els consultants i saber-los donar una resposta adient i acurada. Per tal d'analitzar una mica més a fons aquests aspectes, vegem en primer lloc la naturalesa de les emocions i la diferència entre sentiments i emocions.

Sentiments i emocions

Per representar el que és una emoció podríem imaginar-nos que dintre nostre tenim un diapasó, un diapasó que vibra amb els esdeveniments de la vida quotidiana. Hi ha persones que tenen un diapasó molt sensible: estan «vibrant» constantment per tot, riuen i ploren, es sorprenen i s'engresquen. Emocionar-se d'aquesta manera no ho pot fer qualsevol, perquè emocionar-se també requereix energia, un tipus d'energia que encara no sabem definir ni quantificar, però que sens dubte existeix. Aquesta manera de reaccionar davant del món, alguns autors l'han entès com «judicis ràpids» [6]. No deixa de ser veritat que, quan ens sentim «sorpresos», hem realitzat un judici ràpid: hem entès que estem davant d'una situació «diferent»; altrament no hi hauria motiu per a la «sorpresa».

Sia quina sigui l'emoció que vulguem considerar, hi trobarem aquest component de judici.

Els sentiments són emocions reflexionades, posades en el seu context i també a voltes, en el seu pretext, com diria Panikkar [8]. Podem sentir-nos ferits per una resposta fora de lloc d'un amic, i aquesta ferida pot esdevenir amb el temps un rancor profund. Ha calgut direccionar molta voluntat, molta reflexió, perquè s'instal·li un sentiment tan negatiu i que requereix tanta energia per mantenir-se. Potser aquest sentiment és el pretext per aconseguir una fita secretament cobejada. Rera molts triomfadors hi ha persones ambicioses, i rera moltes persones ambicioses hi ha moltes persones envejoses. Podríem dir que els sentiments, fins a un cert punt, ordenen la nostra vida psíquica, perquè dirigeixen les respostes que donem al món que ens rodeja. Fins a un cert punt, les «actituds», enteses com maneres habituals de respondre, foren una manera de referir-nos a aquests sentiments estables que apareixen per dirigir les nostres accions. Veiem un accident de trànsit i pensem «bufa, quina mandra ara aixecar-me del cotxe per auxiliar!»; però també: «no em sentiré bé si no m'aixeco, perquè a més a més, se suposa que, com a professional de la salut, tinc un deure de fer-ho!». Una primera emoció davant d'un sentiment estable i madurat... qui guanyarà? Els sentiments no garanteixen, tanmateix, la direcció final de les nostres accions, com molt bé sabia sant Agustí, però, poden ser «bons propòsits» que ens hem «programat» perquè en determinats moments de la vida ens facin anar cap una banda i no a una altra. Si bé no asseguruen les nostres accions, sí que ens fan molt més confiables i consistents.

Els professionals de la salut que tenim un contacte diari amb persones que pateixen hem de tenir una bona i sòlida formació en emocions i sentiments humans. Això no vol pas dir saber-ne les seves bases neuroanatòmiques i bioquímiques —a menys que no estiguem dedicats justament a aquestes matèries— sinó sobretot saber-ne les seves bases psicològiques i ètiques. En la present contribució em centraré en un aspecte d'aquesta formació desitjable: el saber reconèixer i gestionar les emocions que sorgeixen en l'entrevista clínica.

Adonar-nos de les emocions i sentiments propis

Les emocions flueixen per la nostra vida de manera imperceptible. De tant en tant la intensitat de l'emoció és tan aclaparadora que se'ns fa evident, i l'hem de mencionar. Aleshores potser direm: «estic enrabiat per la nota

que m'ha posat aquest professor». Per una emoció que «constatem», (que anomenem verbalment), n'hi ha dotzenes que passen sense pena ni glòria, però també d'altres que estan enterrades en la nostre ment, enterrades però actives. A vegades tenim una preocupació que no sabem pas d'on ens ve, un neguit interior per al qual no trobem paraules, i només després d'escorcollar i escorcollar ens adonem que estem patint per una conducta estranya d'un fill, posem per cas. Es un neguit somort que no ens atrevim a declarar perquè, en el fons, si el reconeixem, és tant com admetre que tenim un problema. Per seguir amb el mateix exemple: que el nostre fill o filla no és el que sempre hem cregut (i volgut) que fos, que potser està enredat en un consum de drogues. Si verbalitzem aquest sentiment ens veurem obligats a repensar la nostra relació amb els fills, però si no ho fem sentim un malestar indefinible. Vaja, quina paradoxa!

Per tant, ve't ací que, per tenir una bona competència emocional, hem de saber detectar i analitzar les nostres emocions i sentiments, i per aconseguir-ho es necessita una bona dosi de coratge.

L'escola psicoanalítica va definir el concepte *insight* com la capacitat d'adonar-nos d'una emoció o sentiment. En bona part, aquesta capacitat és una capacitat de verbalitzar. Més recentment s'ha afegit el mot *alexitimia* per descriure el pol oposat. Segons aquest model, la capacitat d'adonar-nos de les nostres emocions fora com un ventall de possibilitats «de més a menys». Això s'ajusta al que veiem a la clínica però..., amb un però. Hi ha persones que, de tan sentides, prefereixen «anul·lar» la verbalització dels sentiments. Noten, però no ho expliquen, no volen fer una narrativa del seu món emocional per tal de minimitzar el seu dolor. Hi ha una dita catalana ben precisa: «els meus mals no volen remor».

Fora una estratègia que sens dubte pot tenir avantatges per a algunes persones. Tanmateix, aquesta estratègia contrària a la verbalització sentimental ens pot convertir en «sords emocionals». Tantes vegades ens descobrim sentiments en l'acte de dialogar amb un amic! Podríem dir, fins i tot, que a vegades «construïm» emocions i sentiments en l'acte de dialogar. La narrativa es també, sempre, inventiva, perquè en aquest terreny explicar-nos el que sentim quasi sempre és construir-ho.

Un aspecte que Tizón [11] posa de relleu és el tema de «veure'ns mentre actuem», «observar-nos mentre observem la realitat». Aquest desdoblament que pateix un bon entrevistador també ha estat treballat, entre d'altres, per Neighbourg [7]. És curiós constatar que quan expliquem aquest «desdoblament analític» a metges i infermeres en etapa formativa, és rebut amb escepticisme, com si això suposés una

certa minva en l'espontaneïtat. Què és l'espontaneïtat? Fora el fluir de les nostres reaccions emocionals sense cap filtre ni embut. A cada acció, una reacció. Però analitzem l'espontaneïtat sense caure en la ingenuïtat. Resulta que, a cada acció, no esdevé només una reacció, sinó que, en el pla de la nostra consciència, apareixen diverses possibles respostes. Algunes d'aquestes respostes venen carregades de volició, voldríem executar-les, son les que «sentim» més. Altres, en canvi, venen com a respostes possibles però més remotes, més allunyades del que «ens surt de dins de fer». Però aleshores projectem aquestes possibilitats sobre el que pot ocórrer. Sabem, per exemple, que si contestem airadament a un company de feina, perdrem la seva amistat. I tot i sentir-nos irritats en contra d'ell, preferim i elegim una resposta menys carregada d'irritació a favor d'una altra més «diplomàtica», potser menys espontània, però sens dubte molt més adient per mantenir valors més profunds en els quals creiem, per exemple, el valor de treballar en equip, o de tenir relacions amistoses amb qui ens rodeja. A poc a poc, aquesta tasca electiva en enfrontar-nos als molts reptes de la vida configura una manera «civilitzada» de fer, i allò que nosaltres hem elegit com valors ètics i estètics de la nostra vida es van traduint en accions coherents, tot i que potser no són les més «espontànies». Arriba un moment, tanmateix, que l'espontaneïtat esdevé allò que ens havíem proposat, i ja quasi som com ens havíem plantejat de ser. Un gran triomf del nostre ser ètic sobre una espontaneïtat «natural». No oblidem, en aquest sentit, que tot ésser humà en la seva infància parteix d'un egoisme —o narcisisme per ser més exactes— de base. Per tant, rere un discurs de «visca l'espontaneïtat» pot amagar-se la mandra de no voler treballar aquest narcisisme primigeni.

Ara bé, d'altra banda no podem confondre el treballar amb les emocions i sentiments amb el fet de fer-nos una capa d'hipocresia. Les persones «falses» pot ser que ho siguin perquè ens volen manipular, o senzillament perquè tenen un estil manipulador. M'interessa aprofundir sobre aquesta darrera possibilitat. Hi ha persones que no saben defensar els seus sentiments i es dobleguen als dels altres, aparentment per una mena de claudicació excessiva i immediata. Però aquesta renúncia inicial no és vertadera. És un rendiment d'armes que se segueix amb un «de tota manera, faré el que vulgui». És un «sí» que de fet vol dir qualsevulla altra cosa. No fer evidents els nostres sentiments, quan aquests són sentits, i no saber-los explicar i defensar, pot donar lloc a aquest estil pseudomanipulador. Les persones es poden notar enganyades per aquesta tipologia

quan en realitat es tracta d'una manca d'assertivitat, no d'una intenció manipuladora real.

Diàlegs interiors

Tots els éssers humans, quan «pensem», ens estem referint a una mena de diàlegs interiors de tipus verbal. De fet, el pensament és molt més; per «pensament», hauríem d'entendre també aquesta sensació de fred als peus que podem sentir en un moment determinat, o una punxada a la esquena, un posar la mà damunt la taula, la sensació dels múscles, etc. Però moltes vegades quan parlem del «pensament» es simplifica fins a fer-lo equivalent a «enraonar-nos», i de fet aquesta vessant té una importància cabdal. Pensem, per exemple, en els diàlegs que tenim quan ens passen coses importants, quan perdem una feina, quan un familiar té una malaltia. Mantenim diàlegs justificatius, de tipus de «per què ens ha passat això? com hem actuat? hem fet bé o malament?», etc. Ens podem explicar mentides i acabar per creure-les, de tant imperiós com resulta que aquests diàlegs ens siguin suportables. És la vida que ens expliquem; però ens la expliquem per mediació de persones que estan dialogant en la nostra ment. Aquestes persones «significatives» poden ser reals o inventades, vives o mortes, però han estat o són persones significatives per a nosaltres. Les podem haver tractat una sola vegada en la nostra vida, o poden existir com símbols, per exemple el símbol del jutge, o de Déu. De fet, una de les característiques de totes —o de quasi totes— les religions és justament aquest desdoblament dialogat de «nosaltres» i un déu o un sant o una altra figura sagrada amb la qual es resa o es parla. La ritualització del diàleg interior —és a dir, el resar!— comporta certa serenor. Poder demanar favors a una instància sagrada consola i conforta.

Nosaltres, professionals de la salut, som símbols poderosos que els nostres pacients interioritzen per utilitzar-nos en els seus diàlegs interiors. Quan els renyem, anirem apareixent en els seus diàlegs interiors renyant, i ens hi podem estar setmanes i setmanes! Quan confortem, també apareixerem confortant. Quan el pacient endevina, pel nostre posat, que les coses no funcionen bé, i potser ho farà sobre un petit signe comunicatiu tan fugisser com una mirada, aquest petit signe es pot anar amplificant una i altra vegada en diàlegs que el moguin a la por i àdhuc a la desesperació. Per això hem d'anar molt amb compte amb tots els indicis que donem i, sobretot, en la imatge que el pacient integrarà.

Treballar l'*insight* i treballar la imatge que donem

A poc a poc va apareixent la necessitat que el professional de la salut sàpiga reconèixer què li està passant per dins, allò que demostra al pacient, i allò que està passant per dintre del pacient. Ens referirem a aquest darrer aspecte més endavant, però ara ens centrarem en aquesta doble faceta de «sentir-nos i saber què estem donant» en l'acte de comunicar-nos.

Diguem en primer lloc que, per desenvolupar un bon *insight*, és necessari tenir una actitud d'acceptació plena de tot el que passa per la nostra ment. Dir això és més fort del que sembla, perquè, per la nostra imaginació, passen coses absolutament absurdes, fruit en part de les associacions lliures, i en part de les pulsions més animals que també tenim. Sant Agustí probablement tolerava molt malament aquest pensament turbulent i salvatge, i va haver de construir una filosofia del pecat que no admetia la part animal, només la més estrictament ètica. Per exemple, deia que pecava la dona que essent violada fruís corporalment en l'acte, ni que fos una mica. Tot això ha portat a un concepte de pecat «de pensament, paraula o obra», i ha donat lloc a una mena d'hipocresia que l'infant interioritza, mercès a la qual ni tan sols pot pensar en allò que és incorrecte, i si ho arriba a pensar ha de «esborrar-ho de seguida», com si mai no ho hagués pensat.

Desgraciadament, entre els propòsits moralitzadors i allò que passa per la nostra ment hi ha un abisme, i la conseqüència ha estat que l'escola psicoanalítica n'ha dit «repressió i defenses del jo». Probablement s'ha exagerat les conseqüències somàtiques d'aquests mecanismes repressius [1], però el que no hi ha dubte és que, per tenir un bon *insight*, hem d'assumir la nostra part animal, i totes les ximpleries que ens passen pel cap. D'això, en Diego Gracia en diu, d'una manera prou eloqüent, «tener el inconsciente oreado» [5]. Si no partim d'aquesta honestedat vers nosaltres mateixos, i d'una posició que vol conèixer abans de no pas judicar, és impossible tenir un bon *insight*. Ajuda molt el següent concepte: tot allò que ens passa per la ment no és pas nostre, en el sentit espiritual. No ens hem pas de judicar pel que pensem ni tan sols pel que sentim, sinó bàsicament pel que decidim que és apropiat, pels sentiments que finalment deixem prevaler, i sobretot pel que finalment fem. Allò que som nosaltres és allò que ens proposem ser. Per tant, encara que davant d'una pacient tinguem un pensament negatiu, si nosaltres ens proposem de ser professionals empàtics, allò que de debò val és l'acció solidària que finalment preval. Però hem de ser tolerants i sincers en relació al que ens ha passat

per la ment, perquè és un material que hem d'analitzar, veure quin origen té, saber que hi és, i a vegades fins i tot donar-li una sortida. Les emocions obeeixen a una intel·ligència immediata i primitiva que és part de nosaltres en un sentit positiu i negatiu. La part negativa a poc a poc pot anar minvant en la mesura que no la deixem actuar, però fora mala estratègia negar-la. De fet, allò que alguns anomenen intel·ligència emocional, a vegades consisteix a saber donar una orientació constructiva a aquests tipus d'emocions i sentiments negatius. Pensem, per exemple, en una persona que se sent menystinguda i reconverteix aquest sentiment en un repte de millorar la seva competència professional. En Ramón y Cajal, d'això, en deia «els tòpics de la voluntat» [9], propòsits positius —a vegades (però no forçosament) nascuts d'emocions o sentiments negatius— que ens guien a objectius a llarg termini.

I la imatge que donem? Allò més interessant de nosaltres sempre ho descobreixen les altres persones, abans que ni tan sols nosaltres ho sospitéssim. Ve't ací la necessitat de tenir amics que amb confiança i en un entorn mancat de sentiments negatius, ens facin saber com ens veuen actuar, com pensen que tractem les persones i com podem millorar la «representació» que fem de nosaltres mateixos. Aquest ajust constant entre el que voldríem ser i com ens veuen els altres que som i fem ultrapassa el propòsit d'aquest treball, però constitueix un eix de reflexió que ha d'acompanyar sempre el professional. Quan pensem que «ja ho fem bé», i que ja hem madurat prou i som bons professionals, la nostra excel·lència comença a decreïxer. No hi ha patrimoni que pugui resistir la inèrcia del dia a dia, perquè aquesta inèrcia sempre vol estalviar l'esforç de pensar en cada pacient com a realitat única, i de pensar-nos a nosaltres també com a éssers que anem canviant, persones en les quals noves circumstàncies ens estan generant noves maneres de fer. Clínic plens de saviesa poden fer una davallada espectacular en pocs anys, ser incapaços de renovar-se i quedar com reflexos superficials del que havien estat. Tots hi som exposats, perquè en el tracte humà el patrimoni del clínic es renova en cada acte, cada dia i per a cada pacient.

Encertar la emoció més adient

Les emocions sembla que ens vinguin de la simple interacció amb altres persones. Tanmateix, això no és del tot veritat. Les emocions també les elegim, i també ens venen de manera automàtica. Quan anem a treballar,

pel matí, podem activar un sentiment de cansament, por, aversió i pessimisme, tot barrejat. Aquest sentiment tractarà de confirmar-se al llarg del dia, sobretot si els pacients que anem veient ho afavoreixen: «ja veus quina dona més pesada», «i ara què vol aquest?», etc. És un peix que es mossega la cua. Per això, detectar aquest tipus de sentiments enquistats [2] és un dels reptes bàsics del clínic; detectar-los i transformar-los.

Una cosa semblant ocorre amb les emocions que escollim davant del pacient. Un cas extrem l'hem descrit sota l'epígraf de «notificació paradoxal» [2]. Consisteix a donar una mala notícia a un pacient amb posat alegre. Com pot passar una cosa així? Imaginem-nos davant d'un pacient de clínica complexa, en el qual finalment un petit signe clínic ens dona la clau diagnòstica. No podem evitar un sentiment d'eufòria per la troballa, i sobretot per haver estat tan «llestos». Pot semblar inhumà, pot semblar ingenu, pot semblar immadur, però és quelcom que ha passat a la majoria de metges. Allò que rep el pacient és una mena de missatge contradictori entre una emocionalitat quasi alegre i un contingut de la notícia més o menys «dolent», depenent de la malaltia.

En resum, no resulta suficient detectar les emocions i sentiments que tenim, cal saber que, fins a un cert punt, som nosaltres que decidim els més adients en cada moment. És veritat que no sempre; és veritat que ens podem equivocar; és veritat que el cansament i molts altres factors ens poden traïr; però a vegades tot és molt més senzill del que sembla: només cal escollir la paciència com a sentiment dominant, perquè és impossible empatitzar si no estem tranquils. Des de la irritació mai podem arribar a una empatia, i si hi arribem, el més probable és que sigui percebuda com postissa [3].

Percebre les emocions del pacient

Ja per acabar, algunes paraules en relació a la percepció de les emocions del pacient. Podem dir que una persona ensinistrada en la seva pròpia avaluació sentimental i emocional serà també una persona competent per avaluar les emocions de les altres persones. Alguns coneixements de tipus tècnic li poden ser de gran utilitat: per exemple, conèixer com s'entrecreuen la comunicació verbal i la no verbal, aprendre sobre videogravacions la gramàtica de la gestualitat i de manera notòria el «parallenguatge». El parallenguatge és tot allò que acompanya la paraula, el to, el timbre, el ritme, els canvis de la veu. Ens resulta tan pròxim, que expressa

força bé les emocions que en cada moment sentim. El paral·lenguatge adquireix, per tant, valor il·lustratiu, emblemàtic, regulador i adaptador. A més a més ens indica com s'està articulant el pensament, si la persona és ràpida o lenta en la seva ideació, si és capaç d'inhibir primers impulsos, etc. Per suposat, allò que diu, els mots que escull, la manera d'articular les paraules hi afegeixen moltes dades de tipus sociocultural, interès per fer-se entendre, etc.

Val a dir, en aquest punt, que el clínic ha de jugar sempre sobre un doble pla interpretatiu: la semiologia i el procés comunicatiu. Una irritabilitat en el procés comunicatiu pot tenir un valor completament diferent en el nivell semiològic, donant-nos la pista d'una malaltia depressiva o d'un altre tipus. Aquesta doble lectura de vegades ha estat mal interpretada, per exemple quan es diu que el clínic ha d'escoltar el pacient amb l'ànim de descriure més que no pas diagnosticar. Gravíssim error. El metge ha d'emprar el que Sackett [10] va anomenar «habilitats diagnòstiques directes». Quan el pacient entra a la consulta, el metge ja ha d'intentar aproximacions diagnòstiques, encara que òbviament seran molt provisionals. Aquesta lectura semiològica no ha de minvar el seu interès comunicatiu, ni l'ha d'esbiaixar a acceptar com certes aquestes primeres hipòtesis. En un altre lloc hem desenvolupat un model d'acte clínic que anomenem «emotiu-racional», que en poques paraules ens diu que hem de saber retardar un diagnòstic per donar-nos temps a processar les dades que anem obtenint [4]. Sempre tenim pressa per donar els casos per «tancats». Quin alleujament quan ens diem: «ja se què li passa a aquest pacient!» Desitgem tant arribar a aquest punt, que una vegada hi som, tanquem els canals receptius i no ens volem esforçar més «escoltant» i valorant el pacient. Viure oberts a l'escolta, oberts a les realitats complexes i angiosants que tantes vegades resulten ser els pacients, és un exercici de paciència, tolerància i esforç perceptiu. Mantenir aquesta actitud durant anys és una tasca certament feixuga, i que vol una motivació renovada. Però no ens enganyem: la major part de professions tenen reptes semblants o superiors. Aquesta és la nostra professió i si més no podem estar ben contents que aquest esforç, com deia Ramón y Cajal, ens faci ser millors. Per ser més precís, Ramón y Cajal deia, «*el trabajo me hace inteligente*». Nosaltres podríem dir: «el nostre treball ens fa ser més bones persones».

Bibliografia

1. Armengol Millans R (2004) El caso Freud y el futuro del psicoanálisis. *Jano* LXVI(1505):280-281
2. Borrell F (2004) Entrevista Clínica. Semfyc Ed Barna
3. Borrell F (2003) Compromiso con el sufrimiento, empatía, dispatía. *Med Clínica* 121(20):785-786
4. Borrell-Carrió F, Epstein RM (2004) Preventing errors in clinical practice:a call for self-awareness. *Ann Fam Med* 2:310-316. DOI: 10.1370/afm.80
5. Gracia D (2004) Como arqueros al blanco. Triacastela, Madrid
6. Marina JA (1996) El laberinto sentimental. Anagrama, Barcelona
7. Neighbour R (1996) The inner apprentice. Petroc Press, Newbury
8. Raimon Panikkar (1999) La plenitud del hombre. Ediciones Siruela, Madrid
9. Ramón y Cajal S (1956) Los tónicos de la voluntad. Espasa Calpe, Madrid
10. Sackett DL, Haynes RB, Tugwell P (1985) Clinical epidemiology: A basic science for clinical medicine. Little, Brown & Co., Boston, MA
11. Tizón J (1989) Componentes psicológicos de la práctica clínica. Ed Doyma. Barcelona