



Viernes 5 de febrero de 2010

Seminario:

“Promoción de la salud emocional del pediatra de Atención Primaria”

Moderadora:

Narcisa Palomino Urda

Pediatra, CS Las Flores. Granada.

Ponente/monitor:

■ José Luis Bimbela Pedrola

Escuela Andaluza de Salud Pública.

Textos disponibles en

www.aepap.org

¿Cómo citar este artículo?

Palomino Urda N. Promoción de la salud emocional del pediatra de Atención Primaria. Introducción. En: AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría 2010. Madrid: Exlibris Ediciones; 2010. p.177-8.

Promoción de la salud emocional del pediatra de Atención Primaria. Introducción

Narcisa Palomino Urda

Pediatra, CS Las Flores. Granada.

narcisapalominourda@yahoo.es

En este seminario se pretende proporcionar herramientas para afrontar con buena disposición, inteligencia, optimismo y realismo nuestra labor profesional cotidiana.

Intentamos que la experiencia de ir al trabajo cada día sea estimulante, fructífera y positiva para el desarrollo del pediatra tanto a nivel personal como profesional. "Hacer bien nuestro trabajo sin morir en el intento". Son frecuentes los contratiempos y adversidades que ensombrecen y dificultan nuestra actividad asistencial. Aprender a identificarlos y manejarlos, independientemente de donde procedan (pacientes, familiares, compañeros, jefes...), es una meta deseable por la repercusión en salud derivadas de la actividad laboral.

Es motivo de conversación reiterado en nuestras reuniones entre compañeros las quejas sobre las circunstancias en las que trabajamos, la sobrecarga asistencial, los encuentros difíciles que vivimos en consulta, la soledad en la que nos hallamos en nuestro medio de trabajo, la dificultad de la organización del trabajo, la incompreensión de los gestores, la impotencia por la escasa visibilidad de nuestro colectivo.

Además, si algo nos caracteriza, es la diversidad de situaciones en las que nos desenvolvemos en los distintos lugares. Los escenarios son muy diversos en función de la micro y de la macro organización del sistema sanitario en nuestro entorno. Dentro de la misma zona, e incluso dentro del mismo centro, se pueden vivir situacio-

nes y experiencias muy dispares según los profesionales, la población a la que atiende, la planificación de la asistencia. Es, por tanto, complicado encontrar respuestas aplicables en todos los ámbitos.

Tenemos que aprender a incorporar recursos que permitan optimizar nuestro esfuerzo y nos ayuden a conseguir los mejores resultados en salud, tanto para nuestros pacientes como para nosotros mismos.



Viernes 5 de febrero de 2010

Seminario:

“Promoción de la salud emocional del pediatra de Atención Primaria”

Moderadora:

Narcisca Palomino Urda

Pediatra, CS Las Flores. Granada.

Ponente/monitor:

- José Luis Bimbela Pedrola
Escuela Andaluza de Salud Pública.

Textos disponibles en
www.aepap.org

¿Cómo citar este artículo?

Bimbela Pedrola JL. Promoción de la salud emocional del pediatra de Atención Primaria. En: AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría 2010. Madrid: Exlibris Ediciones; 2010. p.179-87.

Promoción de la salud emocional del pediatra de Atención Primaria

José Luis Bimbela Pedrola

Escuela Andaluza de Salud Pública

joseluis.bimbela.easp@juntadeandalucia.es

RESUMEN

- Las emociones se contagian, tanto unas (angustia, miedo, impotencia, rabia) como otras (entusiasmo, motivación, ilusión, control).
- La gestión emocional de las emociones permite: mayor eficacia, más bienestar; mayor poder.
- La inteligencia emocional no es “magia”, es “gimnasia”.

Cuando hablamos de la salud emocional del pediatra de Atención Primaria, estamos hablando de dos aspectos fundamentales; por una parte, de todo aquello que tiene que ver con las **emociones**; y, también, de las **conductas**, porque en definitiva lo que muchas veces está provocando un desgaste emocional intenso es el difícil intento de provocar determinados cambios en las conductas de todos los “otros” relacionados: pacientes, familiares del paciente, subordinados, jefes, compañeros, etc. Además, claro está, de las propias conductas que lleva a cabo el pediatra.

Todo ello gira alrededor de tres grandes grupos de habilidades, que además se presentan siguiendo un orden que no es baladí sino clave para la eficacia final de la intervención. En primer lugar nos encontramos con las **habilidades de autocontrol emocional**; en segundo lugar, las **habilidades de comunicación** y, en tercer lugar, las **habilidades para motivar cambios de comportamiento** en “los otros”. El

orden es, desde luego importante, pues parece claro que es difícil que el pediatra pueda poner en marcha sus "fabulosas" habilidades de comunicación, aprendidas en este o en aquel curso, cuando con sólo ver entrar por la puerta de su despacho a Juan García ("el padre pesadísimo del niño X") ya se pone absolutamente "de los nervios" (ansioso, enfadado, impotente). Le va a resultar muy difícil comunicarse adecuadamente desde esa agresividad que siente, aún cuando tenga toda la teoría de la comunicación bien sabida. Por eso, repito, el orden es importante. Sin esto (ese cierto autocontrol emocional previo) la eficacia de las habilidades de comunicación que seguro tiene el pediatra quedará seriamente afectada. Por otro lado, la comunicación va a ser el medio para finalmente dar el paso siguiente, el que busca conseguir (a través del tercer grupo de habilidades presentadas) motivar cambios de comportamiento en esos "otros" citados.

Cuando decimos **habilidades de autocontrol emocional** no hablamos de eliminar las emociones. El símil con el dolor físico me parece que viene a cuento, pues igual que decimos que el dolor físico tiene utilidades tan claras como hacemos retirar la mano cuando la ponemos sobre una superficie que quema y, por lo tanto, salvaguardar la integridad de la mano, o detectar esas caries para poder realizar la intervención que solventa el problema; lo mismo podemos decir del dolor emocional; esto es, sentir angustia, ansiedad, rabia, impotencia, o miedo, ante una determinada situación nos ayudan (dado que son sensaciones molestas y desagradables) a intentar hacer algo para modificar lo que la provoca (la acción emocional equivalente a retirar la mano en el caso del dolor físico). Sin embargo, en nuestra cultura el dolor emocional tiene muy mala prensa y no queremos tenerlo cerca ("¿depresión? ¿miedo? ¿angustia?, ¡vade retro!"). Permitidme, por tanto, que desde aquí reivindique también el dolor emocional como un elemento que nos permite modificar situaciones desagradables, incómodas, y difíciles. Otra cosa es que yo haga oídos sordos a ese dolor emocional, que sienta impotencia o angustia en determinada situación y siga... "sin retirar la mano" (es probable entonces que "la mano" se acabe chamuscando). Decimos por tanto que el dolor emocional tiene también (como el dolor físico) esa utilidad. Goleman explica muy bien en su obra "Inteligencia Emocional" como el ser humano es capaz, con el

debido entrenamiento, de controlar dos aspectos claves en sus emociones: a) su duración y b) su intensidad. Por ello, cuando hablamos de autocontrol emocional decimos que no se trata de eliminar emociones sino de digerirlas, procesarlas y controlarlas. Y, eso lo trabajamos a través de la intervención en lo que llamamos "los tres niveles de la respuesta humana"; en primer lugar, el nivel cognitivo (cómo interpreto esa situación, pues según como la interprete realmente la capacidad que pueda sentir para afrontarla va a ser muy distinta). De hecho cuando hablamos de estrés decimos: se produce estrés cuando coinciden dos condiciones; primera, vivo una situación como amenazante y segunda, me siento con insuficientes recursos (de todo tipo) para afrontarla. Por lo tanto, es muy importante valorar en su justa medida la gravedad, la importancia que tiene cada situación.

Luego nos encontramos (segundo nivel de la respuesta humana) con el nivel fisiológico, en el que se incide a través de técnicas específicas de relajación, y de respiración.

Y en tercer lugar, lo que llamamos la intervención a nivel motor y de toma de decisiones, pues obviamente no nos conformamos con interpretar una determinada situación de una manera menos grave sino que además queremos cambiarla. Si una situación es un "desastre", la solución no es decirse (a nivel cognitivo) pensamientos del tipo: "desastres hay en todos los lados", o "más se perdió en Cuba", o "total no está la cosa tan mal, y yo voy tirando". Hay algunas lecturas muy simplistas e incluso malintencionadas de la inteligencia emocional que nos proponen algo en esa línea: ante una situación desagradable, yo me digo cosas positivas ("Hollywoodienses", digo yo en broma), y la situación sigue siendo igual de desagradable pero yo estoy más tranquilo. No es de esta versión "conformista" de la inteligencia emocional de la que hablamos aquí; bien al contrario, nuestra versión "inconformista" propone interpretar la situación de la manera más objetiva y más realista posible para sentirnos más capaces de cambiarla, porque queremos cambiar esa situación, para que deje de ser tan desagradable; Por tanto, ese tercer nivel de intervención es fundamental, para intentar mejorar, modificar... "las cosas".

Veamos un ejemplo. En los diversos cursos que hemos hecho ya en la línea de "cuidado al pediatra", una de las

situaciones que aparecen con cierta frecuencia cuando hablamos de situaciones que le provocan malestar emocional al pediatra, y que está relacionado con lo que llamamos los “clientes internos”:

“Decirle a un superior que no me gustó la forma en que me trató en la última reunión de trabajo que tuvimos”.

Cuando identificamos qué emociones provoca esa situación en el pediatra, fundamentalmente aparecen indignación, rabia, frustración, impotencia, y culpabilidad.

Lo que hacemos cuando hablamos de intervenir en el nivel cognitivo (lo que gráficamente llamamos “volver a pensar”, y algunos autores denominan también “pensar bien”) es, en primer lugar, traducir las emociones a los pensamientos que las han provocado, pues aunque lo primero que “salta sobre la mesa” son las emociones (indignación, rabia, impotencia, etc.), se han producido antes una serie de pensamientos (muy rápidos, muy automáticos, muy aprendidos) que hay que rescatar para poder repensarlos. En el caso concreto del ejemplo, los pensamientos que provocaban esas emociones eran los siguientes:

- “¡No aguanto más, voy a pedir el cambio de departamento!”
- “¡Siempre igual. Me trata como a un trapo!”
- “¡Vaya concepto que tiene de mí! Debe pensar que yo trago con todo.”
- “Seguro que si le digo algo se enfada conmigo.”
- “Es culpa mía. No me hago respetar. Soy un flojo.”

Cuando hablamos de “volver a pensar”, lo que hacemos es intentar identificar en estos pensamientos lo que llamamos “distorsiones o errores cognitivos” (formas distorsionadas, incompletas, subjetivas, y poco realistas de valorar las situaciones). Por ello, la pregunta clave a formularse es: Ante esa situación ¿hay otras maneras más realistas, más objetivas, más justas de valorarlas? Es como cuando llego a casa por la noche después de una agotadora jornada de trabajo, y la persona que me abre la

puerta me pregunta: “cariño, ¿cómo te ha ido el día?”; y yo le respondo: “¡hoy?, ¡fatal!, ¡todo me ha salido mal!”. Resulta que la persona que ha oído esa frase (que yo le digo con cara de enfado) ya ha hecho varios cursos de habilidades emocionales, y ya sabe como funciona esto del “volver a pensar”; y por ello, entonces va y me pregunta: “¿todo-todo te ha salido mal, cariño?”, de las doscientas cuarenta y dos cosas que has hecho hoy ¿todas te han salido mal?”; y yo le contesto: “¡no!, mujer, es sólo una manera de hablar, lo que quiero decir es que ha habido dos reuniones (o dos pacientes, o dos ponencias, o dos lo qué queráis), dos, que me han salido un poquito...regular”, y entonces ella me dice: “¡fíjate que interesante, cariño, ha habido doscientas cuarenta que te han salido bien y tú valoración del día es “fatal, todo me ha salido mal”, ¿crees que hay alguna forma más objetiva, más realista, más justa de interpretar el día?”. Esa, esa es la idea.

Cuando les hicimos esta pregunta clave a los pediatras del ejemplo, generaron otros pensamientos. La situación era, obviamente, la misma pero fueron capaces de generar otros pensamientos más objetivos, más realistas, más justos, según ellos:

- “La verdad es que la mayor parte de mi trabajo me resulta satisfactorio. Estoy bien aquí y creo que lo hago bien.”
- “Lo cierto es que fue en esa última reunión cuando me sentí mal. Otras veces no me he sentido tratado así.”
- “No sé lo que pasa por su cabeza. Además, otras veces me he sentido muy valorado por él.”
- “Si cuido lo que le digo y cómo se lo digo, es posible que no se lo tome mal. Puedo enfocarlo como una ganancia para todos.”
- “Quizás podría haberlo aclarado antes, en cuanto pasó. Pero creo que aún estoy a tiempo.”

Lo fundamental es que estos pensamientos alternativos a los más viscerales, automáticos y primitivos sean generados a partir de los valores y principios personales que

tiene el pediatra, y no mediante "recetas estándar" supuestamente útiles para todos.

Una vez generados los nuevos pensamientos la pregunta entonces es ¿ahora, qué emociones me embargan? ¿qué siento? En el caso del ejemplo las nuevas emociones eran:

- Satisfacción.
- Tranquilidad.
- Bienestar.
- Sensación de control de la situación.
- Seguridad.

Esta es la idea: ¿cuándo va a ser más eficaz el pediatra a la hora de realizar actividades como "presentar las nuevas líneas, negociar con los clientes, promover nuevos procesos, etc."? ¿Cuándo haga la intervención desde la indignación, la impotencia, y la rabia, o cuando la haga desde la satisfacción, la tranquilidad, o la sensación de control?

Por poner un par de coletillas más al tema:

- A) Como se escucha con frecuencia en los cursos "¡oye!, pues esto también me sirve para la vida cotidiana". Por supuesto, por supuesto. Es seguramente una de las causas por las que más nos enganchan a todos estos temas de la inteligencia emocional, que son absolutamente aplicables a la vida cotidiana, a la relación con el entorno doméstico diario. Y eso, la verdad, también es estupendo... y se agradece.
- B) Hay una serie de automatismos "culturales" a la hora de valorar las situaciones que nos hacen bastante la puñeta. Por ejemplo, este automatismo en el que yo caía cuando llegaba a casa y decía: "¡todo me ha salido mal!": automatismos que nos hacen caer en estas generalizaciones del "todo", "siempre", "nunca", "nada", "jamás", "imposible", o que hacen que cuando un pediatra que está a nuestro cargo nos entrega su trabajo, lo primero que vemos, automáticamente, es lo que está mal, lo que "chirría" (igual que cuando mi hijo

me trae las notas de este trimestre y de las diez materias ha habido nueve en las que ha sacado buenas notas e incluso algún sobresaliente, pero resulta que las matemáticas las ha suspendido), ¿qué es lo primero que le digo a él cuando me da las notas? Ese automatismo es el que nos lleva, entre otras cosas, a mirar solamente o prioritariamente, lo que está mal... de lo que hace mi hijo, de lo que hace el jefe, de lo que hace el cliente, o de lo que hace el subordinado. Y también, desde luego, de lo que hacemos nosotros mismos (como me pasaba a mí cuando llegaba a casa y hacía esa valoración de lo que había hecho a lo largo del día). Este automatismo lo hemos (si me permitís el verbo) "mamado" tanto en nuestra cultura y desde tan temprana edad que hay gente que dice: "esto es lo natural en mí". Y entonces nosotros decimos, ¡cuidado!, no sabemos cómo acabará toda la investigación ésta tan puntera del genoma, pero hasta ahora, aún no se ha descubierto el "cromosoma machacante" que me obligue a ir directamente a lo que está mal, a lo que "chirría", de lo que hacen los demás o de lo que hago yo. Por lo tanto, decimos: "no es natural, sí es aprendido", y esa es una muy buena noticia porque quiere decir que, como comentaban muy acertadamente unos alumnos en un curso para pediatras, se puede "desaprender". Y a mí, la verdad, me gustaría daros algún motivo, alguna pista, alguna sugerencia, para motivaros a "desaprenderlo", por que me gustaría que a partir de esta ponencia, estos automatismos que he explicado brevemente los pusiésemos en crisis. Esos "todo", "siempre", "nunca", "jamás", "imposible", esas "etiquetas" (que nos hacen confundir las conductas –Juan ha hecho "esto"– con los rasgos de personalidad – Juan es un "tal"), ese "catastrofismo" (que nos lleva a anticipar sólo lo peor), ese "filtro mental" (que hace que nos fijemos sólo en lo que está mal, en lo negativo. Me gustaría ofrecer os unas preguntas para ayudaros a ponerlos en crisis. Alguna pregunta tiene que ver con algo que ya he comentado y otras son más novedosas:

- ¿Son la manera más objetiva, más realista, más justa de ver las cosas?
- ¿Cómo me hacen sentir?

- ¿Me ayudan a cambiar las cosas?
- ¿No serán, a veces, estrategias tipo “pan para hoy y hambre para mañana”?

Y, finalmente, para hacer el final un poquito más ligero, cabe preguntarse lo mismo que preguntaba Hércules Poirot cuando llegaba a la escena del crimen en las novelas de Agatha Christie:

- “¿A quién beneficia el crimen?”

En el caso que nos ocupa: esos pensamientos automáticos, los de antes de volver a pensar, los que os hacen sentir frustración, angustia, ansiedad, impotencia, rabia... ¿a quién benefician?, porque si se mantienen seguramente será por algo, porque alguien saldrá ganando, ¿pero quién? ¿Vosotros? Vale la pena preguntárselo.

Todo ello son pistas para intervenir en el nivel cognitivo (en cómo se interpreta una situación). Por otro lado, cuando hablamos del nivel motor y de toma de decisiones, de ese tercer nivel que decíamos para cambiar las cosas, me gustaría recordar que la decisión que se tome tendrá que ver con los valores y los principios del que la toma (dicho en términos más coloquiales, lo que voy a decidir y hacer tendrá que ver con lo que pienso, con lo que creo, con lo que “me hace levantar cada mañana para ir al trabajo”). Seguro que la decisión que se tome tendrá que ver con eso, con esas frases motor que mueven a las personas:

- “En la vida hay perdedores y ganadores, y yo tengo muy claro donde quiero estar.”
- “Quien da primero da dos veces.”
- “Todo el mundo va a la suya.”
- “El que no corre vuela.”
- “No quiero para otros lo que no quiero para mí.”
- “El que se mueve no sale en la foto.”
- “El que no llora no mama.”

- “Creo en la amistad.”
- “Sálvese quien pueda.”

No os vamos a preguntar en ningún momento de la ponencia cuáles son vuestras frases-motor, pero las tenemos, todos las tenemos; y, desde luego, influyen en las decisiones que tanto a nivel personal como a nivel pediatra tomamos cada día.

Además de coherencia en la decisión que se tome, coherencia con los valores y principios del que decide, os proponemos, de la mano de Carlo Cipolla, lo que llamamos “el criterio de inteligencia”. Este autor, en un libro suyo que os recomiendo apasionadamente (*Allegro ma non troppo*), formula con gran ironía, con gran sabiduría, lo que él llama las leyes de la estupidez humana. En ese libro, Cipolla plantea el siguiente esquema que voy a intentar sintetizar a continuación:

Cuando en el desarrollo de mis tareas pediátricas interactúo con alguno de esos “otros” citados anteriormente (cliente, subordinado, jefe, compañero, o quien queráis), yo tengo mis objetivos a alcanzar. Vamos a representar, dice Cipolla, lo que sería el logro de mis objetivos en el eje de ordenadas, donde tendríamos en el extremo superior el punto donde yo consigo todos mis objetivos y todos al cien por cien, y donde el extremo inferior representaría el punto en el que no consigo ninguno de mis objetivos y en ninguna medida. Ahora bien, como nos recuerda Cipolla, el “otro” tiene también sus objetivos, unos objetivos que suelen ser distintos a los míos y cuyo nivel de logro se van a representar en el eje de abscisas, en el extremo de la derecha cuando el “otro” no consigue nada y en el extremo de la izquierda cuando lo consigue todo. De esta forma surgen cuatro cuadrantes a los que Cipolla bautiza y caracteriza de la siguiente manera:

1. Al cuadrante “superior-izquierda”, en el que las dos personas implicadas ganan, lo llama “el cuadrante inteligente”. Eso sí, en el bien entendido de que a veces estaremos en un punto donde yo habré conseguido casi todo lo que me proponía y el otro a lo mejor poquito; y otras vez estaremos en punto donde el otro ha conseguido casi todos sus objetivos y yo

poquitos. Pero la idea es: los dos ganamos con ese acuerdo, ese cambio, esa reestructuración, esa actividad, ese curso, etc. Yo, ahora, pasados los años, recuerdo en la época en que estaba coordinando programas de intervención del SIDA en Barcelona, en el distrito de Ciutat Vella y me tocó durante una época negociar con los empresarios del sector de la prostitución. Me recuerdo a mí mismo intentado "venderles" con toda mi ingenuidad mis objetivos "salubristas", objetivos que no me "compraban". Claro, sus objetivos eran de otro tipo, eran más bien "económicos". Ante esa diferencia de objetivos cabrían varias opciones: una, que yo asumiese los suyos (y me pasara al "bando economicista"), otra, que es muy frecuente cuando vemos que el otro no tiene nuestros objetivos, que yo hubiese asumido entonces como objetivo prioritario convencerles de la "verdad salubrista" para intentar conseguir que ellos asumiesen mis objetivos (la verdad es que, a veces, gastamos mucho tiempo, mucha energía, mucha ilusión, muchos recursos de todo tipo en intentar que el otro asuma nuestros objetivos). No es lo que sugiere Cipolla, él nos recomienda una tercera vía, para él la más inteligente, la que intenta encontrar puntos (acuerdos, intervenciones, cambios, etc.) donde los dos ganemos, donde los dos podamos obtener objetivos (todos o parte de ellos). En la segunda reunión, con esos empresarios citados, aparecieron dos aspectos que de forma sorprendente no habíamos manejado en ningún momento y que se situarían en este cuadrante inteligente: a) una prostituta "sana" rinde económicamente más que una "enferma"; y b) "la seguridad vende". Hicimos una pequeña campaña en sus establecimientos con un lema, en unas pegatinas que poníamos en sitios estratégicos que decían, muy discretamente, eso sí: "mis chicas están sanas, usted, aquí no va a coger nada malo", y eso al cliente le gustaba, le tranquilizaba y hacía que a través del "boca-oreja" aumentase la clientela, por lo que vimos luego en la evaluación: "caja" (recaudación) al final de semana, que era la evaluación que hacían esos empresarios. La idea es, por tanto, vamos a movernos en este cuadrante inteligente porque los acuerdos y/o cambios que tengamos en este cuadrante será más fácil que se mantengan en el tiempo, que permanezcan. En ese sentido, por tanto,

va a ser muy importante que quedan claros, que se expliciten, que salgan a flote, cuáles son los objetivos de ambas partes. Ya sé que eso es complicado, y que trabajamos a veces con niveles distintos: los objetivos explícitos, los implícitos, las agendas ocultas, etc. Pero, es obvio que va a ser complicado moverse en el cuadrante inteligente si no sabemos cuáles son mis objetivos y si no conocemos los objetivos del otro.

2. Con frecuencia, en el desarrollo de las tareas pediátricas nos movemos en el cuadrante "Superior-derecha", en el que el que gana es el pediatra, y el otro pierde. A este cuadrante le llama Cipolla, "el cuadrante malévolo" (yo gano y el otro pierde), y nos enganamos bastante a este cuadrante porque la verdad es que aquí también conseguimos cambios; cuando hay una relación, como ocurre a veces en el desempeño del rol pediatra, de fuerza, de autoridad, de dependencia, de poder, de jerarquía, se produce también un cambio en este cuadrante; lo que llamaríamos "el cambio por decreto-ley" o "por narices". Pero, claro, ya sabemos lo que pasa cuando alguien a nosotros, por ejemplo, los que estamos en esta reunión, alguien digo, nos impone un "algo" (un cambio, una reestructuración, o una sesión); a la que podemos boicoteamos ese "algo" (hecha la ley, hecha la trampa), pues no ganamos nada con ese cambio, esa sesión, ese... Ésta es la gran pega que tiene este cuadrante, que los cambios son cambios que no permanecen, que no duran. Es un ejemplo de esa estrategia, antes citada al hablar del "volver a pensar", de "pan para hoy y hambre para mañana": ese cambio es difícil que permanezca si "el otro" no gana nada con él. Es, por lo tanto, un cuadrante que no nos interesa, y que a corto plazo implica "queme" y desgastes importantes.
3. Obviamente tampoco nos interesa el cuadrante "inferior-izquierda", al que Cipolla llama el "cuadrante incauto o ingenuo", donde el "otro" obtiene objetivos, consigue lo que quiere, y el pediatra no gana nada, no logra sus objetivos.
4. De igual manera, está claro que tampoco nos interesa movernos en el último cuadrante que queda (el "inferior-derecha"), el cuadrante al que Cipolla llama

"estúpido o imbécil", donde todos los actores implicados pierden.

A modo de síntesis, en relación con la intervención en lo que serían los aspectos emocionales fundamentales, diríamos que cuando estamos "volviendo a pensar", estamos buscando pensamientos más objetivos, más realistas, y más justos; y que cuando intervenimos para modificar la situación, estamos intentando que la alternativa seleccionada para afrontar dicha situación conjugue: a) la coherencia con mis pensamientos, porque si no esa decisión me va a durar dos días y/o yo me voy a "romper emocional, física, y socialmente) y b) que sea una alternativa inteligente, en el sentido de que el "otro" (los "otros") también obtengan (al menos parte de) sus objetivos. Si no, va a ser muy difícil que ese cambio, por decreto-ley, se mantenga.

Decíamos hace un rato que otro gran grupo de habilidades a trabajar eran las **habilidades de comunicación**, y aquí, simplemente recordar (porque sé que domináis el tema después de tantos cursos hechos) la importancia de distinguir y entrenar específicamente entre lo que es la comunicación verbal (lo que se dice, "la letra de la canción") y lo que son "las músicas" que acompañan a esa letra (lo no verbal). Los expertos en comunicación, que los hay, nos dicen que más del cincuenta por ciento de la comunicación que establecemos con el "otro", sea quien sea el otro, es "música" (lo no verbal). Lo segundo que nos dicen es que cuando la "letra" y la "música" no dicen lo mismo, la comunicación "chirría", suena mal y entonces lo que impacta realmente en el interlocutor es la "música" (cómo le dije lo que le dije). En mis cursos utilizo mucho una frase, que algunos conoceréis, para tratar este tema. Les digo a los alumnos: "un día leyendo una novela me encontré una frase que decía el chico a la chica; frase que ahora voy a poner aquí, delante de todos y que, por favor, os ruego que nadie lea en voz alta". Entonces destapo la frase ("Sí amor, sí que te quiero"), dejo unos segundos para que puedan leerla (calladamente) y entonces les digo: "por favor, ¿podrías levantar la mano aquellas personas del grupo que cuando leáis esta frase pensáis que el chico quiere a la chica?" (aproximadamente, y como término medio, un tercio de la clase levanta la mano, opinando que sí la quiere); a continuación pregunto:

"por favor, ¿podrías levantar la mano aquellas personas que al leer la frase pensáis que el chico no quiere a la chica" (unos cuantos alumnos levantan la mano, casi siempre unos cuantos más que en la votación anterior; eso es, hay unos cuantos más que creen que no la quiere). Con frecuencia hay gente que no "vota" ni en un caso ni en otro, y son aquellos que me acaban diciendo finalmente: "es que te hemos pillado enseguida; esta frase, según cómo se lea, puede comunicar que la quiere, que la quiere muchísimo incluso, o puede comunicar absolutamente lo contrario, que pasa olímpicamente de ella". Es en ese momento cuando, para comprobar si eso es cierto, les pido, a algunos de los que han levantado la mano diciendo que "sí" la quiere, que lean la frase y que intenten convencernos, comunicarnos, que sí, que la quiere mucho; y pido también a otros de los que han dicho que "no", que no la quiere, que lean la frase intentando comunicarnos que "pasa olímpicamente" de ella. ¿Pensáis que ambos grupos consiguen comunicarnos lo que les pedimos? Pues... sí, sin cambiar nada de la "letra", sólo acompañándola con una "música" diferente, consiguen comunicar mensajes contrarios.

La letra, desde luego es también importante. En mis cursos suelo trabajar un instrumento llamado "Decálogo de petición de cambios" y en el que, por ejemplo, se ve claramente la diferencia entre decirle a una persona, "cuando haces tal cosa" (ponemos un ejemplo doméstico de una pareja: "cuando pones los pies encima de la mesa"), o decírselo con esta otra letra: "si pones los pies encima de la mesa"; solamente hemos cambiado una palabra, el "cuando" por el "si", y sin embargo el efecto en el interlocutor es totalmente distinto. Vemos pues la importancia de trabajar tanto las letras como las músicas para que digan lo mismo, para que el mensaje sea coherente, consistente. Y todo ello aplicado a todos estos verbos que llamamos, "los verbos clave en comunicación", verbos que conocéis y sobre los que, por lo tanto, sólo voy a hacer una pequeña revisión. El primero: concretar "mis" objetivos, que va a ser muy importante también por lo que decíamos del cuadrante inteligente de Cipolla. Yo añadiría un adverbio entre concretar y objetivos: "honestamente". Creo que es importante hacer, en privado y con calma, la reflexión siguiente: mañana cuando vaya a ver a este grupo de clientes, cuáles serán, de verdad, mis

objetivos (¿machacarlos?, ¿intentar conseguir su colaboración?, ¿demostrarles que allí, en esa reunión, mando yo... y que no me van a torear?, ¿demostrarles lo que sé?, ¿identificar sus dudas o dificultades?). Es importante hacerse esta pregunta pues según lo que me conteste, la letra y la música de esos verbos tan maravillosos que hemos visto tantas veces en los talleres de comunicación, van a ir en un sentido o van a ir en otro, y van a producir unos mensajes coherentes o unos mensajes inconsistentes. Por eso es importante hacerse esa pregunta (la de concretar objetivos), para que luego no tengáis que hacer "teatro" al interactuar con los "otros", sino que realmente consigáis llevar a cabo la comunicación más eficaz: la comunicación honesta.

Veamos, a vuelo de pluma, alguno de esos verbos clave:

- Preguntar; recordando que cuando pregunto, además de obtener información, busco otras tres cosas (algunas de ellas muy relacionadas con los contenidos de este curso): transmitir interés para generar confianza, "obligar" a pensar sobre el tema que me interesa y darle participación y protagonismo al "otro" para comprometerlo, para "pringarlo".
- Escuchar... activamente, pues en comunicación si el "otro" no se entera no me sirve, por eso para llevar a cabo una escucha activa realizamos gran cantidad de acciones (verbales y no verbales): asentimos con la cabeza, nos acercamos, parafraseamos, mantenemos contacto visual y, a veces, físico, nos sentamos de determinada manera, etc. etc. etc. Toda esa "parafernalia" verbal y no verbal (esas "letras" y esas "músicas") no es porque queramos hacer ejercicio, es porque queremos demostrarle al otro que le estamos escuchando, pues en comunicación ocurre como ocurría con la mujer del César, que además de ser honrada tenía que parecerlo.
- Empatizar; ponerse en el lugar del otro. Eso también tiene que hacerse activamente, pues si el "otro" no se entera de que yo puedo entender sus miedos al cambio, sus temores ante ciertas novedades, o sus preocupaciones frente a determinadas reestructuraciones, me va a servir de poco. Por eso, igual que

hacemos toda una parafernalia para demostrar que lo estoy escuchando, hay que decirle (tanto de forma verbal como de forma no verbal) que puedo entender sus emociones, sus razones, sus actitudes, etc.

- Sintetizar; intentando que, a través de preguntas, sea "el otro" el que realice tanto las síntesis intermedias como la síntesis final (a fin de obtener los beneficios derivados de preguntar).
- Reforzar; para: a) aumentar la autoestima del "otro"; b) lograr que repita lo que ha hecho bien; y c) motivarlo para que incorpore mejoras en lo que está mal.
- Retroalimentar (hacer *feed-back*), a fin de evaluar la comunicación e identificar qué cambios deberá incorporar el emisor (el pediatra) para mejorar el proceso comunicativo con el "otro".

Y ya para acabar el capítulo de la comunicación, me gustaría recordar el concepto de "reciprocidad", que funciona tanto en lo negativo (si entro en su despacho agresivamente lo más probable es que el "otro" también se muestre agresivo) como en lo positivo (si "siembro" refuerzo en mi entorno –pediatra y/o particular–, es más fácil que luego "recoja" refuerzo). Igual ocurre con el tema de la empatía: ¿cómo le voy a pedir (honestamente) a un cliente que entienda un error que yo he cometido si nunca antes he entendido alguna de sus dudas, miedos o preocupaciones?

Finalmente, cabe comentar que el otro gran grupo de habilidades a trabajar eran las **habilidades para motivar cambios de conducta**.

Cuando hablamos de este tipo de habilidades decimos que es importante, en primer lugar, realizar una buena "fotografía" de los factores que influyen en la conducta que se esté analizando. Culturalmente estamos acostumbrados, en este país, a dar "recetas conductuales" (muy bien intencionadas, eso sí) del tipo "haz esto", "no hagas lo otro", "ponte esto", "no te pongas lo otro" (lo mismo cuando trabajamos con los clientes externos que cuando lo hacemos con los clientes internos), sin hacer antes un buen diagnóstico conductual; es decir, sin identificar qué

factores influyen (motivando, facilitando o reforzando) para que esa persona (el "otro") haga tal o cual conducta. El modelo PRECEDE de Green, que he tenido el placer de adaptar, es un instrumento ágil y de enorme utilidad para llevar a cabo el citado diagnóstico conductual previo a la intervención motivadora de cambios. Dicho modelo sintetiza los factores explicativos a identificar en: información, emociones (actitudes, valores y creencias), habilidades, recursos y consecuencias.

Para lo que es ya la intervención, hay diversos modelos "en el mercado" de las ciencias del comportamiento. En mis cursos suelo trabajar un modelo concreto, "el Decálogo" que nos interesa sobre todo porque permite, en muy poco tiempo, realizar una intervención que motive cambios de comportamiento, a nivel individual. En lo que se refiere a la intervención grupal, se han aplicado una serie de métodos (EDIPO los llamamos, por aquello de las iniciales de: expositivo, demostrativo, interrogativo y por descubrimiento) que permiten intervenir en un grupo para modificar valores, creencias, actitudes, aptitudes, habilidades y destrezas.

Todo esto es, en definitiva, "eso" que llamamos "salud emocional del pediatra de Atención Primaria". Ni más... ni menos. Algunos dicen, cuando me oyen hablar de estos

temas (cuidar a los pediatras, las emociones, las letras y las músicas, la motivación para el cambio, etc), que esto es como "pedir la luna", demasiado ambicioso, imposible de alcanzar; y otros, en cambio, dicen que es como "estar en la luna", ser poco realista, pecar de demasiado ingenuo. Espero, de corazón, que este taller haya desmentido, con palabras y con hechos, con actitudes y con aptitudes, con letras y con músicas, tanto a unos como a otros. Y al final, como habéis visto, me he quedado con ese sol espléndido y feliz que espero nos tramita energía, ilusión y fuerza para afrontar nuestro día a día pediatra... y personal.

Gracias.

BIBLIOGRAFÍA BÁSICA

1. Bimbela JL. Cuidando al profesional de la salud. 8.^a ed. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 2008.
2. Bimbela JL. Gimnasia emocional. Pasamos a la acción. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 2008.
3. Bimbela JL. Gimnasia social. La práctica. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 2009.