



Inteligencia emocional para médicos del siglo XXI

Autor | Pablo Fernández-Berrocal. Catedrático de Psicología. Universidad de Málaga

La relación médico-paciente está en el centro de la práctica médica y una buena gestión de esta relación es un objetivo hacia el que todo profesional aspira de forma abierta. No obstante, este ideal se ve atropellado continuamente por la velocidad de la Medicina del siglo XXI centrada primordialmente en lo técnico, y sin espacio ni tiempo para una comunicación efectiva con el paciente. Este olvido de la relevancia de las habilidades de comunicación clínica tiene un coste muy elevado en la Medicina actual como demuestran diferentes investigaciones recientes.

Foreman: *Para tratar pacientes nos hicimos médicos.*

House: *No, para tratar enfermedades somos médicos.*

Tratar pacientes es lo que hace a los doctores miserables.

Tamblyn y colaboradores llevaron a cabo un seguimiento de médicos recién licenciados durante varios años en Canadá.¹ Este estudio mostró una relación entre sus habilidades de comunicación clínica evaluadas mediante un examen oficial del Consejo Médico de Canadá y las denuncias posteriores registradas ante las autoridades médicas. En concreto, los médicos cuyos resultados en la prueba de habilidades de comunicación estaban en el cuartil inferior tuvieron un riesgo significativamente mayor de denuncias por parte de los pacientes. El caso de las denuncias médicas puede parecer anecdótico, pero en este estudio el 17 por ciento de los médicos tuvo al menos una denuncia en un periodo de seguimiento de 10 años. España tampoco ha sido inmune a este proceso iniciado en países como Estados Unidos o Gran Bretaña, como muestra el dato de que las demandas a médicos se han cuadruplicado en los últimos diez años.

La Inteligencia Emocional ha sido propuesta como un concepto clave para organizar las destrezas interpersonales y de comunicación en el ámbito de la profesión médica

Estos resultados y similares han provocado que tanto las universidades como las instituciones médicas hayan focalizado su atención en la mejora de las habilidades emocionales y sociales del personal médico. Pero ¿es esta preocupación nueva? El interés por la comunicación nace en 1970 en Estados Unidos y ya a finales de los 90 surgen diferentes publicaciones que describen la relevancia de la relación médico-paciente como un indicador esencial de la calidad del sistema sanitario. España tiene una tradición humanista en Medicina que tiene su máxima expresión en el siglo

XX con Gregorio Marañón (1887-1960) y que puede considerarse un antecedente claro de esta nueva forma de ver la relación médico-paciente. El humanista Laín Entralgo lo ilustra con una interesante anécdota de Marañón que ejemplifica su visión de la Medicina:

Le preguntó una vez un periodista cuál era, a su juicio, el aparato que más ha hecho progresar a la Medicina. Marañón contestó: La silla.²

Esto es, escuchar y, sobre todo, saber escuchar para aprender a decir lo que queremos transmitir al paciente. Esta novedosa idea de Marañón entronca con los esfuerzos actuales por desarrollar las competencias médicas de una forma más global y no sólo exclusivamente técnica.



Pablo Fernández-Berrocal

En Estados Unidos, el prestigioso *Accreditation Council for Graduate Medical Education* (ACGME) que ha servido de modelo para otras agencias nacionales ha especificado que la educación médica graduada debe ser agrupada en seis competencias claves que son: cuidado del paciente, conocimiento médico, aprendizaje basado en la práctica, destrezas interpersonales y de comunicación, profesionalismo, y práctica basada en el sistema. A este ambicioso proyecto se le conoce como *Outcome Project* (<http://www.acgme.org/Outcome>).

De las competencias consideradas como esenciales por la ACGME, varias de ellas están vinculadas con las habilidades emocionales y sociales (e.g., cuidado del paciente y profesionalismo) pero, en especial, la etiquetada como destrezas interpersonales y de comunicación.

La Inteligencia Emocional (IE) ha sido propuesta como un concepto clave para organizar las destrezas vinculadas con las destrezas interpersonales y de comunicación en el ámbito de la profesión médica.³

¿Qué es la IE?

La primera formulación teórica de la IE aparece en un artículo publicado en 1990 por los psicólogos Peter Salovey y John Mayer. Los autores tratan de unir las diferentes líneas de investigación sobre inteligencia y emociones,

definiéndola de una manera explícita y clara, y revisando las áreas de investigación que pueden ser relevantes para el concepto, como la neurociencia y la psicología clínica. Sin embargo, esta línea de investigación permaneció oculta hasta que Daniel Goleman la popularizó en 1995 con su *bestseller* "Inteligencia Emocional" generando su difusión masiva tanto en el contexto académico como en el ámbito popular dando lugar a la proliferación de numerosos libros de divulgación y de autoa-

Un médico con unas adecuadas habilidades de comunicación clínica disminuye el número de demandas recibidas, el grado de adherencia de los pacientes al tratamiento y su nivel de satisfacción

Figura 1: Modelo de IE de Mayer y Salovey



yuda lo que llevo a desdibujar el término.

Actualmente, la IE se conceptualiza desde diversos modelos teóricos, a partir de los cuales se han generado diferentes instrumentos de evaluación.

En la literatura especializada podemos encontrar una distinción entre aquellos

modelos de IE que se focalizan en las habilidades mentales que permiten utilizar la información que nos proporcionan las emociones para mejorar el procesamiento cognitivo (denominados modelos de habilidad) y aquellos que combinan o mezclan

habilidades mentales con rasgos de personalidad, tales como persistencia, entusiasmo, optimismo, etc. (denominados modelos mixtos). Esta diferencia conceptual es de gran relevancia, ya que según los modelos de habilidad, los diferentes aspectos de la IE se podrían mejorar a través de diversos programas de entrenamiento especializados, mientras que según los modelos mixtos, algunos aspectos relacionados con la propia personalidad son difícilmente modificables.⁴⁻⁵

Para Salovey y Mayer, la IE es concebida como una inteligencia genuina basada en el uso adaptativo de las emociones de manera que el individuo pueda solucionar problemas y adaptarse de forma eficaz al medio. Desde esta perspectiva teórica, la IE se plantea como "la capacidad para percibir, valorar y expresar las emociones con exactitud; la capacidad para acceder y generar sentimientos que faciliten el pensamiento; la capacidad para entender la emoción y el conocimiento emocional; y la capacidad para regular las emociones y promover el crecimiento emocional e intelectual".⁶ Se trata de un modelo jerárquico en el que para llegar a las habilidades de mayor complejidad como el manejo emocional son necesarias cada una de las habilidades previas más elementales (Ver Figura 1)

A continuación, pasamos a definir cada una de las habilidades que componen el modelo.

Percepción, evaluación y expresión de las emociones

Esta habilidad hace referencia a la precisión con la que los individuos pueden identificar las emociones en uno mismo con los correspondientes correlatos fisiológicos y cognitivos que éstas conllevan. Las emociones pueden ser reconocidas no sólo en uno mismo, sino también en otras personas y objetos (obras de arte, sonidos,...). También incluye la capaci-



Figura 2: Ejemplos de conductas entrenadas

Comunicación No Verbal	Comunicación Verbal
<ul style="list-style-type: none"> • Mantener contacto visual • Inclinar hacia delante para mostrar atención • Asentir con la cabeza para indicar comprensión • Ausencia de movimientos de distracción 	<ul style="list-style-type: none"> • Evitar interrupciones • Fomentar la participación de los pacientes • Obtener y validar las emociones del paciente • Infundir ánimo • Ofrecer apoyo

dad para expresar las emociones de una manera adecuada, así como para discriminar con precisión la honestidad o no de las emociones expresadas por los otros. Los individuos que saben acerca de la expresión y manifestación de emociones también son sensibles a las expresiones emocionales falsas o manipulativas que muestran otras personas.

La emoción facilitadora del pensamiento

Esta habilidad hace referencia a los eventos emocionales que ayudan al procesamiento intelectual, es decir, a cómo las emociones actúan sobre nuestro pensamiento y nuestra forma de procesar la información. Las emociones van a determinar y mejorar el pensamiento porque dirigen la atención de los individuos hacia la información importante. Las variaciones emocionales nos van a permitir adoptar diferentes puntos de vista y múltiples perspectivas de los problemas.

Comprensión y análisis de las emociones: conocimiento emocional

La tercera rama del modelo hace referencia a la capacidad para comprender emociones y utilizar el conocimiento emocional. Incluye la capacidad para etiquetar

las emociones e identificar las relaciones que se dan entre las palabras y el significado de la emoción. Abarca también la habilidad para comprender emociones complejas, así como aquellas que se producen de modo simultáneo.

El desafío será diseñar programas para que los médicos tengan a partes iguales los conocimientos técnicos y la IE necesaria para establecer una comunicación efectiva y positiva con sus pacientes

aquellos que nos resultan menos placenteros. Para que podamos aprender de las emociones es necesario que atendamos a los sentimientos positivos y negativos. De ahí que la primera habilidad dentro de la rama de regulación emocional sea precisamente la apertura a los sentimientos. Incluye la capacidad para reflexionar sobre las emociones descartando o utilizando la información que nos proporcionan en función de su utilidad. Alcanza también a la habilidad para manejar las emociones en uno mismo y en los demás, moderando las emociones negativas y aumentando las positivas sin cohibir o extremar la información que ellas conllevan.

La medida más elaborada para evaluar la IE

es el Test de Inteligencia Emocional Mayer-Salovey-Caruso (MSCEIT). El MSCEIT es una escala de rendimiento, es decir, mide cómo de bien rinden las personas en las tareas y resuelven problemas emocionales en lugar de limitarse a preguntar cuál es su estimación personal sobre sus capacidades emocionales como hacen otros test de autoinforme con las desventajas y limitaciones que esto supone.⁷⁻⁹

Los beneficios de la IE

La IE ha mostrado su influencia positiva en diferentes ámbitos de la vida cotidiana y profesional. Por ejemplo, las personas emocionalmente inteligentes tienen mejor salud física y mental, mayores niveles de bienestar y satisfacción vital, menos conductas de riesgo como consumo de drogas, así como mejores relaciones interpersonales y sociales tanto en el contexto profesional como personal.⁴

Pero, ¿en qué campos puede ser útil la IE en el ámbito de la Medicina?

La literatura científica existente ha mostrado su utilidad en cuatro ámbitos:¹⁰

1. En la relación médico-paciente, y en aspectos relacionados con la calidad del cuidado y la satisfacción del paciente,
2. el rendimiento, el nivel de implicación y satisfacción profesional de los médicos,
3. los procesos de selección en centros educativos y profesionales médicos, y
4. en el entrenamiento y desarrollo de las habilidades de comunicación clínica.

Ilustraremos con algunos estudios su repercusión tanto en los pacientes como en los profesionales. Un médico con unas adecuadas habilidades de comunicación clínica, como ha mostrado el estudio de Tamblyn, disminuye el número de demandas recibidas, pero también como han revelado otros estudios, el grado de adherencia de los pacientes al tratamiento prescrito y su nivel de satisfacción con la consulta.¹¹⁻¹²

Por otra parte, un dominio de estas habi-

lidades por parte de los profesionales mejora la precisión y rapidez a la hora de diagnosticar a los pacientes,¹³ así como los niveles de satisfacción laboral de los propios médicos. Ambos aspectos a su vez suelen estar relacionados en un circuito que se retroalimenta. Como indican los estudios con médicos en formación, estos profesionales sufren con frecuencia síntomas de depresión y burnout que afectan de forma drástica a su rendimiento profesional. A su vez, los médicos con más emociones positivas y más felices son más empáticos con sus pacientes y cometen menos errores.¹⁴⁻¹⁶

Estos dos primeros puntos nos llevan como conclusión a la necesidad inevitable de replantearnos los requisitos y competencias mínimas para ser un médico eficaz en el siglo XXI. Diferentes universidades en Estados Unidos están ya incluyendo en los procesos de selección la evaluación explícita de la IE de los médicos en formación para garantizar sus habilidades de comunicación clínica antes de finalizar sus estudios. Esto a su vez supone que los médicos en formación son entrenados en estas competencias antes de su incorporación al mundo laboral para evitar o disminuir las consecuencias nefastas previamente resaltadas tanto en los pacientes como en ellos mismos.¹⁷

¿Es posible mejorar estas habilidades?

La investigación sobre el desarrollo y entrenamiento de la IE en la profesión médica está en sus inicios, pero los primeros estudios y programas de intervención muestran que es factible pero que es necesario iniciarlos lo antes posible, esto es, durante la formación inicial de los médicos y acompañados de una evaluación rigurosa del proceso.

Algunos de estos programas de formación trabajan algunas de las dimensiones del modelo de IE, pero son pocos los que entrenan de forma sistemática cada uno de los aspectos desde la percepción y expresión de emociones hasta la regulación eficaz de éstas. Por ejemplo, el novedoso programa de formación para mejorar la comu-

nicación de la Universidad de Rochester trabaja en aspectos de comunicación tanto no verbal como verbal (ver Figura 2), pero está centrado sólo en algunas de las dimensiones de la IE como en el autoconocimiento y la empatía (Ver Figura 2).¹⁸

A modo de conclusión, nos gustaría resaltar que la investigación sobre la IE tiene el potencial de enriquecer nuestra comprensión sobre cómo podemos formar a médicos y organizaciones sanitarias de excelencia. El desafío para los próximos años será diseñar programas eficaces para que los médicos del siglo XXI tengan a partes iguales los conocimientos técnicos más evolucionados sobre las enfermedades, así como la IE necesaria para establecer una comunicación clínica efectiva y positiva con sus pacientes. Un nuevo modelo de médico en el que convivan de forma inteligente la eficacia técnica del doctor House y el humanismo del profesor Marañón. ■

Referencias

1. Tamblyn R, Abrahamowicz M, Dauphinee D, et al. Physician scores on a national clinical skills examination as predictors of complaints to medical regulatory authorities. *JAMA* 2007; 298(9):993-1001.
2. Laín Entralgo, P. La historia clínica. Historia y teoría del relato patográfico, Madrid, Triacastela; 1998.
3. Grewal D, Davidson HA. Emotional intelligence and graduate medical education. *JAMA*. 2008; 300:1200-1202.
4. Mayer JD, Roberts, R D, Barsade, SG. Human abilities: Emotional intelligence. *Annual Review of Psychology* 2008; 59:507-536.
5. Fernández-Berrocal, P, Ramos, N. Desarrolla tu Inteligencia Emocional. Barcelona: Kairós; 2004.
6. Mayer JD, Salovey P. What is emotional intelligence? En: Salovey P, Sluyter D, eds. Emotional Development and Emotional Intelligence: Implications for Educators. New York, NY: Basic Books; 2007:3-31.
7. Mayer JD, Salovey P, Caruso DR, Sitarenios G. Measuring emotional intelligence with the MSCEIT V2.0. *Emotion*. 2003; 3(1):97-105.
8. Extremera, N, Fernández-Berrocal, P, Salovey, P. Spanish Version of the Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test (MSCEIT) Version 2.0: Reliabilities, Age, and Gender Differences. *Psicothema* 2006; 18: 42-48.
9. Extremera, N, Fernández-Berrocal, P. Test de Inteligencia Emocional de Mayer Salovey Caruso. Madrid: TEA Ediciones; 2009.
10. Birks YF, Watt IS. Emotional intelligence and patient-centred care. *J R Soc Med* 2007;100:368-374.
11. Dowell J, Jones A, Snadden D. Exploring medication use to seek concordance with 'non-adherent' patients: a qualitative study. *Br J Gen Pract* 2002; 52(474): 24-32.
12. Joos SK, Hickam DH, Gordon GH, Baker LH. Effects of a physician communication intervention on patient care outcomes. *J Gen Intern Med* 1996; 11(3): 147-155.
13. Marvel MK, Epstein RM, Flowers K, Beckman HB. Soliciting the patient's agenda: have we improved? *JAMA* 1999; 20;281(3): 283-287.
14. Ramírez AJ, Graham J, Richards MA, Cull A, Gregory WM. Mental health of hospital consultants: the effects of stress and satisfaction at work. *Lancet* 1996; 347(9003): 724-728.
15. Fahrenkopf AM, Sectish TC, Barger LK, Sharek PJ, Lewin D, Chiang VW, et al. Rates of medication errors among depressed and burnt out residents: prospective cohort study. *BMJ* 2008;336:488-91.
16. Wagner PJ, Moseley GC, Grant MM, Gore JR, Owens C. Physicians' emotional intelligence and patient satisfaction. *Fam Med* 2002; 34(10):750-4.
17. Silverman J, Kurtz S, Draper J. Skills for communicating with patients. Oxford: Radcliffe Publishing, 2005.
18. Epstein RM, Street RL, Jr. Patient-Centered Communication in Cancer Care: Promoting Healing and Reducing Suffering. National Cancer Institute, NIH Publication No. 07-6225. Bethesda, MD, 2007.