

Lo innato, la sobre-competencia y lo intuitivo: barreras para la formación en competencias clínicas huérfanas

Roger Ruiz Moral. Editor de Doctutor

Resumen: El prejuicio de que algunas competencias cruciales para el desempeño del médico como la comunicación asistencial, el trabajo en equipo, la orientación espacial o la capacidad para reconocer sesgos cognitivos, entre otras, son habilidades innatas, no modificables, intuitivas y sobre las que todos tenemos capacidades suficientes para desenvolvernos en nuestro trabajo clínico, representa un serio problema para la educación médica. La evidencia científica muestra que esto no es así y que su falta de consideración en la formación del médico puede ser un serio problema para la seguridad del paciente. Un abordaje adecuado de estas competencias en los currícula de grado y programas de residencia, contribuirá a mejorar la capacitación en las mismas, incrementar la autoconciencia de los aprendices sobre sus capacidades reales y a abolir el estigma que conlleva en muchos estudiantes sus dificultades al respecto.

The innateness, over-expertise and intuitiveness: barriers for training in orphan clinical competencies Summary: The prejudice that some crucial competences for the performance of the doctor such as healthcare communication, teamwork, spatial orientation or the ability to recognize cognitive biases, among others, are innate, non-modifiable, intuitive abilities and on which we all have enough ability to develop in our clinical work, represents a serious problem in medical education. The scientific evidence shows that this is not the case and that non consideration these abilities in the training of the physician can be a serious problem for the patient's safety. An adequate approach of these competencies in the undergraduate curricula and residency programs, will contribute to improve their training, increasing the self-awareness of the apprentices about their real abilities and to abolish the stigma that entails in many students their difficulties in this regard.



Existe un grupo importante de competencias en educación médica, como nuestra capacidad para reconocer sesgos cognitivos personales, desarrollar habilidades consideradas "blandas" como la comunicación, o la capacidad para trabajar en equipo, nuestra

capacidad para discernir acciones éticamente correctas e incorrectas de la práctica clínica diaria o la de distinguir lo que está a la derecha y a la izquierda, arriba y abajo (es decir, la orientación espacial anatómica)? en las que existe la suposición tácita de que su origen es innato o que surgen de manera intuitiva y en las que nuestro dominio sobre ellas es más que suficiente para afrontar los retos clínicos.

Creo que de estas suposiciones sobre estas competencias se deriva una de las principales razones de su persistente desatención en el ámbito de la educación médica. Lo que la educación médica está asumiendo es que estas habilidades o competencias son algo fácil, innato o intuitivo que no merece la pena atender y dedicar tiempo y recursos. Sin embargo, la distinción entre lo que es presumiblemente innato y lo que merece atención y práctica es algo más bien arbitrario, por lo que merece reconsiderar estas concepciones.

Centrándome en un campo que conozco bien, el desarrollo de habilidades "blandas" como la empatía y la comunicación. Nos damos cuenta que hay circunstancias en las que asumimos que efectivamente hemos informado o dado una mala noticia, revelamos un error médico u obtuvimos el consentimiento informado de una manera, para nosotros, más que adecuada y, sin embargo, a los ojos del paciente la manera de hacerlo fue deficiente. He tenido ocasión de comprobar esto en mi trabajo como docente en el ámbito de la comunicación clínica con estudiantes, residentes y médicos. La sorpresa de éstos al recibir del propio paciente simulado un feedback sobre los aspectos de su actuación que debían ser mejorados, primero les ha sorprendido, para después, en un ejercicio de reflexión, reconocer las áreas de mejoras sugerida por los pacientes. Efectivamente de esta manera, todos podemos estar dispuestos a obtener información importante sobre nuestras propias habilidades con un enfoque más consciente y reflexivo (1-3).

En el ámbito de la comunicación clínica, disponemos a estas alturas de una importante cantidad de información que revela aspectos comunicativos habitualmente considerados deficitarios en los médicos como la capacidad para escuchar, ser empáticos, ofrecer información adaptada al paciente y comprensible para él/ella o no involucrarlo en las decisiones en la medida que así lo desee (4-7), también afrontar situaciones comunicativas delicadas, como dar malas noticias (8), trabajar en equipo (9), que afectan a la seguridad del paciente. La calidad de estas actuaciones comunicativas de los médicos jóvenes, los residentes y los estudiantes, no se distribuye de manera homogénea. Por emplear una clasificación simplista, los hay buenos, medianos y malos, pero lo interesante es que estos niveles de actuación se modifican y mejoran si se realiza una práctica deliberada al respecto, es decir si reciben una formación adecuada sobre esta competencia y tienen ocasión de ensayar y reflexionar a propósito de sus estilos y estrategias comunicativas. Aún así, el grado de progreso entre ellos es desigual. Aspegren (10) observó que estudiantes y residentes en su último año, y sin formación en comunicación, tenían similares competencias comunicativas para la conversación social, pero carecían de habilidades para detectar las preocupaciones de los pacientes, para estructurar la conversación o para hacerles participar en las decisiones sin forzarles. Estas habilidades no se aprendieron tras más de 10 años de trabajo clínico y sin enseñanza específica.

Otra competencia particularmente crítica en medicina (y no sólo en cirugía), es la capacidad para discernir la lateralidad o la discriminación entre izquierda y derecha (DID), que puede acarrear errores mediante diagnósticos e intervenciones incorrectos y, en última instancia, dañar al paciente, es objeto de este tipo de prejuicios y es así sistemáticamente objeto de desatención educativa. En un reciente estudio publicado por Gormley et al. (11) se señala que, aunque a menudo se supone que la DID es innata o adquirida durante las primeras etapas del desarrollo humano, en realidad la DID es un proceso neuropsicológico complejo en el que el 17% de las mujeres y el 9% de los hombres tienen dificultades (12). Los estudiantes de medicina no están exentos de estas dificultades. Un estudio mostró que, la mayoría de los estudiantes tenían puntuaciones inferiores al 77% en una prueba objetiva de DID (13). En las entrevistas realizadas por Gormley et al., Los estudiantes que tuvieron dificultades con la DID describieron sentimientos de insuficiencia, lo que les llevó a realizar esfuerzos para ocultar esta dificultad e incluso influyó en sus trayectorias profesionales al evitar realizar ciertas especialidades. Sin lugar a dudas, estos hallazgos tienen implicaciones importantes para la educación médica, ya que, como pasa en las otras competencias antes mencionadas, sugiere la necesidad de eliminar, también para la DID, la suposición de ser una habilidad humana innata y por lo tanto plantear considerar su importancia para, al igual que las otras competencias huérfanas mencionadas, llevar a cabo una capacitación sobre la misma en el currículo médico.

Para Han y Vapiwala (14), este problema merece una seria reflexión crítica. **En primer lugar, es que no importa cuán intuitiva pueda parecer una habilidad, la realidad es que en la población, ésta se distribuye de forma amplia y desigual.** Como muchos de nuestros responsables académicos consideran la competencia en comunicación asistencial, también en trabajo en equipo, en

sensibilidad ética o en orientación espacial al mismo nivel que la alfabetización básica y así, no exigen o comprueban el nivel del aspirante en las mismas para matricularse en nuestras facultades de medicina o incluyen una formación específica en estos ámbitos en el curriculum o, si lo hacen, es de una forma marginal y secundaria no mereciendo especial atención (15). Sin embargo, son ya muchos los estudios que contradicen estas suposiciones, lo que debería hacer reconsiderar estas posturas.

En segundo lugar, estos supuestos sobre lo que es innato pueden mitigar la brecha entre las capacidades percibidas de las personas y las capacidades reales. De acuerdo con el efecto Dunning-Kruger, las personas tienden a sobreestimar sus propias habilidades considerándose mejores que el promedio (16). En el estudio original de estos psicólogos de Cornell, a los participantes se les presentaron pruebas en las que debían de calificar su humor, razonamiento lógico y gramática. Luego se les pidió que predijeran cómo consideraban que lo habían realizado en relación al resto de gente. En general, la mayoría de los participantes sobreestimaron sus habilidades. Curiosamente, cuanto peor era su rendimiento, mayor era el grado de sobreestimación. Esto, realmente puede parecer al lector una verdad de perogrullo, pues de toda la vida se sabe que ¿los tontos son ciegos a su propia estupidez?, o como Charles Darwin escribió en su libro El Origen del Hombre, "La ignorancia genera con mayor frecuencia mayor confianza que el conocimiento". En el estudio de Dunning y Kruger, el único grupo que no tuvo este sesgo, y de hecho subestimó su capacidad, fueron los que estaban dentro del cuartil con mejor calificación real, lo que sugiere que aquellos que conocían bien el tema también eran más conscientes de sí mismos. Algo que nos puede recordar también al famoso aserto atribuido a Sócrates ¿sólo sé que no sé nada?. Alicke et al. (17) también observaron que las personas tenían menos probabilidades de experimentar el efecto Dunning-Kruger cuando las habilidades se medían de forma más objetiva o menos abiertas a la interpretación. Se cree que el mecanismo psicológico del efecto Dunning-Kruger es multifactorial, como nuestra tendencia a seleccionar o interpretar la evidencia de manera egocéntricamente favorable ("egocentrismo"). Otros han sugerido que tendemos a elegir sistemáticamente puntos de comparación inferiores ("reclutamiento selectivo"). Independientemente de su causa, este sesgo incrementa la brecha entre la capacidad percibida y la real y es contrario al objetivo de la educación, interfiriendo con el grado de autoconciencia crítica que tenemos sobre determinadas áreas necesarias para nuestro desarrollo profesional o personal.

Finalmente, **una última reflexión** a la que nos lleva esta disquisición es que el poner en tela de juicio lo considerado innato puede llevar a la des-estigmatización, la adaptación y a conseguir una resolución más efectiva de los problemas. En el estudio de Gormely et al, los estudiantes que no pudieron determinar automáticamente la lateralidad informaron sobre el desarrollo de diversas estrategias de adaptación. Estas incluían el uso de señales en sus propios cuerpos (por ejemplo, usar un reloj) para determinar la lateralidad y proyectarlo en otros contextos, así como el establecimiento de "planes de contingencia", verificando su trabajo repetidamente para, así, garantizarse el no cometer errores. Además, los individuos también comienzan a cambiar la consideración sobre cómo ven sus propias habilidades. En lugar de considerar la DID como un nivel de habilidad binario o fijo, comienzan a considerarlo como algo plástico, algo que puede mejorarse con la práctica deliberada. Esta es una realización importante incluso para aquellos que previamente no han mostrado tener problemas con su DID. Esta nueva mentalidad orientada hacia la madurez cambia la perspectiva sobre una estrategia dirigida en exclusiva a ayudar sólo a aquellos con un déficit percibido a la de animar a todos a ser más conscientes de sus deficiencias actuales y trabajar para superarlas. De manera no sorprendente, he podido comprobar la similitud de respuestas de estudiantes y residentes ante sus habilidades comunicativas cuando tienen la ocasión de comprobar lo precarias que pueden ser estas y sus consecuencias en el ámbito de su práctica clínica (18).

En última instancia, el énfasis en suplantarse el supuesto de lo innato con una mayor conciencia sobre las limitaciones humanas y los esfuerzos para desarrollar mayores oportunidades de capacitación está bien fundamentado, y este enfoque debería extenderse a temas y competencias actualmente huérfanas en nuestro sistema educativo médico. Hemos destacado aquí algunas de las muchas otras habilidades en medicina que se asumen que son intuitivas, pero que en realidad, también se distribuyen en un amplio y desigual espectro entre nuestros estudiantes y residentes. De acuerdo con el efecto Dunning-Kruger, hay brechas significativas entre las habilidades percibidas y las reales en estos dominios. La educación médica debe considerar estas habilidades como maleables, no innatas, de modo que podamos des-estigmatizar su déficit, cómo promover estrategias más creativas y deliberadas para aumentar el rendimiento general.

Gran parte de lo que somos y lo que hacemos depende de nuestra capacidad de autoconciencia. Promover una mayor conciencia sobre nuestros propios déficits y abordarlos es uno de los aspectos más críticos del aprendizaje y es fundamental para la misión educativa médica.

- 1. Ruiz Moral R, Perula de Torres LA, Monge D, Garcia de Leonardo C, Caballero F.** Teaching medical students to express empathy by exploring patient emotions and experiences in standardized medical encounters. *Patient Educ Couns* 2017;100:1694-1700.
- 2. Han, J, LaMarra, D, Vapiwala, N.** Applying lessons from social psychology to transform the culture of error disclosure. *Med Educ* 2017; 51 (10): 996-1001
- 3. Johnson, J, Panagioti, M.** Interventions to improve the breaking of bad or difficult news by physicians, medical students, and interns/residents: a systematic review and meta-analysis. *Acad Med* 2018; 93 (9): 1400-12
- 4. Ruiz-Moral R, Perez Rodriguez E, Perula de Torres LA, de la Torre J.** Physician-patient communication: a study on the observed behaviours of specialty physicians and the ways their patients perceive them. *Patient Educ Couns*. 2006;64:242-8.
- 5. Ruiz-Moral R, Munguía LP, de Torres LÁP, Carrión MT, Mundet JO, Martínez M.** Patient participation in the discussions of options in Spanish primary care consultations. *Health Expectations*. 2014;17:683-95.
- 6. Marvel MK, Epstein RM, Flowers K, Beckman HB.** Soliciting the patient's agenda: have we improved? *Jama*. 1999;281:283-7.
- 7. Levinson W, Gorawara-Bhat R, Lamb J.** A study of patient clues and physician responses in primary care and surgical settings. *Jama*. 2000;284:1021-7.
8. Fallowfield L, Jenkins V. Communicating sad, bad, and difficult news in medicine. *Lancet*. 2004;363:312-9.
- 9. Sutcliffe KM, Lewton E, Rosenthal MM.** Communication failures: an insidious contributor to medical mishaps. *Acad Med*. 2004;79:186-94.
- 10. Aspegren K, Lonberg-Madsen P.** Which basic communication skills in medicine are learnt spontaneously and which need to be taught and trained? *Med Teach*. 2005;27:539-43.
- 11. Gomerly GJ, Brennan C, Dempster M.** What 'you can't tell left from right?' Medical students' experiences in making laterality decisions. *Med Edu* 2019;53: 458-66
- 12. Wolf SM.** Difficulties in right-left discrimination in a normal population. *Arch Neurol* 1973;29:128-9
- 13. Gormley, GJ, Dempster, M, Best, R.** Right/left discrimination among medical students: questionnaire and psychometric study. *BMJ* 2008; 337: a2826
- 14. Han JJ, Vapiwala N.** Challenging assumptions of innateness 'leave nothing unturned. *Med Educ* 2019;53:423-5
- 15. Ruiz Moral R, Cerro A, Monge D, Caballero F, Garcia de Leonardo C.** Barreras para la enseñanza de la comunicación clínica en las Facultades de Medicina españolas: estudio cualitativo con los responsables docentes. *Comunicar* (submitted 2019)
- 16. Kruger, J, Dunning, D.** Unskilled and unaware of it: how difficulties in recognizing one's own incompetence lead to inflated self-assessments. *J Pers Soc Psychol* 1999; 77 (6): 1121-34
- 17. Alicke, M, Govorun, O.** The better-than-average effect. 2005. In: MD Alicke, D Dunning, J Krueger, eds. *The self in social judgment*. (pp. 85-106). New York: Psychology Press.
- 18. Ruiz Moral R, Garcia de Leonardo C, Monge D, Caballero F.** Medical students perceptions towards learning communication

skills: a qualitative study after 2 year training programme. Int J Med Educ. 2019;10:90-97