

Trabajo de fin de Máster en Psicología General Sanitaria

**La Inteligencia Emocional Como Variable Mediadora
de la Relación Entre el Apego y la Comunicación en
Profesionales Sanitarios.**

María del Carmen Marrero Ramos

Tutorizado por:

Carmen Mercedes Hernández Jorge

Francisco Luis Rivero Pérez

Universidad de La Laguna

Curso académico 2020-2021

Resumen

La comunicación con los pacientes es un aspecto fundamental de todas las profesiones sanitarias. Aunque las universidades ofrecen asignaturas relacionadas con la mejora de las habilidades comunicativas, en la práctica el rendimiento individual puede variar en gran medida. El Apego y la Inteligencia Emocional son variables que han sido relacionadas con las Habilidades Comunicativas. El objetivo de este trabajo es explorar el efecto mediador de la Inteligencia Emocional en la relación entre el Apego y las Habilidades Comunicativas, en una muestra de 48 profesionales sanitarios españoles de las ramas de medicina, enfermería y fisioterapia. Los participantes respondieron a un cuestionario formado por tres escalas seleccionadas para medir la Inteligencia Emocional, el Apego y las Habilidades Comunicativas. Se encontró relación entre estas tres variables y algunas características sociodemográficas como la profesión y los años de experiencia laboral. Además, se confirmaron diferentes grados de efecto mediador de la Inteligencia Emocional sobre la interferencia del Apego en la Comunicación. La comunidad educativa podría beneficiarse de investigaciones más amplias en este área de cara a la formación de nuevos profesionales sanitarios.

Palabras clave: Habilidades comunicativas, estilo de apego, inteligencia emocional, profesionales sanitarios.

Abstract

Patient-provider communication is an essential aspect of any profession related to health. Although universities offer subjects destined to improve student's communication skills, in practice, individual performance may vary greatly. Aspects like attachment or emotional intelligence are factors related to communication skills that can interfere with them. The main objective of this work is to explore the mediating effect of emotional intelligence in the relationship between the attachment style and the communication skills in a sample of 48 Spanish health professionals from the specialties of medicine, nursing and physiotherapy. Participants answered a survey formed by 3 scales selected to evaluate emotional intelligence, attachment and communication skills. Results showed a relationship between the three variables and aspects like, profession and years of work. In addition, they confirmed that emotional intelligence mediates in different degrees the interferences that attachment produces over communication skills. The educative community could benefit from continuing this line of study due to the advantages that it could have for the training of new health care professionals

Keywords: Communication skills, attachment style, emotional intelligence, health professionals.

Introducción

La comunicación entre los profesionales de la salud y sus pacientes es considerada un componente principal de la intervención clínica, ya que afecta directamente a la eficiencia de la misma. Así lo recogen diversas instituciones tales como la Organización Mundial de la salud en su artículo “*Doctor patient interaction and communication*” publicado en 1993, o el Servicio Nacional de Salud Británico (General Medical Council, 2001). Características como el entendimiento mutuo, la atención a las necesidades del paciente, y la construcción de una relación clínica basada en la confianza, el respeto y la empatía, se han visto relacionadas en diversas investigaciones con una mayor satisfacción tanto del profesional sanitario (Roter et al., 1987) como del paciente (Brédart et al., 2005; Mira y Aranaz, 2000). Además, estas características proporcionan beneficios como el aumento de la adherencia al tratamiento (Loh et al., 2007) y la prevención del burn-out de los trabajadores sanitarios (Cebrià et al., 2006; Chang et al., 2018). Estos aspectos relacionados con la creación y mantenimiento de una buena relación terapéutica, a menudo se descuidan en las guías prácticas clínicas en favor de la identificación de programas de tratamiento eficaces para trastornos particulares (Norcross y Wampold, 2019), incluso por parte de la Asociación Estadounidense de Psicología.

Las asignaturas relacionadas con las habilidades comunicativas están presentes en los currículum sanitarios de muchas universidades españolas. Sin embargo, la realidad es que los profesionales de la salud difieren en su habilidad individual para identificar cuando un paciente está mostrando angustia o malestar emocional y, en su capacidad para responder a esta aflicción de forma adecuada y congruente con las necesidades del paciente (Del Piccolo et al., 2002).

Cabe preguntarse por lo tanto, ¿qué características individuales pueden influir en la comunicación entre clínicos y pacientes? ¿Es posible trabajar con ellas para alcanzar un mayor éxito en este área? Una serie de investigaciones realizadas con estudiantes de medicina de la Universidad de Liverpool, trataron de explicar parte de estas diferencias individuales en comunicación, apoyándose en las teorías del apego y de la inteligencia emocional, dos variables que ya se habían relacionado previamente con las diferencias individuales en la comunicación. Según el modelo que proponen estos autores, la inteligencia emocional modificaría de manera positiva la relación entre el estilo de apego y las habilidades comunicativas de los estudiantes (Cherry et al., 2013a; 2013b; 2014). El modelo planteado por este grupo de investigación resulta

muy interesante puesto que, ayuda a entender la interacción entre factores que afectan a la calidad de la comunicación de los profesionales de la salud y sus pacientes. Para poder explorar más a fondo las implicaciones prácticas de este modelo, antes es necesario definir los conceptos de apego e inteligencia emocional, así como explicar la relación que tienen con la comunicación entre los profesionales de la salud y sus pacientes.

La idea fundamental de la teoría del apego (Bowlby, 1982) es que los individuos desarrollan vínculos con sus cuidadores principales durante la infancia que, dependiendo de las características del vínculo afectivo, se traducen en diferentes modelos interiorizados de comportamiento. Dichos modelos de comportamiento se mantienen en la edad adulta, influyendo por tanto en la manera de interactuar en las relaciones interpersonales, como sería el caso de la relación sanitario-paciente.

Los estilos de apego hacen referencia al tipo de estrategias que utiliza un individuo para ordenar y regular sus propios sentimientos y pensamientos en relación a sus interacciones con los demás. Según el tipo de estrategias empleadas a la hora de establecer vínculos con los demás, los individuos pueden ser clasificados en cuatro categorías de apego: seguro, desvalorizado, preocupado y temeroso (Bartholomew y Horowitz, 1991). Las personas con un estilo de apego seguro guardan recuerdos y sentimientos tanto agradables como desagradables sobre ellos mismos y sus interacciones con los otros, y por tanto, sus recuerdos no suelen verse alterados por percepciones sesgadas. (Yáñez-Yaben y Comino, 2011). Esto hace que las personas con apego seguro sean más capaces de buscar apoyo en los demás, comunicar sus necesidades y encontrar ayuda en los otros (Bowlby, 1982). En segundo lugar, aquellos con apego desvalorizador sienten que no pueden acceder a sus figuras de apego, por lo que emplean estrategias de “desactivación” del sistema de apego, para tratar de reducir sus necesidades de interacción (Carvallo y Gabriel, 2006). Estos individuos tratan de evitar la cercanía con los demás mostrando expectativas negativas, negación del valor de las relaciones cercanas, problemas para confiar en los otros y tendencia a alejarse de los demás en momentos de necesidad (Bowlby, 1982). En tercer lugar, los adultos con un estilo preocupado han sufrido, por lo general, inconsistencias en la cercanía de sus figuras de apego. En consecuencia, han desarrollado estrategias de hipervigilancia constante (Cassidy y Berlin, 1994). La incertidumbre de no saber si la figura de apego va a estar ahí cuando se la necesite produce una necesidad de control constante. Estas personas muestran una gran dependencia de otros para mantener una autoestima positiva, presentan un gran deseo de contacto social, que es inhibido por miedo a ser rechazados por los demás, y tienen tendencia a buscar relaciones cercanas para satisfacer sus necesidades de seguridad (Bowlby, 1982). Por último, el estilo temeroso se asemeja al estilo desvalorizador en cuanto a que ambos evitan la intimidad con los otros y desactivan sus

sistemas de apego. Sin embargo, cada uno lo hace por motivos diferentes y utilizando medios distintos (Bartholomew, 1990). Las personas con un estilo de apego temeroso se caracterizan por falta de confianza en ellas mismas y en los otros, y aunque presentan una dependencia de los demás para mejorar la valía personal, temen y evitan las relaciones debido a sus expectativas negativas sobre el éxito de sus relaciones interpersonales (Dozier et al., 1994). En general, los estilos de apego evitativo, desvalorizador y temeroso se engloban como estilos de apego inseguro en contraposición al estilo de apego seguro (Bowlby, 1982).

La teoría del apego también señala la existencia de dos dimensiones que afectan a la manera en la que nos relacionamos: la ansiedad y la evitación (Yárnoz-Yaben y Comino, 2011). La ansiedad hace referencia al grado de hipervigilancia y de preocupación que muestra un individuo ante la perspectiva de la ausencia de sus figuras de apego. Una persona con baja ansiedad de apego se sentirá bastante segura en sus relaciones, mientras que aquella con elevada ansiedad de apego se mostrará preocupada por la posibilidad de que los demás se alejen de ella. La evitación, por su parte, se refiere a la preferencia de los individuos por evitar cercanía emocional con los otros. Las personas situadas en el extremo inferior de este constructo se muestran cómodas abriéndose a los otros, al contrario que las colocadas en el extremo superior, que prefieren evitar las relaciones interpersonales. En la Tabla 1 se puede observar la relación entre los estilos y las dimensiones del apego.

Tabla 1.

Estilos y Dimensiones de Apego.

	Baja ansiedad de apego	Alta ansiedad de apego
Baja evitación de apego	SEGURO	PREOCUPADO
Alta evitación de apego	DESVALORIZADOR	TEMEROSO

Los estilos de apego son combinaciones de estas dos dimensiones (Yárnoz-Yaben, 2008). Una persona con un estilo preocupado prestará mucha atención a cuestiones asociadas a las relaciones con los otros y no utilizará estrategias de evitación para regular sus emociones y comportamientos. Por lo tanto, se situaría en un punto elevado de la dimensión de ansiedad y en uno bajo en la dimensión de evitación. En segundo lugar, una persona temerosa, se mostrará relativamente atenta a aquellas cuestiones que tengan que ver con las relaciones sociales, aunque utilizará estrategias de

evitación para regular sus comportamientos y sentimientos, presentando una elevada ansiedad y evitación. Por su parte, una persona con apego desvalorizador también empleará estrategias evitativas, pero mostrará un menor interés por la búsqueda de cercanía con otros. Por ello, se situaría en la parte baja de la dimensión de ansiedad. Una persona con apego seguro puntuaría bajo en ambas dimensiones (Yárnoz-Yaben, et al. 2011).

La investigación ya ha abordado en diversas ocasiones la relación entre los estilos de apego de los profesionales sanitarios y sus habilidades comunicativas a la hora de tratar con los pacientes, concluyendo que los sanitarios con apego seguro podrían responder de manera más adecuada a las muestras de angustia emocional manifestadas por sus pacientes que aquellos con estilos de apego inseguro. Los profesionales con apego seguro son también más capaces de detectar señales proporcionadas por los pacientes sobre preocupaciones de salud, de comunicarse de manera más flexible y de forma más centrada en el paciente (Dozier et al., 1994). En definitiva, el estilo de apego seguro se relaciona con una mejor actuación clínica y comunicativa por parte de los sanitarios (Fletcher et al., 2016). Por lo tanto, el estilo de apego podría ayudar a predecir las diferencias individuales en el tipo de comunicación y las habilidades comunicativas de los profesionales de la salud.

Una característica fundamental del estilo de apego es su naturaleza relativamente estable (Ainsworth, 1989; Maunder y Hunter, 2008). En otras palabras, el estilo de apego que una persona desarrolla durante la infancia suele mantenerse constante durante toda su vida adulta. Desde el punto de vista que nos ocupa esto supondría un problema: los sanitarios con estilo de apego seguro presentarán habilidades comunicativas más adecuadas que sus compañeros con apego no seguro. Esto conllevaría una clara desventaja para estos últimos a la hora de desenvolverse a nivel interpersonal en su contexto profesional. Aquí es donde entrarían en juego variables psicosociales de naturaleza más maleables y susceptibles de cambio, como sería la Inteligencia Emocional. La inteligencia emocional también se relaciona con la comunicación que se establece entre profesionales sanitarios y pacientes (Austin et al., 2007; Kim et al., 2011), con la ventaja de que es fácilmente entrenable en contextos educativos (Cherry et al., 2012; Fletcher et al., 2009).

El término Inteligencia emocional se refiere a la capacidad que permite a un individuo percibir, manipular, comprender y manejar sus propias emociones y las de otros (Mayer y Salovey, 1997). Este concepto fue acuñado por Peter Salovey, Maria DiPaolo y John D. Mayer en el año 1990, y fue popularizado por Daniel Goleman en 1995, gracias a su libro *Inteligencia Emocional*. Desde ese momento y hasta la actualidad, se han desarrollado numerosas teorías referentes a este constructo. Hoy en día hay dos corrientes principales: aquella que considera la inteligencia emocional como un

rasgo de personalidad (Bar-On, 1997), y aquella que la entiende como una capacidad cognitiva (Mayer et al., 1999). A pesar de sus diferencias, ambas corrientes consideran que la inteligencia emocional se va desarrollando y puede entrenarse y mejorarse con la ayuda de programas específicos (Lopez-Fernández, 2015; Mayer et al, 2002; Sattersfield y Hughes, 2007).

Los beneficios de contar con una elevada inteligencia emocional parecen evidentes en el ámbito sanitario, puesto que permitiría a los profesionales identificar correctamente el malestar emocional de sus pacientes y actuar en consecuencia, además de ayudarles a manejar sus propios sentimientos. Más aún, la investigación ha encontrado que la inteligencia emocional proporciona otros beneficios como menos probabilidad de sufrir burn-out y más satisfacción laboral y en el trabajo en equipo (López-Fernández, 2015), mayor empatía hacia los pacientes (Imran et al., 2013), y mayor confianza de estos últimos en los profesionales que los atienden (Hui-Ching Weng et al., 2008). Todos ellos relacionados con una mejor comunicación con otros profesionales y con los pacientes.

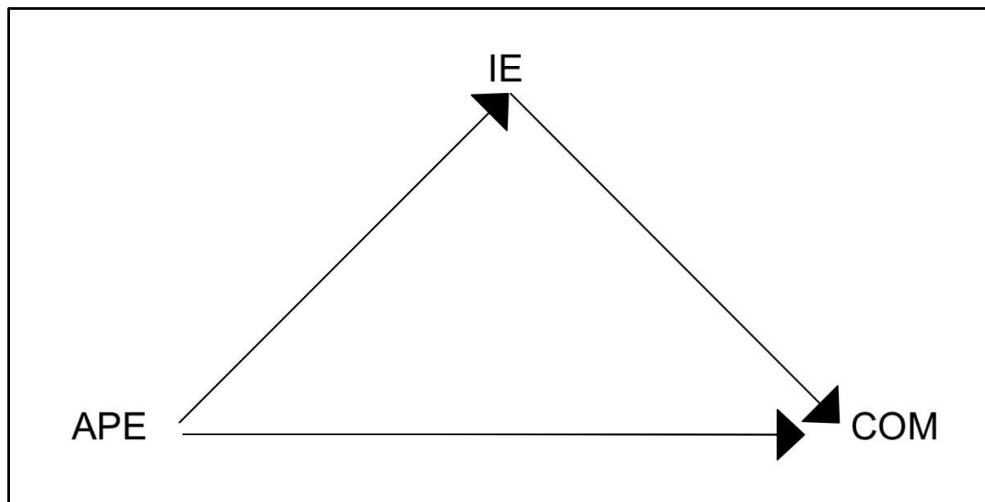
Es importante señalar que el estilo de apego y la inteligencia emocional no son independientes entre sí. De hecho, la regulación y el manejo emocional son aspectos que se desarrollan en la infancia, en parte, en función del estilo de apego individual, y esta relación continúa durante la edad adulta (Cassidy y Shaver, 2008). Por ejemplo, el apego seguro se relaciona positivamente con estrategias de regulación emocional que minimizan el estrés y aumentan las emociones positivas (Mikulincer et al., 2001). Asimismo, el estilo de apego está relacionado con aspectos de la inteligencia emocional que afectan a la comunicación y a las habilidades interpersonales, tales como la empatía, la compasión, la locuacidad y la resolución de conflictos (Levy y Davis, 1988; Mikulincer, et al., 2001).

Hasta el momento, la posible influencia de la inteligencia emocional sobre el estilo de apego y la comunicación es un fenómeno muy poco estudiado y que requiere una mayor atención en la literatura científica. Como se menciona más arriba en el texto, durante los últimos años, un grupo de investigación de la Universidad de Liverpool, se ha dedicado, mediante varios estudios, a identificar las relaciones entre estos tres aspectos en estudiantes de medicina, obteniendo resultados prometedores. Estos investigadores encuentran que aquellos estudiantes con estilos de apego desvalorizador y temeroso presentan una menor inteligencia emocional, y que la inteligencia emocional se relaciona positivamente con una buena comunicación médico-paciente. Además, la inteligencia emocional ejerce de mediadora entre la influencia negativa de la evitación de apego y las puntuaciones en comunicación. Es decir, que una competencia entrenable como es la inteligencia emocional es capaz de anular parte de los efectos negativos que el apego inseguro

puede tener sobre las habilidades comunicativas (Cherry, et al 2014). En la Figura 1 se ilustra esta relación.

Figura 1

Mediación de la Inteligencia Emocional Sobre la Relación Entre Apego y Comunicación.



Investigar la relación entre estas variables en el contexto sanitario español resultaría útil desde un punto de vista educativo puesto que, aunque el estilo de apego resulta muy difícil de cambiar, la inteligencia emocional puede trabajarse e incrementarse con intervenciones específicas.

Gracias a estos estudios y a todo lo mencionado anteriormente, es posible pensar, que una inteligencia emocional bien desarrollada podría ayudar de alguna manera, a paliar los efectos negativos de un estilo de apego no seguro a la hora de comunicarse. Por tanto, el objetivo de esta investigación es explorar el efecto mediador de la inteligencia emocional en la relación entre el estilo de apego y las habilidades comunicativas, con una muestra de profesionales sanitarios españoles

Método

Participantes

Participaron en este estudio 48 profesionales sanitarios españoles, 33 de ellos mujeres. El 62,5% de la muestra eran profesionales de enfermería, el 20,8% de medicina, y el 16,7% de fisioterapia. El 86,48% residía en la Comunidad Autónoma de Canarias y el 58,3% llevaba ejerciendo dicha profesión más de diez años.

Instrumentos

Se elaboró un formulario que incluyó las siguientes escalas:

El Cuestionario de Comunicación Emocional (CE), diseñado por el grupo de investigación EMOCREA-ULL (2020), se utilizó para medir la comunicación emocional. Esta escala se basa en un cuestionario previo de Comunicación Interpersonal, el Cuestionario HABICOM de Hernández-Jorge y de la Rosa (2018). El cuestionario consta de 14 ítems que se agrupan en tres factores: Proactividad comunicativa (predisposición a desarrollar la comunicación emocional con los demás, a través de una interacción basada en la generación de un clima cercano y afectuoso, el respeto, la tolerancia y la comprensión emocional del otro), Apertura-autenticidad (expresar abierta y honestamente las emociones, motivaciones e ideas, utilizando para ello la comunicación verbal y no verbal de manera efectiva y congruente, sin restricciones emocionales como culpa o vergüenza ni intencionalidad manipuladora del otro) y Escucha (escuchar activamente desarrollando estrategias facilitadoras de la expresión emocional). Se pidió a los participantes que indicasen la medida en la que realizaban cada una de las conductas reflejadas en los ítems, en un formato de respuesta tipo Likert de 6 puntos, de 1 a 5 (1 = *nunca lo suelo hacer* a 5 = *siempre lo hago*). Un ítem correspondiente al factor apertura-autenticidad es, por ejemplo, “*Mantengo la expresión facial (Acompaño con el rostro lo que digo verbalmente y las emociones que experimento)*”. La consistencia interna del cuestionario en este estudio ha resultado adecuada, obteniéndose valores de Alpha de Cronbach de ,819; ,751 y ,658 respectivamente para cada uno de los factores.

La Escala para la Evaluación de la Expresión, Manejo y Reconocimiento de Emociones (TMMS-24; Salovey y Mayer, 1990), en su versión adaptada al español por Fernández-Berrocal et al. (2004), se utilizó para medir la inteligencia emocional. Consta de 24 ítems que se agrupan en tres dimensiones de 8 ítems cada una: Atención emocional (sentir y expresar las emociones propias de forma adecuada), Claridad (comprensión de los propios estados emocionales) de sentimientos y Reparación emocional (regular los propios estados emocionales de forma correcta). Se pidió a los participantes que indicasen la medida en la que se sentían identificados con cada ítem, indicando su grado de acuerdo con cada uno de ellos en una escala de respuesta tipo Likert de 6 puntos (1 = *nada de acuerdo* a 5 = *totalmente de acuerdo*). Un ítem de este cuestionario correspondiente a la dimensión Atención emocional es, por ejemplo, “*Normalmente dedico tiempo a pensar en mis emociones*”. Una puntuación alta en este cuestionario indica una elevada inteligencia emocional. La consistencia interna del cuestionario en este estudio ha resultado adecuada, obteniéndose valores de

Alpha de Cronbach de ,87 para Atención emocional, de ,93 para Claridad de sentimientos y de ,87 para Reparación emocional.

El Cuestionario de Relación (Bartholomew y Horowitz, 1991), en su adaptación al castellano por Alonso-Arbiol y Yáñez-Yaben (2000; citado en Yáñez-Yaben y Comino, 2011), se utilizó para medir los estilos de apego. El cuestionario consta de 8 ítems en total que se dividen en dos partes de 4 ítems cada una. La primera parte permite clasificar a los participantes de acuerdo a los cuatro estilos de apego: Seguro, Preocupado, Temeroso y Desvalorizador. La segunda parte mide las dimensiones, de Ansiedad y Evitación. Los participantes debían indicar en qué medida se sentían identificados con cada uno de los ítems, en un formato de respuesta tipo Likert de 7 puntos (1 = *totalmente en desacuerdo* a 5 = *totalmente de acuerdo*). Un ejemplo de ítem correspondiente al estilo de apego Desvalorizador es: “*Me siento bien cuando no tengo una relación afectiva. Es muy importante para mí sentirme independiente y autosuficiente, y prefiero no depender de otros o que otros dependan de mí*”. La escala presenta un Alpha de Cronbach de ,403 en este estudio.

Además, en el cuestionario se incluyeron preguntas para recoger datos sociodemográficos y profesionales, como el género, el lugar de residencia, la profesión y la cantidad de tiempo (en años) que la persona lleva ejerciendo su práctica profesional.

Procedimiento

Los cuestionarios fueron elaborados en formato digital mediante la plataforma Formularios de Google y distribuidos a través de las redes sociales (principalmente Facebook y Twitter). También fue enviado por correo a diversos colegios oficiales de profesionales sanitarios para solicitar su colaboración en la distribución del formulario. La recogida de datos tuvo lugar entre los meses de julio y octubre del año 2020. Se explicó a los participantes que se estaba llevando a cabo un estudio desde la Universidad de La Laguna relacionado con la comunicación de los profesionales sanitarios. Se les aseguró que su participación era anónima y voluntaria. Todos los que accedieron a participar dieron su consentimiento para ello..

Análisis de datos

Una vez finalizada la recogida de datos, se procedió a crear una matriz de datos que se tomó como base para la realización de los análisis con el programa estadístico SPSS Statistics, versión 22, de IBM. Para analizar los efectos mediadores de la inteligencia emocional se empleó la extensión del SPSS Macro Process, creada por el profesor Andrew Hayes para facilitar el cálculo de procesos de interacción en regresión, tales como la mediación, la moderación y la mediación

moderada. Esta macro emplea el método bootstrapping, que es más potente que la tradicional prueba de Sobel, y por lo tanto, es el método recomendado para análisis con muestras pequeñas.

Resultados

En primer lugar se exploraron las relaciones entre las variables género, profesión y tiempo de ejercicio profesional; y el Apego, la Inteligencia Emocional y las Habilidades Comunicativas mediante ANOVAs.

Para analizar las posibles diferencias de género, se realizó un ANOVA con el género de los participantes como variable independiente, y el Apego, la Inteligencia Emocional y las Habilidades Comunicativas como variables dependientes. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres en los estilos de apego, en la inteligencia emocional ni en las Habilidades Comunicativas en nuestra muestra de profesionales sanitarios. En la Tabla 2 pueden observarse estos resultados.

Tabla 2*Resultados de lo Análisis ANOVA con el Género Como Variable Independiente*

		Suma de Cuadrados	gl	Media Cuadrática	F	Sig.
A. Seguro.	Inter-grupos	,909	1	,909	0,532	0,469
	Intra-grupos	78,570	46	1,708		
	Total	79,479	47			
A.Desvalorizador	Inter-grupos	,297	1	,297	0,138	0,712
	Intra-grupos	98,703	46	2,146		
	Total	99,000	47			
A. Preocupado	Inter-grupos	,873	1	,873	0,314	0,578
	Intra-grupos	127,794	46	2,778		
	Total	128,667	47			
A.Temeroso	Inter-grupos	1,909	1	1,909	0,486	0,489
	Intra-grupos	180,570	46	3,925		
	Total	182,479	47			
A. Ansiedad	Inter-grupos	,167	1	,167	0,310	0,581
	Intra-grupos	24,812	46	,539		
	Total	24,979	47			
A.Evitación	Inter-grupos	,109	1	,109	0,751	0,391
	Intra-grupos	6,703	46	,146		
	Total	6,813	47			
IE. Atención	Inter-grupos	1,130	1	1,130	1,997	0,164
	Intra-grupos	26,041	46	,566		
	Total	27,172	47			
IE. Claridad	Inter-grupos	2,174	1	2,174	3,384	0,072
	Intra-grupos	29,544	46	,642		
	Total	31,717	47			
IE. Reparación	Inter-grupos	,220	1	,220	0,458	0,502
	Intra-grupos	22,146	46	,481		
	Total	22,367	47			
IE. Total	Inter-grupos	1,005	1	1,005	2,629	0,112
	Intra-grupos	17,582	46	,382		
	Total	18,586	47			
C. Proactividad	Inter-grupos	1,037	1	1,037	2,657	0,110
	Intra-grupos	17,960	46	,390		
	Total	18,998	47			
C. Apertura/ Autenticidad	Inter-grupos	1,762	1	1,762	3,468	0,069
	Intra-grupos	23,371	46	,508		
	Total	25,133	47			
C. Escucha	Inter-grupos	,049	1	,049	0,105	0,747
	Intra-grupos	21,275	46	,463		
	Total	21,324	47			
C. Total	Inter-grupos	,745	1	,745	2,320	0,135
	Intra-grupos	14,775	46	,321		
	Total	15,520	47			

Para analizar las posibles diferencias entre las profesiones sanitarias, se realizó un ANOVA con la profesión de los participantes como variable independiente, y el Apego, la Inteligencia Emocional y las Habilidades Comunicativas como variables dependientes

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la profesión y el estilo de apego Preocupado ($F(2,45) = 5,834$; $p < ,01$; $\eta^2 = ,21$). Los participantes profesionales de medicina fueron quienes más se reconocieron en este estilo de apego ($M = 4,50$; $DT = 1.27$), seguidos de los

de enfermería ($M = 3,80$; $DT = 1,67$) y los de fisioterapia ($M = 2,13$; $DT = ,99$). En la Tabla 3 pueden observarse estos resultados.

Tabla 3

Resultados de lo Análisis ANOVA con la Profesión Como Variable Independiente

		Suma de Cuadrados	gl	Media Cuadrática	F	Sig.
A. Seguro.	Inter-grupos	513	2	,256	0,146	0,865
	Intra-grupos	78,967	45	1,755		
	Total	79,479	47			
A.Desvalorizador	Inter-grupos	10,200	2	5,100	2,584	0,087
	Intra-grupos	88,800	45	1,973		
	Total	99,000	47			
A. Preocupado	Inter-grupos	26,492	2	13,246	5,834	0,006
	Intra-grupos	102,175	45	2,271		
	Total	128,667	47			
A.Temeroso	Inter-grupos	21,538	2	10,769	3,011	0,059
	Intra-grupos	160,942	45	3,576		
	Total	182,479	47			
A. Ansiedad	Inter-grupos	1,504	2	,752	1,442	0,247
	Intra-grupos	23,475	45	,522		
	Total	24,979	47			
A.Evitación	Inter-grupos	,046	2	,023	0,152	0,859
	Intra-grupos	6,767	45	,150		
	Total	6,813	47			
IE. Atención	Inter-grupos	2,613	2	1,307	2,394	0,103
	Intra-grupos	24,558	45	,546		
	Total	27,172	47			
IE. Claridad	Inter-grupos	1,727	2	,864	1,296	0,284
	Intra-grupos	29,990	45	,666		
	Total	31,717	47			
IE. Reparación	Inter-grupos	,024	2	,012	0,024	0,976
	Intra-grupos	22,343	45	,497		
	Total	22,367	47			
IE. Total	Inter-grupos	,831	2	,415	1,053	0,357
	Intra-grupos	17,755	45	,395		
	Total	18,586	47			
C. Proactividad	Inter-grupos	1,756	2	,878	2,292	0,113
	Intra-grupos	17,242	45	,383		
	Total	18,998	47			
C. Apertura/ Autenticidad	Inter-grupos	,322	2	,161	0,292	0,748
	Intra-grupos	24,811	45	,551		
	Total	25,133	47			
C. Escucha	Inter-grupos	,971	2	,486	1,074	0,350
	Intra-grupos	20,353	45	,452		
	Total	21,324	47			
C. Total	Inter-grupos	,611	2	,306	0,923	0,405
	Intra-grupos	14,909	45	,331		
	Total	15,520	47			

En lo que respecta a la experiencia profesional, se realizó un ANOVA con el tiempo de ejercicio profesional (en años) de los participantes como variable independiente, y el Apego, la Inteligencia Emocional y las Habilidades Comunicativas como variables dependientes

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los participantes según el tiempo que llevaban ejerciendo su profesión y la variable Reparación del cuestionario de Inteligencia Emocional ($F(1,46) = 4,33; p < ,05; \eta^2 = ,09$), de manera que fueron los profesionales con más de 10 años de experiencia quienes obtuvieron una mayor puntuación en este área ($M = 4,06; DT = ,64$) en comparación con aquellos profesionales que contaban con 10 años o menos de experiencia ($M = 3,66; DT = ,69$). La tabla 4 muestra el ANOVA completo.

Tabla 4

Resultados de lo Análisis ANOVA con los Años de Profesión Como Variable Independiente

		Suma de Cuadrados	gl	Media Cuadrática	F	Sig.
A. Seguro.	Inter-grupos	3,001	1	3,001	1,805	0,186
	Intra-grupos	76,479	46	1,663		
	Total	79,479	47			
A.Desvalorizador	Inter-grupos	1,371	1	1,371	0,646	0,426
	Intra-grupos	97,629	46	2,122		
	Total	99,000	47			
A. Preocupado	Inter-grupos	,610	1	,610	0,219	0,642
	Intra-grupos	128,057	46	2,784		
	Total	128,667	47			
A.Temeroso	Inter-grupos	,001	1	,001	0,000	0,990
	Intra-grupos	182,479	46	3,967		
	Total	182,479	47			
A. Ansiedad	Inter-grupos	,015	1	,015	0,027	0,869
	Intra-grupos	24,964	46	,543		
	Total	24,979	47			
A.Evitación	Inter-grupos	,005	1	,005	0,036	0,850
	Intra-grupos	6,807	46	,148		
	Total	6,813	47			
IE. Atención	Inter-grupos	1,019	1	1,019	1,792	0,187
	Intra-grupos	26,153	46	,569		
	Total	27,172	47			
IE. Claridad	Inter-grupos	1,533	1	1,533	2,336	0,133
	Intra-grupos	30,184	46	,656		
	Total	31,717	47			
IE. Reparación	Inter-grupos	1,925	1	1,925	4,333	0,043
	Intra-grupos	20,441	46	,444		
	Total	22,367	47			
IE. Total	Inter-grupos	1,468	1	1,468	3,946	0,053
	Intra-grupos	17,118	46	,372		
	Total	18,586	47			
C. Proactividad	Inter-grupos	,002	1	,002	0,004	0,950
	Intra-grupos	18,996	46	,413		
	Total	18,998	47			
C. Apertura/ Autenticidad	Inter-grupos	,180	1	,180	0,332	0,567
	Intra-grupos	24,952	46	,542		
	Total	25,133	47			
C. Escucha	Inter-grupos	,635	1	,635	1,412	0,241
	Intra-grupos	20,689	46	,450		
	Total	21,324	47			
C. Total	Inter-grupos	,000	1	,000	0,000	0,998
	Intra-grupos	15,520	46	,337		
	Total	15,520	47			

En segundo lugar, como análisis preliminar de la relación entre las variables objeto de estudio, se calcularon las correlaciones entre las distintas dimensiones de las variables Apego, Inteligencia Emocional y Habilidades Comunicativas. Como puede observarse en la Tabla 5, se encontró una relación positiva entre el estilo de Apego Seguro y las variables de Reparación ($r = ,489$; $p < ,01$) y Claridad ($r = ,387$; $p < ,01$). Así como, en la puntuación total del cuestionario de Inteligencia Emocional ($r = ,462$; $p < ,01$) y en la puntuación total del cuestionario de Habilidades Comunicativas ($r = ,642$; $p < ,01$). La Inteligencia Emocional también correlacionó negativamente con las dimensiones de Ansiedad ($r = -,404$; $p < ,01$) y evitación de apego ($r = -,460$; $p < ,01$). A su vez se hallaron correlaciones negativas entre la puntuación total en Habilidades Comunicativas, el estilo de apego temeroso ($r = -,427$; $p < ,01$) y ambas dimensiones de apego: Ansiedad ($r = -,588$; $p < ,01$) y Evitación ($r = -,504$; $p < ,01$). Finalmente se encontró una correlación significativa entre las Habilidades Comunicativas y la Inteligencia Emocional ($r = ,542$; $p < ,01$).

Tabla 5

Matriz de Correlaciones de las Distintas Dimensiones del Estilo de Apego, la Inteligencia Emocional y las Habilidades Comunicativas.

	AS	AD	AP	AT	Ans	Evi	IEA	IEC	IER	IE	CE	CA	CP	C
AS			-.333*	-.448**	-.709**	-.481**		.489**	.387**	.462**	.496**	.537**	.577**	.642**
AD					-.337*				.318*					
AP				.572**	.629									
AT					.727**	.558*					-.301*	-.291*	-.463**	-.427**
Ans						.311*		-.380**	-.420**	-.404**	-.528**	-.473**	-.507**	-.588**
Evi							-.423**	-.428**		-.460**	-.287*	-.383**	-.544**	-.504
IEA								.625**	.346*	.801**		.694**	.390**	.542**
IEC									.606**	.909**	.412**	.571**	.625**	.659**
IER										.769**	.408**	.351*	.593**	.543**
IE											.395**	.657**	.646**	.704**
CE												.388**	.672**	.746**
CA													.596**	.635**
CP														.914**
C														

Nota. AS: Apego Seguro; AD: Apego Desvalorizador; AP: Apego preocupado; AT: Apego Temeroso; Ans: Ansiedad de Apego; Evi: Evitación de Apego; IEA: Atención; IEC: Claridad; IER: Reparación; IE: Puntuación total en Inteligencia Emocional; CE: Escucha; CA: Apertura/Autenticidad; CP: Proactividad ; C: Puntuación total en Habilidades Comunicativas.

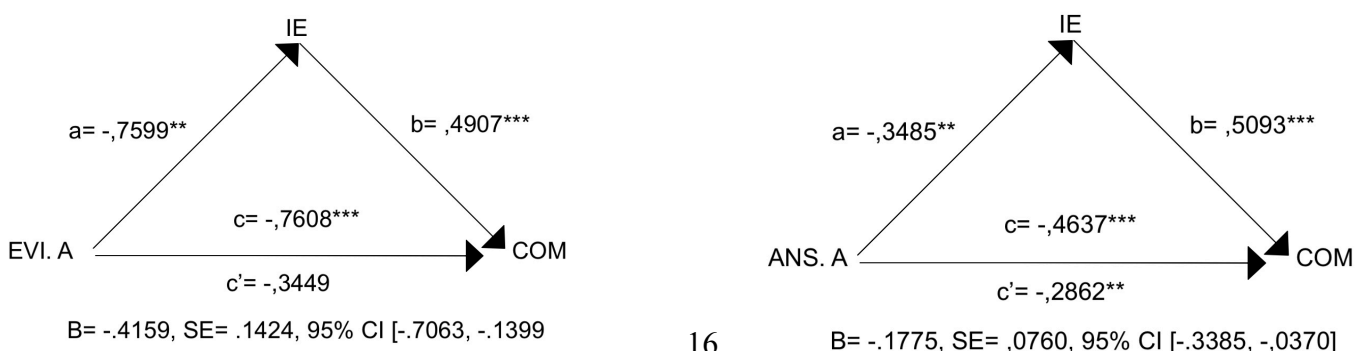
En tercer lugar, y una vez establecida la relación entre las tres variables, se llevaron a cabo dos análisis de mediación empleando la Inteligencia Emocional como variable mediadora de los efectos de la variable independiente (Dimensiones de Apego) sobre la variable dependiente (Habilidades Comunicativas).

En el primero de estos análisis observamos que, al utilizar la ansiedad de apego como variable independiente se obtiene un efecto indirecto estadísticamente significativo y de signo negativo de la Inteligencia Emocional sobre la interacción entre la Ansiedad de Apego y la Comunicación. ($B = -.1775$; $SE = .0760$; $95\% CI [-.3385, -.0370]$). Sin embargo, el efecto directo de la ansiedad de apego también es estadísticamente significativo ($c' = -.2862$; $p < .01$), por lo que, en este caso, solo podemos hablar de mediación parcial. En otras palabras, el signo negativo del efecto indirecto implica que la Inteligencia Emocional reduce los efectos negativos de la Ansiedad de Apego sobre La Comunicación. Sin embargo, este efecto es parcial ya que existe un efecto directo de la variable independiente sobre la dependiente.

Por otra parte, en un segundo análisis en el que se emplea la evitación de apego como variable independiente también observamos un efecto indirecto estadísticamente significativo y de signo negativo ($B = -.4159$; $SE = .1424$; $95\% CI [-.7063, -.1399]$), pero esta vez, el efecto directo de la variable independiente sobre la dependiente no sería estadísticamente significativo ($c' = -.3449$; $p > .05$). Así que, en este caso, estaríamos hablando de mediación total o completa de la Inteligencia Emocional sobre los efectos negativos de la evitación de apego sobre la Comunicación llegando a anularlos. La figura 2 muestra estos resultados de manera esquemática.

Figura 2

Resultados de la Mediación en la Muestra de Sanitarios Españoles



Discusión y conclusiones

Este trabajo tenía como objetivo explorar el efecto mediador de la inteligencia emocional en la relación entre el estilo de apego y las habilidades comunicativas, con una muestra de profesionales sanitarios españoles.

Tomando como referencia las investigaciones realizadas por el equipo de la Universidad de Liverpool mencionado anteriormente (Cherry et al, 2013a; Cherry et al, 2014; Cherry et al, 2013b), partimos de la base de la posible capacidad mediadora de la inteligencia emocional ante los efectos negativos que un apego no seguro puede tener sobre la comunicación.

Para explorar este efecto se llevaron a cabo diversos análisis estadísticos, estudiando, por un lado, la naturaleza de la relación mantenida por éstas variables, y por otro, como interactúan al estudiarlas conjuntamente. Por otra parte, se ha valorado la relación que éstas variables mantienen con otras características sociodemográficas de la muestra.

En primer lugar comentaremos lo encontrado en referencia a las variables estudiadas con respecto a las características sociodemográficas de los participantes.

Para comenzar, no se encuentran diferencias de género en ninguna de las categorías incluidas en este trabajo. O sea, se puede decir que tanto los hombres como las mujeres sanitarias participantes, se perciben como igualmente hábiles para reconocer y manejar sus propias emociones y, controlar los aspectos más emocionales de una conversación. Además, ningún grupo destaca por elegir más un estilo de apego que otros. Anecdóticamente podemos comentar que los médicos parecen verse más identificados con un estilo de apego preocupado que el resto de sanitarios, pero este dato no es suficiente para hablar de perfiles diferentes entre las tres profesiones estudiadas. También puede observarse una relación entre los años de experiencia laboral y la Reparación emocional. De manera que aquellos profesionales con más años de experiencia se consideran más capaces de regular sus propias emociones cuando es necesario. Estos hallazgos resultan interesantes y dignos de una mayor indagación en investigaciones futuras. Ya que, a pesar de algunas pequeñas diferencias, parece haber una gran cohesión entre los sanitarios independientemente de su género, su profesión concreta o los años de experiencia en dicha profesión.

Una segunda conclusión es que un estilo de apego seguro se relaciona con la percepción de una mayor inteligencia emocional y mayor destreza comunicativa. Por el contrario, vemos cómo la ansiedad y la evitación en el apego, y concretamente el estilo temeroso se relacionan negativamente con la autopercepción de los participantes sobre sus habilidades comunicativas y su inteligencia emocional. Por último, se encontró, una relación positiva entre la inteligencia emocional y las habilidades comunicativas de los encuestados. Es decir, cuanto mayor era su inteligencia emocional

percibida, mayores habilidades comunicativas señalaban. Estos resultados son coherentes con los obtenidos en algunos de los estudios mencionados en el marco teórico sobre la relación del apego con la comunicación (Dozier et al, 1994; Fletcher et al, 2016) y la inteligencia emocional (Cassidy et al, 2008; Mikulincer et al, 2001).

Finalmente, podemos afirmar que la Inteligencia Emocional es parcialmente responsable de atenuar los efectos negativos de la Ansiedad de Apego, sobre las Habilidades Comunicativas. En otras palabras, la Inteligencia Emocional explica parte, pero no toda, la relación entre la Ansiedad de Apego y las Habilidades Comunicativas de los participantes ya que, no solo existe un efecto significativo del mediador (Inteligencia Emocional) sobre la variable dependiente (Habilidades Comunicativas), sino que sigue existiendo cierto efecto directa de la variable independiente (Ansiedad de Apego) sobre la dependiente (Habilidades Comunicativas). Sin embargo, cuando empleamos la Evitación como variable independiente descubrimos que la Inteligencia Emocional explica toda la relación observada entre el Apego y la Comunicación, esto se conoce como mediación completa y es la evidencia máxima para la mediación, ya que, el efecto mediador es tan potente que llega a anular el efecto de la variable independiente sobre la dependiente. Estos resultados concuerdan con lo observado por el equipo de la Universidad de Liverpool en un escenario clínico más realista (Cherry et al, 2014). Puesto que ellos también encontraron un efecto mediador más potente al emplear la Evitación de Apego como variable independiente.

Con estos resultados podemos decir que poseer una buena capacidad para reconocer las emociones propias y ajenas, así como, ser capaz de regularlas y manejarlas en diferentes situaciones, afecta de manera relevante a las dificultades que suelen encontrar aquellas personas que temen y o rechazan de alguna manera el contacto con otros individuos, a la hora de comunicarse. En otras palabras una buena inteligencia emocional ayuda a reducir las interferencias que la ansiedad y, sobretodo, la evitación de apego producen en las personas a la hora de comunicarse eficazmente. Este hecho resulta especialmente relevante si tenemos en cuenta que nuestra población está compuesta por profesionales sanitarios, en cuyo trabajo deben ser capaces de empatizar y comunicarse con sus pacientes de forma efectiva.

En cuanto a las limitaciones de este trabajo, cabe señalar en primer lugar la utilización de cuestionarios de autoinforme debido a su mayor facilidad de difusión y aplicación. Este formato cuenta con muchas ventajas pero también presenta algunos inconvenientes. Por ejemplo, la estimación sesgada de las propias capacidades o la deseabilidad social son factores que deben tenerse en cuenta a la hora de interpretar los datos de este estudio. Para evitar estos problemas, futuras investigaciones sobre el tema podrían emplear cuestionarios de medida de la deseabilidad

social o incluso, una metodología de tipo observación al para valorar las habilidades comunicativas de los participantes.

En segundo lugar, al querer centrarnos en una población tan específica como es la de profesionales sanitarios, y en parte debido a las dificultades presentadas por la situación de pandemia, la muestra reunida para el estudio es reducida. De cara a establecer conclusiones definitivas, especialmente acerca de posibles diferencias intergrupales, sería necesario contar con una muestra mayor.

A pesar de las limitaciones enumeradas, el presente estudio aporta unos resultados que pueden resultar muy útiles en el campo de la psicoeducación. Este trabajo pone de manifiesto la mediación de la inteligencia emocional, - variable que es susceptible de mejora con entrenamiento- sobre aquellas características personales difíciles de modificar y que influyen de manera negativa en la comunicación de los profesionales sanitarios con sus pacientes. Por lo tanto, la utilidad del presente trabajo no es únicamente teórica sino que también tiene importantes implicaciones prácticas. Los resultados resaltan que la incorporación del entrenamiento en inteligencia emocional a los currículum universitarios de los grados sanitarios podría ser el primer paso de cara a mejorar la comunicación sanitario-paciente. Esta comunicación hasta ahora ha sido abordada en los planes de estudio a través de las prácticas en comunicación, que pueden resultar forzadas en un contexto puramente académico. No obstante, el entrenamiento en Inteligencia Emocional podría ser fácilmente extrapolable a dicho contexto y resultar beneficioso para la formación de nuevos profesionales de la salud.

Referencias

- Ainsworth, M. (1989). Attachment beyond infancy. *American Psychologist* 44(4), 709-16.
- Austin, E. J., Evans, P., Goldwater, R., & Potter, V. (2005). A Preliminary study of emotional intelligence, empathy and exam performance in first year medical students. *Personality and Individual Differences* 39(8), 1395-405.
- Bartholomew, K. (1990). Avoidance of intimacy: An attachment perspective. *Journal of Social and Personal Relationships*, 7, 147-178.
- Bartholomew, K., & Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults: A test of a four- category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 226-244.

- Bar-On, R. (1997). *The Emotional Intelligence Inventory (EQ-i): Technical manual*. Multi-Health Systems.
- Bredart, A., Bouleuc, C., & Dolbeault, S. (2005). Doctor-patient communication and satisfaction with care in oncology. *Current Opinion in Oncology*, 17, 351-54.
- Bowlby, J. (1982). Attachment and loss. Vol I. Attachment. *American Journal of Orthopsychology*. 52(4). 664-78.
- Carvalho, M., & Gabriel, S. (2006). No man is an island: The need to belong and dismissing avoidant attachment style. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 32, 697-709.
- Cassidy, J., & Berlin, L. J. (1994). The insecure/ambivalent pattern of attachment: Theory and research. *Child Development*, 65, 971-991.
- Cassidy, J., & Shaver, P. (2008). *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications*. Guildford Press.
- Cebrià, J., Palma, C., Segura, J., Gracia, R., & Pérez, J. (2006). El entrenamiento en habilidades de comunicación podría ser un factor preventivo del síndrome de burnout en médicos de familia. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 33(1), 34-40.
- Chang, B. P., Carter, E., Ng, N., Flynn, C., & Tan, T. (2018). Association of clinician burnout and perceived clinician-patient communication. *The American Journal of Emergency Medicine*, 36(1), 156-58.
- Cherry, M. G., Fletcher, I & O'Sullivan, H. (2013a). The influence of medical students' and doctors' attachment style and emotional intelligence on their patient-provider communication. *Patient Education & Counseling*, 93(2), 177-187.
- Cherry, M. G., Fletcher, I., & O'Sullivan, H. (2014). Validating relationships among attachment, emotional intelligence, and clinical communication. *Medical Education* 48(10), 988-97.

- Cherry, M. G., O'Sullivan, H., & Fletcher, I. (2013b). Exploring the relationships between attachment styles, emotional intelligence and patient-provider communication. *Medical Education*, 47(3), 317-325.
- Cherry, M. G., Fletcher, I., O'Sullivan, H., & Shaw, N. (2012). What impact do structured educational sessions to increase emotional intelligence have on medical students?. *Medical Teacher*, 34(1), 11–19.
- Del Piccolo, L., Mazzi, M., Saltini, A., & Zimmermann, C. (2002). Inter and intra individual variations in physicians' verbal behaviour during primary care consultations. *Social Science & Medicine*. 55(10), 1871–5.
- Dozier, M., Cue, K., & Barnett, L. (1994). Clinicians as caregivers: Role of attachment organization in treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 62(4), 793–800.
- Fernández-Berrocal, P., Extremera, N., & Ramos, N. (2004). Validity and reliability of the Spanish modified version of the Trait Meta-Mood Scale. *Psychological Reports*. 94, 751-5.
- Fletcher, I., Leadbetter, P., Curran, A., & O'Sullivan, H. (2008). A pilot study assessing emotional intelligence training and communication skills with 3rd year medical students. *Patient Education & Counseling* 76(3), 376-79.
- Fletcher, I., McCallum, R., & Peters, S. (2016). Attachment styles and clinical communication performance in trainee doctors. *Patient Education & Counseling* 99(11), 1852-857.
- General Medical Council. (2001). *Good Medical Practice*. General Medical Council.
- Goleman, D. (1995). *Emotional Intelligence*. Bantam Books.
- Grupo EMOCREA (2020). *Cuestionario de Comunicación Emocional*. (Cuestionario inédito). Universidad de La Laguna.
- Hernández-Jorge, C., & De la Rosa, C. (2018). Percepción de mejora de las habilidades comunicativas en estudiantes universitarios. *Revista de la Educación Superior*. 47(186), 119-135.

- Imran, Nazish, Muhammad Awais Aftab, Imran Ijaz Haider, & Anam Farhat. (2013). Educating tomorrow's doctors: A cross sectional survey of emotional intelligence and empathy in medical students of Lahore. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 29(3), 710-714.
- Kim, Ko, & Park. (2011) Effect of emotional intelligence on patient–physician interaction scores of clinical performance examination. *Korean Journal of Medical Education*, 23, 159–65.
- Levy, M., & Davis, K. (1988). Lovestyles and attachment compared: Their relations to each other and to various relationship characteristics. *Journal of Social and Personal Relationships*, 5, 439–71.
- Loh, A., Leonhart, R., Wills, C. E., Simon, D., & Harter, M. (2007). The impact of patient participation on adherence and clinical outcome in primary care of depression. *Patient Education & Counseling*, 65, 69-78.
- López-Fernández, C. (2015). Inteligencia emocional y relaciones interpersonales en los estudiantes de enfermería. *Educación Médica*, 16(1), 83-92.
- Maunder, R., & Hunter, J. (2008). Assessing patterns of adult attachment in medical patients. *General Hospital Psychiatry*, 31, 123–30.
- Mayer, J., DiPaolo, M., & Salovey, P. (1990). Perceiving affective content in ambiguous visual stimuli: A component of emotional intelligence. *Journal of personality assessment*, 54(3-4), 772-781.
- Mayer, J., Salovey, P., eds. (1997). *What is Emotional Intelligence?* Basic Books.
- Mayer, J. D., Salovey, P., & Caruso, D. (1999). Competing models of emotional intelligence. In R.J. Sternberg (Ed.), *Handbook of Human Intelligence*. Cambridge Press.
- Mayer, J., Salovey, P., Caruso, D. (2002). *Emotional Intelligence Test (MSCEIT). Version 2.0*. Multi-Health Systems.
- Mikulincer, M., Gillath, O., Haleevy, V., Avihou, N., Avidan, S., & Eshkoli, N. (2001). Attachment theory and reactions to others' needs: Evidence that activation of the sense of

- attachment security promotes empathic responses. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83, 881–95.
- Mira, J. J., & Aranaz, J. (2000). La satisfacción del paciente como una medida del resultado de la atención sanitaria. *Medicina Clínica*, 114(3), 26-33.
- Norcross, J. C., & Wampold, B. E. (2019). Relationships and responsiveness in the psychological treatment of trauma: The tragedy of the APA clinical practice guideline. *Psychotherapy* 56(3), 391-99.
- Roter, D. L., Hall, J. A., & Katz, N. R. (1987). Relations between physicians' behaviors and analogue patients' satisfaction, recall, and impressions. *Medical Care*, 25, 437-51.
- Sattersfield, J. M., & Hughes, E. (2007). Emotion skills training for medical students: A systematic review. *Medical Education*, 41, 935–41.
- Weng, Hui-Ching, Chen, Hung-Chi, Chen, Han-Jung, Lu, Kang, & Hung, Shin-Yuan. (2008). Doctors' emotional intelligence and the patient–doctor relationship. *Medical Education*, 42(7), 703-11.
- World Health Organization (1993). *Doctor-patient interaction and communication*. Division of Mental Health.
- Yáñez-Yaben, S. (2008). La evaluación desde la teoría del apego: El lugar de los autoinformes y otros instrumentos en la evaluación del apego en niños, adolescentes y adultos. En S. Yáñez-Yaben (Comp.), *La teoría del apego en la clínica: Evaluación y clínica* (pp. 95-162). Psimática.
- Yáñez-Yaben, S., & Comino, P. (2011). Evaluación del apego adulto: Análisis de la convergencia entre diferentes instrumentos. *Acción Psicológica*, 8(2), 67-85

