

¿Podemos evaluar las cualidades humanas de nuestros residentes?

Roger Ruiz Moral. Doctor

Can we assess the human qualities of our residents?

Resumen: Mediante la exposición de dos casos docentes reales este artículo plantea el problema de la evaluación de las cualidades humanas del médico (afectivas, morales) que representarían los aspectos claves del constructo "competencia profesional".

Summary: By analyzing two real teaching situations, this article raises the problem of the evaluation of physicians human qualities (emotional, moral) who represent key aspects of the "professional competence" concept



Las cualidades humanas del médico (afectivas, morales) representan los aspectos de la "competencia profesional" más trascendentes de la misma pues condicionan la aplicación de los demás componentes en el ejercicio de la profesión. El artículo plantea el problema de la evaluación de estos aspectos mediante la exposición de dos casos docentes reales que ejemplificarían algunos de sus componentes. Los casos resaltan algunas de las trampas y dificultades que encierra su valoración, pero también permiten reflexionar sobre los factores a tener en cuenta para evitar o minimizar esas trampas y dificultades. Las premisas básicas de este tipo de evaluación descansan en una evaluación de la acción, longitudinal en el tiempo, en contexto real y la necesidad de utilizar variedad de métodos evaluativos. Con estas premisas se resalta que a pesar de todo su valoración última no es directamente mensurable sino que depende de elementos cualitativos como "el buen juicio de unos evaluadores honestos", ya que dichas cualidades, al igual que la "competencia en general" se producen en la realidad y es imposible medir todos los aspectos de esta.

Introducción

La sociedad, las instituciones e incluso los propios aprendices nos están pidiendo que dictaminemos si estos son buenos médicos para poder ejercer su profesión, si son competentes para ello. Una de las más completas y recientes definiciones de competencia es "el habitual y juicioso uso de la comunicación, conocimiento, habilidades técnicas, razonamiento clínico, emociones, valores y reflexión en la práctica diaria en beneficio del individuo y la comunidad a la que se sirve" (1). Entre los componentes de este concepto se encuentra los afectivos, morales y los hábitos mentales, que se reflejan a su vez en las actitudes, en los estilos de actuación de las personas y que condicionarían la aplicación de todos los demás componentes (sirva de ejemplo la influencia de las emociones en la toma de decisiones (2)). Se nos está pidiendo también por tanto evaluar esos aspectos.

Este artículo pretende acercarse a este problema poniendo dos ejemplos que pueden resaltar la naturaleza de algunos de sus componentes, su verdadera importancia en el ejercicio de la profesión, algunas de las dificultades para su evaluación y quizás algunas de las formas de superarlas. Sin embargo, no debe buscarse en él un análisis exhaustivo de todas estas facetas.

Caso 1º (1ª parte)

El primer caso lo contó un amigo mío en una reunión (3), de modo que no es de mi experiencia directa. En un seminario con alumnos, estos tenían que hacer una entrevista a un paciente estandarizado que simulaba un paciente con SIDA. Un estudiante muy listo al que mi amigo conocía y sabía que era buen comunicador, antes de empezar la entrevista le preguntó que si lo que quería era una entrevista "normal" o una entrevista "biopsicosocial".

Comentarios

Esta pregunta aparentemente sencilla encerraba, entre otras cosas lo que se ha llamado el cisma entre "lo expuesto" y "lo desarrollado", en este caso, los valores expuestos y los desarrollados, entendidos estos últimos como aquellos que desarrolla el aprendiz en la realidad de su trabajo diario. La pregunta representaba un reflejo de la dificultad del estudiante para utilizar unos conocimientos que, sin embargo, era capaz de realizar (su teoría expuesta -lo biopsicosocial como algo holístico, centrado en el paciente, indivisible, etc...- y su teoría desarrollada - lo biopsicosocial, la visión global del paciente como una tarea objetiva más a añadir a la tarea del médico, no como captación de la esencia vital de la realidad de la interacción clínica que exige una adaptación espontánea (4,5)- estaban muy claras pero no eran iguales). Imaginemos ahora que en este momento sobre esa supuesta actuación desarrollada según esos presupuestos con el paciente estandarizado (PE), realizamos una evaluación para tratar de conocer algunos de los aspectos "humanos" o de su "profesionalidad" que los médicos de familia consideran importantes y entre los que se podrían encontrar los que aparecen en la tabla 1.

Tabla 1: Algunas dimensiones humanas (afectivas, morales) y hábitos mentales del médico de familia (6-9)

Capacidad para implicarse en el cuidado.
Conocer profundamente a nuestros pacientes.
Autoconocimiento.
Capacidad para perdonar.
Ofrecer continuidad.
Capacidad para subordinar su propio interés en interés de otros.
Honestidad, integridad.
Humildad.
Curiosidad empática.
Voluntad para "rendir cuentas" de lo que hace en su trabajo.
Demostrar compromiso con la excelencia.
Capacidad para ser compasivos.
Tolerancia de la incertidumbre.
Coherencia con las acciones y decisiones de su vida privada.

Lo que estamos tratando de valorar es "cómo él desarrolla en la realidad sus teorías, sus conocimientos y sus habilidades". La evaluación realizada por un observador experto sobre la entrevista con el PE es una de las formas (tabla 2) que actualmente se invoca como más objetiva, es decir, válida y fiable para valorar determinados aspectos de la competencia clínica, entre ellos el comunicacional o afectivo (10) (aunque para conseguir esa fiabilidad en este campo de lo afectivo necesitamos hasta 27 casos distintos (11)).

Tabla 2: algunos métodos para evaluar la "acción"

Valoración subjetiva por clínicos y tutores supervisores (TS) de encuentros con pacientes estandarizados (PE) o reales.
Valoración subjetiva por PE tras el encuentro.
Cuestionarios rellenos por PE tras el encuentro.
Cuestionarios rellenos por expertos-examinadores (E) tras el encuentro con PE o reales.
Valoración por E o TS de vídeograbaciones de varios de "sus mejores" casos reales.
Valoración por E, TS o PE de entrevistas con PE camuflados en las consultas.
Valoración por pares (Peer assessment) de encuentros con PE o reales.
Autovaloración de los residentes y estudiantes de sus actuaciones reales o con PE.
Valoración de la actuación por los propios pacientes.

Satisfacción y valoración de los pacientes de aspectos globales y parciales de la asistencia.

Triangulación de supervisores clínicos sobre sus acciones y comportamientos pasados.

Auditorías de registros.

Una evaluación de este tipo, decía, habría arrojado seguramente resultados positivos, pero no habría reflejado realmente los auténticos valores que presidirán las actuaciones de este estudiante con sus pacientes cuando sea médico. La inocente pregunta de este estudiante avisado nos descubre la trampa que de forma inconsciente (como aquí parece) o consciente él introduce y que "engaña" a los instrumentos de medición de una "actuación preestablecida" y ¿con un fin evaluativo?. El escollo para estos instrumentos y métodos sería la capacidad del estudiante para disfrazar su actuación en función de los valores que estamos promoviendo.

Caso 2º (1ª parte)

Vamos a seguir ahora con otra historia, esta la traigo de mi propia experiencia:

Cristina era una residente de medicina de familia de 1er año, lista aunque algo nerviosa, que acudió a mi porque debía presentar su primera sesión clínica en la Unidad. Me dijo que se encontraba angustiada porque no lograba encontrar ningún caso que mereciera la pena ser expuesto. Finalmente y ante mi insistencia, me contó una experiencia durante su rotatorio por Salud Mental. Había tenido que valorar a un varón que había sido derivado por su médico de familia ante el riesgo de intento de suicidio. Según ella las dificultades que había tenido se derivaban del hecho de que había sido su primer paciente en atender en el servicio de Salud Mental. Le llamé la atención sobre la posibilidad de que quizás pudiera ser de interés para los residentes y para ella misma el identificar las dificultades y los problemas que experimentan los principiantes cuando atienden a pacientes. Me relató que aquella primera mañana en Salud Mental fue muy ajetreada y apenas le hicieron caso. Era una residente de medicina de familia y tenía la sensación de que estaba siendo ignorada, apenas si la habían saludado formalmente, no le enseñaron las consultas, ni le presentaron al personal. Lo justificaba reconociendo que estaban muy ocupados pero, sin embargo, esto le molestó y le hizo sentirse incómoda y desorientada, además de lo cohibida que, por su carácter me dijo, se encontraba. Casi de repente un médico le encargó que atendiese a ese paciente que se encontraba en una consulta y valorase el riesgo de suicidio. Entonces se sintió muy agobiada y angustiada, apenas se atrevió a exponer al médico su deseo de primero observar algunas consultas con ellos. En lugar de esto buscó desesperadamente algún rostro conocido y encontró a una residente de 2º año de psiquiatría a la que transmitió su azoramiento. La compañera le ofreció unas recomendaciones básicas a modo de guía sobre los puntos importantes que hay que tener en cuenta para valorar el riesgo de suicidio. Cristina encaró, entonces la entrevista con esa guía en la cabeza. Confesó que aunque creía haber aplicado las recomendaciones tenía la sensación de que le había salido todo mal, para ella fueron unos minutos interminables. Dijo que se encontró envarada, tensa y confusa, y que apenas sacó información útil. Además tenía la sensación de que el paciente se había dado cuenta de ello y se encontraba incómodo. Entonces pidió ayuda de nuevo, y un psiquiatra le preguntó sobre lo que había hecho, ella le dijo lo que había aplicado y él le comentó que no tenía por qué preocuparse ya que era eso básicamente lo que había que hacer, pero que aún así él se acercaría a ver a ese paciente enseñada.

Comentarios

El caso de Cristina podría poner de manifiesto también el cisma entre, en este caso más que valores, los conocimientos expuestos y los conocimientos desarrollados, pero también los valores se pueden ver aquí afectados secundariamente. En su entrevista con el paciente Cristina trató de aplicar unos conocimientos y un menú de indicaciones teóricamente buenos o aceptables que estaban en su cabeza y en el papel, qué conocía. En flashback esto fue calificado por un evaluador (el psiquiatra) como bueno, sin embargo en su desarrollo y sobre todo para ella, parece que no funcionaron, lo que pone de manifiesto, entre otras cosas cuales son los límites de una prueba oral (valoración de conocimientos factuales y problemas abstractos) o de no valorar directamente ¿la acción?.

Igual que en el caso anterior, una evaluación realizada por un observador experto sobre la entrevista de Cristina en este caso con el paciente real, habría arrojado esta vez seguramente resultados negativos y sin embargo no habría reflejado tampoco realmente las auténticas actitudes de Cristina y lo que esta era capaz de hacer.

Estos dos ejemplos destacarían la debilidad de unos instrumentos de medición que, como decía, representa hoy día una sofisticada forma de evaluar la práctica clínica real, o el nivel más alto de la pirámide de Miller ("hacer") (12). Ambos, pero especialmente el segundo nos resalta hasta aquí, la importancia del contexto, el cual tratándose y conociendo a Cristina, de haber sido un contexto puramente evaluativo hubiera pesado aún seguramente más en su actuación. Puestos a suponer, podíamos imaginar que la

evaluación de un experto hubiera arrojado resultados menos críticos, pero entonces esta podía haber sido criticada por no haber respondido a lo que realmente allí pasó, ni ella ni el paciente parecían estar contentos con los resultados.

Este caso refleja al igual que el anterior la diferencia que existe entre la ?actuación?, la cual es directamente más o menos mensurable (cualidad mensurable) y la competencia, la cual es una cualidad inferida (1). En mi caso, yo tenía un conocimiento de Cristina mucho más amplio, basado en su comportamiento, sus actitudes, sus intereses, un conocimiento de parte de su historia personal, de algunos de sus problemas que había tenido la ocasión de ir construyendo de mis sucesivos contactos con ella en diferentes situaciones y ante diferentes problemas y de la información que había recibido de los diferentes compañeros que la conocían. Esta distinción, a mi juicio, es muy importante desde el punto de vista evaluativo.

Casos 1º y 2º (conclusiones)

Terminemos esta reflexión exponiendo el final de las historias. En el caso de mi amigo. Lo que este le dijo al estudiante fue ?Tu entiendes la tarea, haz lo que creas que tienes que hacer para cumplirla?. Su entrevista salió bien y mi amigo le preguntó si había sido una entrevista ?normal? o ?biopsicosocial?, el estudiante se rió y contestó que era lo que le había salido en ese momento. Y ¿qué pasó con Cristina? En el ínterin entre la llegada del psiquiatra ella se tranquilizó, entonces volvió de nuevo con el paciente y comenzó a charlar con él, dijo que en ese momento pudo conversar de una manera más relajada. Me dí cuenta que le hizo preguntas fruto de su curiosidad e interés que eran muchos y que empleó ?lo poco que sabía? sobre lo que hay que valorar en este tipo de pacientes. Fue en aquel momento cuando, según ella, consiguió una visión más amplia del problema del paciente y pudo intuir la magnitud del riesgo. Ahora la entrevista salió bien, como la del estudiante de mi amigo.

Comentarios

En ambos casos había desaparecido el cisma. Lo que hizo el estudiante de mi amigo y Cristina en su segunda entrevista fue en primer lugar poner de manifiesto que la realidad es diferente de las teorías que pensamos estamos aplicando (de ahí lo obligado de ir a la realidad) y que dado que la realidad tiene más complejidad de lo que podemos expresar a partir de los conocimientos (de la teoría), aquella, y especialmente cuando se dan condiciones de "autenticidad", es decir condiciones "no forzadas", hace aparecer algunos conocimientos tácitos, actitudes y valores que solo podemos aprehender si examinamos la situación tal y como esta se produce, y cuando se produce con la máxima espontaneidad. Precisamente la espontaneidad fue en los dos casos la clave de una buena actuación. Pero también y, esto es lo más importante desde el punto de vista evaluativo, la espontaneidad es la mejor manera de captar lo mejor y lo peor que uno es capaz de hacer realmente en su trabajo diario (5). Digamos que esto es un pre-requisito para que los residentes "listos" no nos engañen, ni "los condicionados por la escena" tampoco.

El tipo de evaluación que se realizó en estas ocasiones fue diferente. Por una parte, involucró a médicos clínicos y tutores supervisores (mi amigo y yo) que de forma subjetiva valoraron lo que hicieron (aunque en el caso de Cristina fuese en flashback), en ambos tiene lugar una autovaloración del aprendiz, aunque muy genérica y poco estructurada aquí, y en todos estos casos fue más positiva. Otros tipos de evaluación de la actuación (tabla 2), como por ejemplo, una evaluación por pares (sobre aspectos éticos y de profesionalismo) o con puntuaciones de checklist (sobre habilidades interpersonales), o del propio paciente, seguramente contribuirían a una mejor valoración de ambas entrevistas.

Conclusiones

No quiero dar una visión pesimista de la evaluación de los aspectos humanos de la atención. Decía al principio que tanto los propios aprendices, las instituciones y la sociedad nos exigen evaluar. Luego esto es algo que tenemos que hacer. Lo que pretendo es resaltar algunas de las cosas que me parecen indispensables para aproximarnos a la valoración del tipo de médicos que son nuestros residentes y que se resumen en la siguiente tabla 3:

Requisitos para evaluar las cualidades profesionales de los médicos:

- 1º) Evaluación de la acción.
- 2º) Realidad profesional habitual.
- 3º) Perspectiva temporal suficiente.
- 4º) Usar diversos y variados métodos evaluativos.
- 5º) Evaluadores Honestos.

6º) Disponer de apoyo institucional.

Comentando cada punto diremos:

1º) que la evaluación de la acción es indispensable,

2º) que esta debe ser longitudinal, es decir, con perspectiva temporal suficiente

3º) que esta debe hacerse en el contexto adecuado

Con estas premisas en la mente sería preciso:

4º) la incorporación de diversos y variados métodos evaluativos algunos de los más importantes he resaltado aquí (tabla 2). Que un adecuado sistema de tutelaje y ?mentorización? con feedback debería acompañar las acciones evaluativas, para que tengan así un verdadero carácter formativo, que es en el fondo lo importante. Que sin embargo, todo esto juiciosamente puede ser utilizado con fines sumativos (cuya ventaja adicional es que tiene el poder de dirigir el contenido del curriculum y lo que los estudiantes aprenden, de manera que a lo mejor puede sernos muy útil para incorporar ciertos elementos educativos y valores). Sin embargo con todas estas condiciones no debemos olvidar lo que también antes se resaltó y es el carácter de cualidad inferida de la competencia.

Inferencia que hacemos de la realidad que supone el pasado de una persona y su presente ?actuando? y que se basa en algunos datos mensurables (procedentes de su acción) y otros muchos no mensurables (pues es imposible medir la realidad completa, los datos que nos entran por el menospreciado hemisferio derecho). Todo esto me lleva al 5º elemento: que el juicio final dependa de la aplicación de un ?buen juicio? por parte de unos evaluadores que deberían, además, de representar en si mismos las cualidades que se está tratando de medir.

Para acabar, el último elemento (6º), pero no en último lugar, es el que todo esto se encuentre suficientemente apoyado por las instituciones. Una evaluación responsable de esta naturaleza es impensable sin un apoyo institucional adecuado, parece inviable sin la existencia de una carrera profesional bien establecida. Desgraciadamente estamos muy lejos de disponer hoy día de ello en nuestro país.

BIBLIOGRAFÍA

Epstein RM, Hundert EM. Defining and assessing professional competence. JAMA 2002;287:226-35.

Damasio AR. El error de Descartes. Barcelona: Critica, 2001.

Epstein RM. La práctica reflexiva, atenta y presente: la conducta del profesional y la ética tácita del momento. Conferencia del Instituto de bioética, Fundación de ciencias de la Salud, Madrid, 10 Noviembre, 1999..

Epstein RM. Mindful practice. JAMA 1999;282:833-39.

Ruiz Moral R. Spontaneity: A way to become a better doctor. Reflections on the philosophy of Ortega. Med Encount 2002;17:2-5.

Brody H. The family physician: What sort of person? Fam Med 1998;30:589-93.

McWhinney IR. El médico de familia: clínico y sanador. Dimens Hum 2002;6:67-71.

Díez Espino J. Así es mi médico de familia. Gaceta semFYC 1997;5:4.

Swick HM. Toward a normative definition of medical professionalism. Acad Med 2000; 75:612-16.

Van der Vleuten CPM. The assessment of professional competence: development, research and practical implications. Advances in Health Sciences Education 1996;1:41-67.

Carline JD, Paauw DS, Thiede KW, Ramsey PG. Factors affecting the reliability of ratings of students' clinical skills in a medicine clerkship. J Gen Intern Med 1992;7:506-10.

Miller G. The assessment of clinical skills/competence/performance. Acad Med 1990;65:S63-S67.