

Revisión bibliográfica sobre el desarrollo de las habilidades sociales y el equilibrio entre aptitudes en el profesional sanitario

Juan Antonio Liria Anton. Universidad Miguel Hernández

Resumen

La carencia latente de habilidades socio-emocionales tanto en estudiantes como entre los profesionales sanitarios ha planteado la necesidad de buscar formas de desarrollo centradas en estas habilidades. La barrera se encuentra cuando se cree que estas habilidades sociales son innatas y no se pueden adquirir, lo cierto es que no solo se pueden entrenar sino que las estamos utilizando constantemente. La formación en inteligencia emocional y habilidades comunicativas entre la comunidad médica ha dado resultados en relaciones interpersonales, situaciones clínicas y sobre todo en la satisfacción del paciente. (mejorar la forma de dictado)

El siguiente trabajo pretende reflexionar sobre la heterogeneidad de las aptitudes entre profesionales y en cómo el desarrollo de las habilidades sociales puede ser beneficioso; debido a la necesidad de equilibrio entre ellas . El equilibrio entre las aptitudes sociales y técnicas sanitarias sería lo deseable en los profesionales de la salud para conseguir mayor eficacia en sus actuaciones.

Abstract

The latent lack of socio-emotional skills in both students and among health professionals has raised the need to look for ways of development focused on these skills. The barrier is found when it is believed that these social skills are innate and can not be acquired, the truth is that not only can be trained but are constantly used. The training in emotional intelligence and communicative skills among the medical community has given results in interpersonal relationships, clinical situations and above all in patient satisfaction. (Improve the way of dictation)

The following paper aims to reflect on the heterogeneity of skills among professionals and how the development of social skills can be beneficial; Due to the need for balance between them. The balance between social and technical health skills would be desirable for health professionals to achieve greater effectiveness in their actions.

Palabras clave: inteligencia emocional; comunicación; habilidades sociales; profesional sanitario; equilibrio aptitudes.

Key words: emotional intelligence; communication; social skills; health professional; Balance skills.

1.Introducción

Si se hace un repaso al código deontológico (Anexo 1-código deontológico Fisioterapia consejo general de Fisioterapia) de cualquiera de las profesiones sanitarias sobre el gran volumen de competencias vinculadas con habilidades sociales de los profesionales sanitarios, encontramos gran número de competencias que exigen habilidades de comunicación, de atención e interpersonales. Pero lo cierto es que existe un insuficiente desarrollo de habilidades para la expresión y regulación de las emociones, entre otras. Como asegura Rodríguez & Cedeño (2015) se ha constatado en estudiantes jóvenes que se preparan como trabajadores de la salud, en ellos/as un desarrollo emocional, que dista del que requieren para afrontar las tareas propias de la etapa de la vida en que se encuentran y aquellas vinculadas a su formación profesional, que en un futuro seguramente repercutirá en su desempeño laboral. Una de las principales dificultades para entender esta carencia, es la idea imperante de creer que tener aptitudes es conseguir o agregar un sinfín de conocimientos, técnicas, recursos, y se asume que ciertas aptitudes (sobre todo las sociales) son innatas, y no se pueden desarrollar.

Este hecho ha provocado numerosas reflexiones, sobre todo en la comunidad médica, de cómo mejorar el entorno médico-paciente y sus resultados clínicos. 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 (Fernández-Berroca, 2010). La Inteligencia emocional ha sido propuesta numerosas veces para mejorar dichas habilidades y la atención vinculada con la satisfacción del paciente. Sin embargo a pesar de que otras profesiones sanitarias como la enfermería y la fisioterapia tienen una mayor carga socio-afectiva con el paciente, no está exenta de esta búsqueda, todo lo contrario, se debe obtener formas de aumentar la eficacia y los resultados mediante la mejora de las habilidades socio-emocionales, buscando así un equilibrio que sea óptimo en el desempeño de las competencias dentro de las profesiones sanitarias, y en concreto de la Fisioterapia.

2. Planteamiento del problema

Si dividieramos las aptitudes en dos grupos, podríamos hablar de lo siguiente:

- Aptitudes técnicas y de recursos
- Aptitudes emocionales, cognitivas y sociales

Puesto que esta división de aptitudes propuesta está formado en dos bloques si colocamos cada bloque en el extremo de una balanza, un grupo de aptitudes y en el otro extremo otro grupo, dicha balanza decantaría el peso en mayor medida hacia un lado, este lado sería el que mayor carga tiene, es decir, si hemos estado toda una vida desarrollando nuestras aptitudes técnicas la balanza quedaría declinada hacia este lado. Por lo que se habla de una falta fundamental en las competencias comprendidas dentro de la formación y desarrollo en el profesional sanitario. Se debe buscar un equilibrio entre ambos extremos para que el desempeño de nuestra función sea óptimo. Por ello el aumento de habilidades sociales mejora el rendimiento profesional, debido a que las profesiones sanitarias desarrollan más sus habilidades técnicas y sus conocimientos que la capacidad de comunicación, empatía, motivación...etc

Mucho se habla de cómo ser un buen profesional, quizás esta sea la clave, ningún punto de

excelencia se encuentra desequilibrado.

3.Hipótesis de trabajo y objetivos planteados

3.1. Hipótesis

Si conseguimos un equilibrio entre habilidades sociales y técnicas mejoraremos nuestro rendimiento profesional y llegaremos a la eficacia.

3.2. Objetivos

Los objetivos del presente trabajo son:

1. Investigar y Reflexionar la correlación entre el aumento de la inteligencia emocional y las habilidades comunicacionales con la eficacia clínica, el éxito inter-personal y la satisfacción del paciente.
2. Clarificar la falta de equilibrio entre habilidades, más que el desarrollo singular de una de ellas.

4.Material y métodos

Este trabajo es una revisión de artículos y estudios sobre la formación en inteligencia emocional y comunicación clínica en el profesional sanitario.

4.1. Criterios de Inclusión

Los criterios de inclusión de los artículos han sido en función de los ejes temáticos, del análisis de contenido previo y de acuerdo al objetivo planteado.

- Artículos comprendidos en los últimos 10 años
- Más relevantes y difundidos

4.2. Criterios de exclusión

- Ámbito no sanitario
- Los que estaban totalmente relacionados con la psiquiatría
- Sin un enfoque relacional sobre la cuestión

4.3. Diseño del estudio

Se han realizado varias búsquedas bibliográficas en las bases de datos PubMed, LILACS, Dialnet y sciELO que abarcaron los diez últimos años. Además se utilizó el buscador google académico, acotando los resultados con operadores booleanos, filtros de tiempo y relevancia (artículos más visitados y difundidos).

Los descriptores que se utilizaron fueron los siguientes: inteligencia emocional & sanitario / Emotional intelligence & sanitary (búsqueda en los 10 últimos años); desarrollo inteligencia emocional & fisioterapia/ Development emotional intelligence & physiotherapy (sin límite temporal); desarrollo comunicación & profesión sanitaria/ Development communication & health profession (búsqueda en los 10 últimos años); desarrollo inteligencia emocional & formación sanitaria/ Development emotional intelligence & health training (búsqueda en los 10 últimos años); habilidades sociales & sanitario/ social skills & sanitary; desarrollo habilidades sociales & fisioterapia/ development social skills & physiotherapy.

Se consultaron un total de 37 artículos de los cuales 14 de ellos cumplían los criterios de inclusión y fueron aceptados y analizados.

Dicha búsqueda electrónica fue completada a partir de las listas de referencias de los trabajos elegidos con una búsqueda manual en bibliotecas de instituciones educativas y públicas

5.Resultados

A continuación se realizará una breve descripción de los artículos más relevantes del trabajo.

-Inteligencia emocional para médicos del siglo XXI

Pablo Fernández-Berrocal (2010) argumenta la importancia de la comunicación médico-paciente, 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. Por lo que el desafío de los próximos años será diseñar programas que encuentren un equilibrio entre conocimientos técnicos, así como la IE necesaria para establecer una comunicación efectiva. Realiza una descripción de la IE y propone un método

-Emotional Intelligence and Graduate Medical Education

Daisy Grewal y colaboradores (2008) proponen que el concepto científico de inteligencia emocional (IE) tiene el potencial de profundizar la comprensión de las competencias: habilidades interpersonales y de comunicación. A pesar de que la IE también puede relacionarse con las demás competencias profesionales. Según comenta, la evidencia encontrada habla de los médicos con mejores habilidades de comunicación son menos propensos a recibir quejas del paciente y más propensos a desempeñar un papel importante en la reducción de los errores médicos.

-Inteligencia emocional y relaciones interpersonales

Consuelo Lopez fernandez (2010) en su revisión sobre los hallazgos sobre la relación entre la inteligencia emocional y las relaciones interpersonales, en la literatura enfermera se enfatiza en los efectos positivos de la IE con escaso apoyo empírico, la literatura especializada señala que la IE favorece las relaciones interpersonales positivas y ayuda a la persona a manejar más eficazmente sus experiencias emocionales, logrando, pues, desplegar una conducta más adaptativa y de un mayor nivel de éxito.

-Importancia de la comunicación interpersonal en relación médico-paciente en atención primaria

Alberto Blázquez y colaboradores (2007) argumenta que el artículo tiene como finalidad conocer los aspectos que influyen en el contexto comunicacional de la relación de los profesionales sanitarios de atención primaria en consulta y que influyen en la satisfacción de los pacientes, así como en el cumplimiento terapéutico, entre otros aspectos. dejando claro que La optimización de la comunicación interpersonal médico-usuario, o enfermero-usuario, conduce a una mejora en la atención en salud, incluidos el tratamiento y el diagnóstico

-La comunicación médico-paciente: ¿Cuáles son las habilidades efectivas?

Philippa Moore y colaboradores (2010) destacan las habilidades comunicacionales efectivas son parte fundamental del profesional sanitario y por lo tanto, la comunicación es considerada una de las competencias básicas en la formación sanitaria. Dejando como conclusión que si se fortalecen las habilidades de comunicación en medicina el “premio” que se ofrece es sustancial.

-Habilidades comunicacionales en la entrevista clínica

A. Martínez Rodríguez y colaboradores (2002) comentan la capacidad de mejora en el rendimiento profesional gracias a las habilidades comunicacionales imprescindibles en el aspecto relacional y aseguran que aunque algunas puedan parecer obvias o sencillas su complicación no reside tanto en su ejecución simple si no en su integración en la rutina diaria y en el cambio del rol del fisioterapeuta y del paciente o cliente que implican. Dichos aspectos facilitan la obtención e intercambio de información, además de mejorar la interacción con el usuario, dotando al fisioterapeuta de flexibilidad y capacidad de adaptación a las circunstancias específicas del paciente, del contexto y de su propia persona. De este modo es posible disminuir o minimizar el estrés al que está sometido por el desempeño de su labor.

6. Discusión

El grueso de evidencia encontrada forma parte de la comunidad médica, puesto que en el siglo XX se han propuesto muchos estudios debido al reclamo constante por parte de los pacientes de un contacto y atención mayor del profesional médico. Sin embargo apenas se encuentra bibliografía sobre la fisioterapia relacionada con este tema.

La necesidad de desarrollo de las múltiples competencias que rodean a los profesionales sanitarios, y el hecho de que encuentre latente una carencia significativa de habilidades sociales en la formación y el desempeño de las profesiones sanitarias, en principio debería existir una formación continua (Rodríguez & Cedeño, 2015), hace reflexión sobre las vías de desarrollo que deberían tomar las profesionales de la salud. Por ello, como Fernández-Berroca (2010) explica, cada vez se intenta estimular más el desarrollo de la inteligencia emocional en la formación (sobre todo en la comunidad médica), y como vemos tiene buenos resultados donde se logra instaurar. A pesar de los pocos estudios relacionados, la fisioterapia no está libre de estas carencias, puesto que a pesar de ser una profesión relativamente joven, se tiene una gran carga socio-afectiva, se dedica mucho tiempo y se ofrece un gran vínculo con los pacientes. No debemos olvidar que la naturaleza profesional se vincula directamente con la discapacidad más

que con la enfermedad, y esto lleva un coste emocional alto.

En cuanto al desarrollo de la inteligencia emocional y habilidades comunicativas para la mejora de aptitudes sociales, mucho se ha escrito sobre la IE y su vínculo con el desarrollo sanitario. La Inteligencia Emocional 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 (Grewal & Davidson, 2008), según Solsona de la Serna y colaboradores (2015) esta ha mostrado resultados aparentes de mejoría en clínica y relaciones interpersonales además de una satisfacción global entre los profesionales. Por lo que contar con IE en formación ayudaría a los profesionales sanitarios a tener éxito en sus relaciones interpersonales asociadas al aprendizaje, al favorecer el procesamiento de la información emocional (López-Fernández, 2015). Por otro lado Borroto & Aneiros (2001) señalan que la satisfacción con la atención médica, el cumplimiento de los indicadores, y el resultado del tratamiento, están íntimamente vinculados con la capacidad del médico para satisfacer las necesidades emocionales del paciente.

En 1990, los psicólogos norteamericanos Peter Salovey y John Mayer introdujeron el término inteligencia emocional para nombrar a un conjunto de capacidades que son resultado de la unión de la capacidad mental general (inteligencia) y las emociones (Salovey & Mayer, 1990). Por otro lado Daniel Goleman (1995) define como inteligencia emocional la capacidad del individuo para identificar su propio estado emocional y gestionarlo de forma adecuada, además comenta en su publicación, que el éxito de una persona no viene determinado únicamente por su coeficiente intelectual o por sus estudios académicos, sino que entra en juego el conocimiento emocional. Sobre la investigación relacionada con la IE puede agruparse en dos tendencias. Una centrada en el estudio de aspectos concretos relacionados con la IE y otra que la considera desde una perspectiva global (tabla 1).

De las competencias consideradas como esenciales por la ACGME, varias de ellas están vinculadas con las habilidades emocionales y sociales, pero en especial, la etiquetada como destrezas interpersonales y de comunicación (Fernández-Berroca, 2010), esto hace que muchos autores se centran en la comunicación médico-paciente como la línea central de desarrollo. La capacidad del profesional sanitario para establecer empatía con el paciente depende, en gran medida, de sus habilidades de comunicación, y sobre todo, de la decodificación y codificación de mensajes afectivos a través del lenguaje extra verbal y verbal. Esto resulta algo clave para el éxito de cualquier entrevista clínica, puesto que la calidad de la comunicación del profesional depende en mayor medida de esto.

Moore & Gómez (2010) añaden que con el uso de habilidades de comunicación efectiva, se busca aumentar la precisión diagnóstica, la eficiencia en términos de adherencia al tratamiento, y construir un apoyo para el paciente. En general, la mejora de la comunicación médico-paciente se ha relacionado con una mayor participación en las decisiones (Starfield, y otros, 1981), mayor cumplimiento de las expectativas de los pacientes (Robbins, y otros, 1993) mayor adherencia a los tratamientos (Prados, 1992) y mayor satisfacción profesional (Roter, y otros, 1997). En cuanto a fisioterapia, esta mejora repercute tanto en una mayor calidad de los resultados como a nivel afectivo y emocional en ambos protagonistas de la relación (Rodríguez,

y otros, 2002).

La evidencia que encontramos sobre la relación entre la mejora de la inteligencia emocional y habilidades comunicativas con la efectividad clínica y los servicios sanitarios hace caer en una única reflexión: si mejoramos nuestras habilidades sociales y emocionales seremos más efectivos, más eficientes y más exitosos. Y esto es debido a la gran carga de desarrollo sobre habilidad técnicas y el olvido en formación de habilidades sociales. Se conoce que aunque un profesional se desempeñe con un alto dominio científico- técnico si no logra desarrollar junto a las habilidades clínicas las comunicativas o no logra valorar positivamente las necesidades afectivas y su influencia en el proceso interactivo quedarán limitados los efectos de sus acciones de salud, cuando no provocará daños en la relación que establece y en el paciente (Rodríguez & Cedeño, 2015).

El trabajo del profesional sanitario combina ciencia y arte, conocimientos y medios técnicos, junto con inteligencia emocional (Solsona de la Serna, Pujol, Llistar, Barbera, & Giménez, 2015), por lo que hablamos de un equilibrio, una forma de tener suficientes aptitudes técnicas y suficientes aptitudes sociales, más que un desarrollo totalitario. Si ponemos como ejemplo a un Fisioterapeuta, si este aumenta sus conocimientos técnicos y su forma práctica demasiado, seguramente puede hallar soluciones a muchos de los problemas que se le plantean, pero como plantea Rodríguez & Cedeño (2015) si no desarrolla sus aptitudes sociales se verá muy limitado. Evidentemente, según la evidencia, propone que mejorando las habilidades sociales los profesionales sanitarios serán más eficaces, pero esto es debido a la indudable obsesión por el desarrollo de conocimientos y habilidades técnicas, que dejan una carencia evidente, un vacío, en la formación de habilidades socio-afectivas, y comunicativas. Por lo que el desafío será diseñar programas para que los sanitarios tengan a partes iguales los conocimientos técnicos y la IE necesaria para establecer una comunicación efectiva y positiva con sus pacientes (Fernández-Berroca, 2010).

7. Conclusión

1. Hay poca evidencia sobre el desarrollo de dichas habilidades sociales en personas altamente eficaces y con gran éxito, es decir si estas personas tienen un alto nivel de aptitudes sociales o no, y si está directamente relacionado con su rendimiento, sería interesante seguir con este campo de investigación.

2. Parece necesario desarrollar un programa de desarrollo en igualdad de condiciones entre habilidades sociales y técnicas

3. En la comunidad médica se encuentran trabajos sobre la mejora de las habilidades sociales y cómo esto ayuda a mejorar el rendimiento profesional y la satisfacción del paciente.

4. Sin embargo si hablamos de la Fisioterapia no existe evidencia sobre el desarrollo de las habilidades sociales y el vínculo que esto tiene con la mejora del rendimiento, para la mejora de ciertas competencias,

5. Se precisan más estudios de calidad para desarrollar estos conceptos en el campo de la

fisioterapia.

Bibliografía

- Borroto, B., & Aneiros, R. (2001). *La comunicación en la práctica médica*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas.
- Fernández-Berroca, P. (Julio de 2010). Inteligencia emocional para médicos del siglo XXI. *El médico*, págs. 22-25.
- Grewal, D., & Davidson, H. A. (2008). Emotional Intelligence and Graduate Medical Education. *JAMA*, 200-202.
- López-Fernández, C. (2015). Inteligencia emocional y relaciones interpersonales en los estudiantes de enfermería. *Educación Médica*, 83-92.
- Manzano, A. B., Molina, S. F., Muñoz, E. R., & Caballero, J. M. (2012). Importancia de la comunicación interpersonal en relación médico-paciente. *Revista Española de Comunicación en Salud*, 62-76.
- Moore, P., Kurtz, S., Vargas, A., & Gómez, G. (2010). La comunicación médico-paciente. *Revista médica Chile*, 1047-1054.
- Prados, J. (1992). Importancia de la relación médico-enfermo y la entrevista clínica en el. *Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud*, 209-216.
- Robbins, J., K.D, B., Helms, L., Azari, R., Callahan, E., & Creten, D. (1993). The influence of physician practice behaviors on patient satisfaction. *Family medicine*, 17-20.
- Rodríguez, A. M., Cervantes, R. F., Mirapeix, F. M., Vida, I. R., Diz, S. V., & Insual, M. C. (2002). Habilidades comunicacionales en la entrevista clínica. *Fisioterapia*, 90-96.
- Rodríguez, A. R., & Cedeño, E. H. (2015). Comunicación afectiva y manejo de las emociones en la formación de profesionales de la salud. *Educación Médica Superior*, 872-879.
- Roter, D., Steward, M., Putnam, S., Lipkin, M., Stiles, W., & Inui, T. (1997). Communication patterns of primary care physicians. *JAMA*, 350-356.
- Salovey, P., & Mayer, J. D. (1990). Emotional intelligence. *Imagin Cogn Pers.*, 185-211.
- Solsona de la Serna, E., Pujol, J., Llistar, S., Barbera, E., & Giménez, N. (2015). Técnicas actorales e inteligencia emocional para profesionales de la salud. Aprendizaje transformacional. *Index de Enfermería*, 240-244.
- Starfield, B., Wray, C., Hess, K., Gross, R., Birk, P., & D'lugoff, B. (1981). The influence of patient practitioner agreement on outcome of care. *American Journal of Public Health*, 127-131.

(ANEXO 1)

CÓDIGO DEONTOLÓGICO EN FISIOTERAPIA (CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS DE FISIOTERAPIA)

ELEMENTOS DEL CÓDIGO

La fisioterapia y las personas

Las funciones asistenciales, docentes, de investigación y de gestión del fisioterapeuta derivan directamente de la misión de la Fisioterapia en la sociedad y se llevan a cabo de acuerdo con los principios comunes a toda deontología profesional: respeto a la persona, protección de los derechos humanos, sentido de la responsabilidad, honestidad, sinceridad para con los usuarios, prudencia en la aplicación de instrumentos y técnicas, competencia profesional y solidez de la fundamentación objetiva y científica de sus intervenciones profesionales.

La responsabilidad profesional primordial del fisioterapeuta será para con las personas que necesiten cuidados de Fisioterapia. Al dispensar las atenciones, el fisioterapeuta promoverá un entorno en el que se respeten los derechos humanos, valores, costumbres y creencias espirituales de la persona, la familia y la comunidad. El fisioterapeuta se cerciorará de que la persona reciba información suficiente para relacionados.

El fisioterapeuta mantendrá confidencial toda información personal y utilizará la discreción al usarla en común. El fisioterapeuta compartirá con la sociedad la responsabilidad de iniciar y mantener toda acción encaminada a satisfacer las necesidades de salud y sociales del público, en particular las de las poblaciones vulnerables. El fisioterapeuta compartirá también la responsabilidad de mantener el medioambiente natural y protegerlo contra el empobrecimiento, la contaminación, la degradación y la destrucción.

El Fisioterapeuta no realizará por sí mismo, ni contribuirá a prácticas que atenten a la libertad e integridad física y psíquica de las personas. La intervención directa o la cooperación en la tortura y malos tratos, además de delito, constituye la más grave violación de la ética profesional de los fisioterapeutas. Estos no participarán en ningún modo, tampoco como investigadores, como asesores o como encubridores, en la práctica de la tortura, ni en otros procedimientos crueles, inhumanos o degradantes cualesquiera que sean las personas víctimas de los mismos, las acusaciones, delitos, sospechas de que sean objeto, o las informaciones que se quiera obtener de ellas, y la situación de conflicto armado, guerra civil, revolución, terrorismo o cualquier otra, por la que pretendan justificarse tales procedimientos.

El fisioterapeuta deberá proteger al paciente mientras esté a su cuidado, de posibles tratos

humillantes, degradantes o de cualquier tipo de afrenta a su dignidad personal.

La actividad del fisioterapeuta tiene como fin supremo la salud del paciente.

El fisioterapeuta está obligado a guardar secreto sobre los hechos de carácter sanitario de los que tenga conocimiento con motivo de su actuación profesional, exceptuándose dicha obligación cuando sea necesario comentar o consultar con otros colegas para el éxito y buen fin de la recuperación del paciente, ocultando su identidad en cualquier caso. Deberá hacer respetar el secreto profesional a su personal y cualquier otra persona que colabore con él en el ejercicio de su actividad profesional. Esta obligación permanecerá indefinidamente.

El fisioterapeuta y la práctica clínica

El fisioterapeuta será personalmente responsable y deberá rendir cuentas de la práctica de Fisioterapia y del mantenimiento de su competencia mediante la formación continua.

El fisioterapeuta mantendrá un nivel de salud personal que no comprometa su capacidad para dispensar atención fisioterapéutica.

El fisioterapeuta juzgará la competencia de las personas al aceptar y delegar responsabilidad.

El fisioterapeuta observará en todo momento normas de conducta personal que acrediten a la profesión y fomenten la confianza del público.

Al dispensar atenciones, el fisioterapeuta se cerciorará de que el empleo de la tecnología y los avances científicos son compatibles con la seguridad, la dignidad y los derechos de las personas.

El fisioterapeuta ha de mantener una actitud colaboradora y respetuosa con los diferentes profesionales de la salud que intervengan en la atención asistencial.

El fisioterapeuta se abstendrá de facilitar a personas no competentes todo tipo de material fisioterápico para su uso o aplicación.

La relación entre fisioterapeutas ha de estar presidida por el respeto mutuo y la recíproca

consideración. Las actuaciones profesionales no podrán ser descalificadas de manera pública o menospreciable por un compañero.

Si el paciente no estuviera en condiciones de prestar su consentimiento a la actuación del fisioterapeuta y resultara imposible obtener el consentimiento de su familia o representantes legales, el fisioterapeuta deberá prestar los cuidados que dicte su ciencia para evitar un daño irreparable.

El fisioterapeuta no debe aceptar el cumplimiento de una responsabilidad que no sea de su competencia, en demérito del cumplimiento de sus propias funciones o las de otros profesionales sanitarios.

El fisioterapeuta nunca deberá delegar en cualquier otro miembro del equipo de salud, funciones que le sean propias y para las cuales no están los demás debidamente capacitados.

El fisioterapeuta deberá abstenerse de iniciar un tratamiento que no pueda atender debidamente.

El fisioterapeuta y la profesión

El fisioterapeuta, a través de la organización profesional, participará en la creación y mantenimiento de condiciones de trabajo social y económicamente equitativas y seguras en la Fisioterapia.

Al fisioterapeuta incumbirá la función principal al establecer y aplicar normas aceptables de práctica clínica, gestión, investigación y formación de Fisioterapia, así, una vez cumplidos los requisitos establecidos en el ordenamiento jurídico aplicable, tendrán la plenitud de atribuciones y facultades en el ejercicio de su profesión que la normativa vigente les confiere, cualquiera que sea la modalidad, la vinculación o el título jurídico en virtud del cual presten sus servicios.

El fisioterapeuta contribuirá activamente al desarrollo de un núcleo de conocimientos profesionales basados en la investigación y en la evidencia científica.

El fisioterapeuta no prestará su nombre ni su firma a personas que ilegítimamente, sin la titulación y preparación necesarias, realizan actos de ejercicio de la Fisioterapia, y denunciará los casos de intrusismo que lleguen a su conocimiento. Tampoco encubrirá con su titulación actividades vanas o engañosas.

Ningún fisioterapeuta debe derivar, con fines lucrativos, pacientes del centro público o en el que ejerza por cuenta ajena la actividad, al gabinete privado propio o de otros compañeros.

El fisioterapeuta tiene la obligación de promover la calidad de la fisioterapia y de evitar el intrusismo y la competencia desleal.

El fisioterapeuta debe cumplir lo establecido en los Estatutos y Código Deontológico del organismo colegial correspondiente, así como respetar las decisiones de los órganos de gobierno y de los miembros que lo componen.

El fisioterapeuta y sus compañeros de trabajo

El fisioterapeuta mantendrá una relación de cooperación con las personas con las que trabaje en la Fisioterapia y en otros sectores.

El fisioterapeuta adoptará las medidas adecuadas para preservar a las personas, familias y comunidades cuando un compañero u otra persona pongan en peligro su salud.

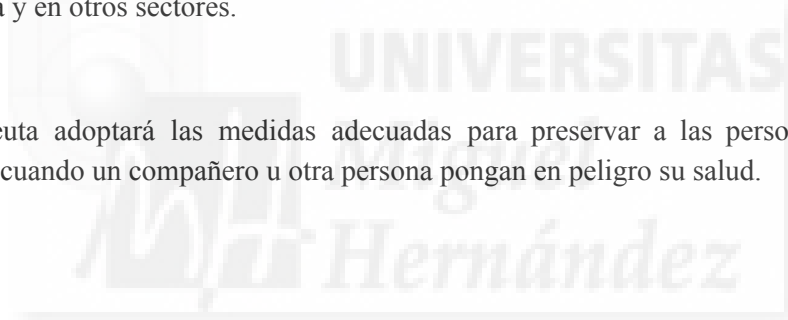


TABLA 1. Clasificación de los modelos de inteligencia emocional. Modelos mixtos.

<p>Naturaleza de la inteligencia emocional</p>	<p>Habilidades</p> <p><i>Competencias personales</i></p> <p>Autoconocimiento/ sin autoconocimiento</p> <p>Con autorregulación/ sin autorregulación</p> <p>Motivación/desmotivación</p> <p>Competencias sociales</p> <p>Empatía/alexitimia</p> <p>Habilidades sociales/ sin habilidades sociales</p>	<p>Aptitudes, rasgos y fortalezas</p> <p>Intrapersonal</p> <p>Autorrespeto</p> <p>Autoevaluación emocional</p> <p>Asertividad</p> <p>Independencia</p> <p>Autoactualización</p> <p>Interpersonal</p> <p>Empatía</p> <p>Responsabilidad social</p> <p>Relaciones interpersonales</p> <p>Manejo del estrés</p> <p>Tolerancia al estrés</p> <p>Control de impulsos</p> <p>Adaptabilidad</p> <p>Testar la realidad</p> <p>Resolver problemas <i>Afecto general</i></p> <p>Optimismo</p> <p>Felicidad</p>	<p>Facetas</p> <p>Adaptabilidad</p> <p>Asertividad</p> <p>Expresión de emociones</p> <p>Gestión de emociones (otros)</p> <p>Percepción de emociones (uno mismo y otros)</p> <p>Regulación de emociones</p> <p>Impulsividad (baja)</p> <p>Aptitudes para la relación</p> <p>Autoestima</p> <p>Automotivación</p> <p>Competencia social</p> <p>Manejo del estrés</p> <p>Empatía rasgo</p> <p>Felicidad rasgo</p> <p>Optimismo rasgo</p>	<p>Ramas</p> <p>Percibir las emociones con exactitud, en uno mismo y en otros</p> <p><i>Utilizar las emociones para facilitar el pensamiento</i></p> <p><i>Comprender las emociones, el lenguaje emocional y las señales que las emociones transmiten</i></p> <p><i>Manejar emociones para alcanzar metas</i></p>
<p>Test</p>		<p><i>Emotional Competence Inventory (EQ-i)</i></p>	<p><i>Trait Emotional Intelligence Questionnaire (TEIQ)</i></p>	<p><i>Mayer-Salovey-Caruso-Emotional-Intelligence-Test</i></p>

				(MSCEIT)
Modelos	Goleman	Bar-On	Petrides y Furnhan	Mayer y Salovey*

