

# Una guía para tutores en el cultivo de la seguridad psicológica del residente y el estudiante\*

Wade Brown, Lekshmi Santhosh, Nancy H. Stewart, Rosemary Adamson, May M. Lee

**Resumen:** Nuestros residentes y estudiantes están sometidos por las propias características del aprendizaje clínico a grandes desafíos y exigencias. Un entorno del aprendizaje clínico caracterizado por el desequilibrio de poder, la vergüenza, la humillación, el maltrato y los sentimientos de impotencia y miedo inhibe el crecimiento personal (cuando no lo deterioran ostensiblemente). La creencia de que uno puede asumir riesgos interpersonales abiertamente (denominada 'seguridad psicológica?') es clave para transformar este tipo de formación. Este artículo ofrece técnicas tangibles para que tutores y educadores clínicos puedan emplear con el objetivo de cultivar la seguridad psicológica en la formación de residentes.

**A Guide for Tutors in Cultivating Resident and Student Psychological Safety Summary:** Our residents and students are subject to great challenges and demands due to the characteristics of clinical learning. A clinical learning environment characterized by power imbalance, shame, humiliation, mistreatment, and feelings of helplessness and fear inhibits personal growth (when not visibly impairing it). The belief that one can openly take interpersonal risks (called 'psychological safety?') is key to transforming this type of training. This article offers tangible techniques that preceptors and clinical educators can employ to cultivate psychological safety in resident training



Los riesgos inherentes al aprendizaje en la formación médica especializada o formación MIR (F-MIR) son grandes, incluso sin que haya que enfrentarse a grandes desafíos (Figura 1) (1-5).

**Figura 1: Barreras UrgenciaOrganizaciónAmbienteAprendizTutor** Estos escenarios clínicos suelen ser muy demandantes, con gran presión temporal y desagradecidosLa cultura organizativa puede ser formal, jerárquica y orientada al rolEl ambiente educativo

puede ser complejo, poco familiar y dinámico Los residentes pueden ser ambiciosos, perfeccionistas y ocultadores de fallos Los supervisores pueden percibirse como inabordables, ¿otros? o evaluadores

A pesar de esto, el entorno del aprendizaje clínico (AC) se ha caracterizado por el desequilibrio de poder, la vergüenza, la humillación, el maltrato y los sentimientos de impotencia y miedo (6-9). Estos factores inhiben el crecimiento personal. La seguridad psicológica (la creencia de que uno puede asumir riesgos interpersonales abiertamente (10) es clave para transformar el AC y para fomentar el éxito de los residentes MIR. El término "seguridad psicológica" se remonta a 1965, cuando Edgar Schein y Warren Bennis propusieron que se requiere una percepción de seguridad interpersonal para los intentos y fracasos provisionales necesarios en el aprendizaje y el cambio (11). Sin embargo, el constructo es indudablemente anterior a este neologismo. Más tarde, se argumentó que la seguridad psicológica (sentirse capaz de mostrarse sin temor a dañar la propia imagen, el estatus o la carrera) era necesaria para el compromiso laboral (12). Más recientemente, se ha conceptualizado la seguridad psicológica como una creencia tácita, pero compartida, de que un ambiente de equipo es seguro para asumir riesgos y además se planteó la hipótesis de que su presencia facilitaba el aprendizaje en los equipos (10).

El concepto de seguridad psicológica tiene que ver con el concepto de cultura justa de seguridad del paciente. Una cultura justa enfatiza las soluciones y las mejoras por encima de los errores y los resultados (13). Así, está centrado en el paciente y orientado a objetivos (13). Busca minimizar la jerarquía y maximizar la expresión sin temor a represalias (13). Los miembros del equipo están facultados para participar en las metas del equipo (13). Los errores se ¿tratan? con entrenamiento, no con vergüenza ni castigo. Tal cultura fomenta la innovación, la comunicación y el aprendizaje hacia el objetivo de la seguridad del paciente (13). En la educación médica, este enfoque se ha denominado seguridad educativa y se cree que permite a los estudiantes liberarse para ¿concentrarse de manera auténtica y ¿con corazón' en participar en una tarea de aprendizaje sin la necesidad percibida de autocontrolar su imagen proyectada? (2). Es decir, de la misma manera que una cultura justa fomenta la seguridad del paciente en organizaciones de alta confiabilidad, la seguridad psicológica puede fomentar el aprendizaje en las AC de F-MIR.

A pesar de estos resultados positivos de la seguridad psicológica, el AC en F-MIR no siempre lo enfatiza. Los entornos psicológicamente inseguros se asocian con sentimientos de ansiedad, vergüenza e insuficiencia, así como con una disminución de las interacciones verbales, la participación, la expresión de necesidades y la intención de informar sobre eventos adversos. (2,9,14) La vergüenza y la humillación, específicamente, son perjudiciales en la educación médica (13,14). En tales entornos, las preocupaciones sobre la propia imagen inhiben directamente las conductas de aprendizaje (14). Es importante destacar que este efecto aumenta a medida que disminuye el estatus percibido (15). Esto, por supuesto, es sumamente relevante para los residentes de equipos de clínicos. Por el contrario, los entornos psicológicamente seguros se asocian con una mayor expresión, el bienestar de los residentes, el desempeño de la unidad, el desempeño del equipo de enfermeras/residentes, el aprendizaje de los fracasos y las conductas de aprendizaje (16,18).

Los tutores y médicos supervisores ejercen un control tremendo sobre la seguridad psicológica del AC (19,20). Por lo tanto, debemos reconocer nuestro poder en incrementar los riesgos inherentes al aprendizaje clínico e incluso introducir riesgos adicionales (1). Por supuesto, minimizar las conductas que disminuyen la seguridad psicológica es insuficiente para lograr la excelencia en la gestión de la F-MIR. En cambio, debemos implementar activamente comportamientos que aumenten la seguridad psicológica del equipo de aprendizaje. Afortunadamente, hacerlo no es tan difícil como podría esperarse (ver la Figura 2 )

**Figura 2: Las 3 Claves de la Seguridad Psicológica Ajustar el marco Ser curioso Conectar Nuestro ¿trabajo? es aprender mientras atendemos a los pacientes Busque la comprensión, no la reprimenda Colabore y tutorice**  
Premisa: Los errores sirven para aprender Modelo de falabilidad Da y solicita feedback habitualmente Explica tu razonamiento Haz debriefing Evita juzgar Enfatiza las soluciones Genera feedback formativo Reconoce necesidades psicológicas compartidas Muestraté como un aliado en el aprendizaje Minimiza el desequilibrio de poder Demuestra inclusión Valida las emociones Muestra gratitud

#### **A. Ajustar el marco (aquí para aprender, mientras se da una atención de alto valor)**

Primero, (re)enmarcar explícitamente las expectativas para promover una cultura de equipo que recompense el aprendizaje continuo, la mejora, el crecimiento y la inversión personal a través de la práctica intencional del pensamiento crítico, la toma de decisiones

médicas y las habilidades clínicas, al tiempo que se ofrece una atención introspectiva y de alto valor. Reconozca, desde el principio, la inevitabilidad de los errores y su valor para el equipo. Sin embargo, las palabras por sí solas no serán suficientes. Demuestre este enfoque normalizando decisiones desafiantes, limitaciones y errores (19,23). Discuta con el/la residente las limitaciones personales y modele el aprendizaje basado en la práctica (23). Discuta abiertamente los errores personales y lo que se puede aprender de ellos (20,21). Discuta concienzudamente los errores del equipo con el fin de aprender de ellos. No discuta los errores con el propósito de avergonzar a los residentes o estudiantes para que eviten errores futuros (7). Los estudiantes o residentes de F-MIR no necesitan esta "motivación". Asimismo, se cree que rendir cuentas a través del miedo provoca resultados contraproducentes (24). Afortunadamente, es posible mantener la seguridad del paciente y la responsabilidad individual desarrollando una cultura compartida de elevados estándares y responsabilidad personal a través del poder de la seguridad psicológica, y no a pesar de él (24). Enfatizar el pensamiento crítico y el aprendizaje sobre el conocimiento (25). Explicar el razonamiento que hay detrás de las decisiones clínicas puede facilitar esto (26). Finalmente, pida a los miembros del equipo que den su opinión (20-22). Esto demuestra mejor que con, un compromiso con el aprendizaje y la priorización de una mejora personal por encima del conocimiento y la perfección.

### **B. Sea curioso (sin juzgar)**

Ocurrirán errores. Acércate a ellos con curiosidad (21, 22). Los residentes tendrán lagunas. No resalte las lagunas de conocimiento; en lugar de eso, trabaja para llenarlos (19,22,23). Adopte un enfoque de enseñanza y aprendizaje que refleje la gestión del paciente: los pacientes y los alumnos nos han confiado para facilitar su éxito. Primero trata de comprender los desafíos del aprendizaje y sus causas, luego diseña intervenciones para fomentar la mejora del residente o estudiante. Maximiza la evaluación formativa. Minimiza los juicios sumativos y el pensamiento de mentalidad fija (26). Aunque es un desafío, reconocer intencionalmente las similitudes humanas entre nosotros y nuestros aprendices, en lugar de tratar de distinguirnos de los demás, puede ayudar a mantener un enfoque productivo (22).

### **C. Conectar (colaborar y entrenar)**

Asóciese con los residentes para lograr un objetivo compartido de su crecimiento (22). La asociación se puede demostrar minimizando el desequilibrio de poder (19,26,27). Ejercer la inclusión intencional (27). Solicita aportes de todos los miembros del equipo de aprendizaje (20,22,26). Validar diferentes puntos de vista. Siempre que sea posible, solicita la participación de los estudiantes en lugar de decirles sus expectativas (28). Muestra gratitud por los esfuerzos de cada miembro del equipo (19,22,27). Proporciona oportunidades de auto-aprendizaje y autonomía (19,22,27). La conexión y la colaboración fomentan la confianza en que el equipo está realmente comprometido con el éxito del alumno. Esto puede amplificar el feedback formativo (29). La pérdida de confianza, por otro lado, es potencialmente imposible de reparar y puede comprometer los beneficios del feedback (30).

Proporcionar excelencia en F-MIR requiere respeto por nuestros residentes y por sus necesidades cognitivas. Las estrategias de aprendizaje modernas derivadas de estas necesidades (por ejemplo, aprendizaje de dominio y práctica deliberada, entrenamiento, aprendizaje en equipo basado en problemas, simulación, pensamiento crítico, etc.) requieren seguridad psicológica para lograr la máxima eficacia. Si bien los residentes psicológicamente inseguros pueden neutralizar dichos enfoques educativos, los entornos psicológicamente seguros pueden amplificarlos y el éxito de nuestros estudiantes y residentes MIR. Tenemos capacidad para modificar la formación clínica. Considera estas recomendaciones para ayudar a cultivar una AC que fomente el crecimiento clínico del residente.

### **Referencias**

1. Bynum WE, Haque TM. Risky business: psychological safety and the risks of learning medicine. *J Grad Med Educ*. 2016;8(5):780-782. doi:10.4300/JGME-D-1600549.1
2. Tsuei SH-T, Lee D, Ho C, Regehr G, Nimmon L. Exploring the construct of psychological safety in medical education. *Acad Med*. 2019;94(suppl 11): 28-35. doi:10.1097/ACM.0000000000002897
3. Torralba KD, Loo LK, Byrne JM, et al. Does psychological safety impact the clinical learning environment for resident

physicians? Results from the VA's Learners' Perceptions Survey. *J Grad Med Educ.* 2016;8(5):699-707.  
doi:10.4300/JGME-D-15-00719.1

4. Wawersik DM, Boutin ER Jr, Gore T, Palaganas JC. Individual characteristics that promote or prevent psychological safety and error reporting in healthcare: a systematic review. *J Healthc Leadersh.* 2023;15:59-70. doi:10.2147/JHL.S369242
5. Kennedy TJT, Regehr G, Baker GR, Lingard L. Preserving professional credibility: grounded theory study of medical trainees' requests for clinical support. *BMJ.* 2009;338(7691):399-401. doi:10.1136/bmj.b128
6. Salehi PP, Jacobs D, Suhail-Sindhu T, Judson BL, Azizzadeh B, Lee YH. Consequences of medical 126 hierarchy on medical students, residents, and medical education in otolaryngology. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2020;163(5):906-914.  
doi:10.1177/0194599820926105
7. Sklar DP. Recognizing and eliminating shame culture in health professions education. *Acad Med.* 2019;94(8): 1061-1063.  
doi:10.1097/ACM.0000000000002770
8. Miles S. Addressing shame: what role does shame play in the formation of a modern medical professional identity? *BJPsych Bull.* 2020;44(1):1-5. doi:10.1192/bjb.2019.49
9. Cheng MY, Neves SL, Rainwater J, et al. Exploration of mistreatment and burnout among resident physicians: a cross-specialty observational study. *Med Sci Educ.* 2020;30(1):315-321. doi:10.1007/s40670-019-00905-z
10. Edmondson A. Psychological safety and learning behavior in work teams. *Admin Sci Quart.* 1999;44(2): 350-383.
11. Schein EH, Bennis WG. *Personal and Organizational Change Through Group Methods: The Laboratory Approach.* Wiley; 1965.
12. Kahn WA. Psychological conditions of personal engagement and disengagement at work. *Acad Manag J.* 1990;33(4):692-724.
13. Boyesen PG 2nd. *Just culture: a foundation for balanced accountability and patient safety.* Ochsner J. 2013; 13(3):400-406.
14. Torralba KD, Puder D. Psychological safety among learners: when connection is more than just communication. *J Grad Med Educ.* 2017;9(4):538-539. doi:10.4300/JGME-D-17-00195.1
15. Edmondson AC, Higgins M, Singer S, Weiner J. Understanding psychological safety in health care and education organizations: a comparative perspective. *Res Human Develop.* 2016;13(1):65-83. doi:10.1080/ 15427609.2016.1141280
16. Frazier ML, Fainshmidt S, Klinger RL, Pezeshkan A, Vracheva V. Psychological safety: a meta-analytic review and extension. *Personnel Psychol.* 2017;70(1): 113-165. doi:10.1111/peps.12183
17. Lyasere CA, Wing J, Martel JN, Healy MG, Park YS, Finn KM. Effect of increased interprofessional familiarity on team performance, communication, and psychological safety on inpatient medical teams: a randomized clinical trial. *JAMA Intern Med.* 2022; 182(11):1190-1198. doi:10.1001/jamainternmed.2022. 4373
18. Hira R, Peng AC, Carmeli A, Schaubroeck JM. Linking leader inclusiveness to work unit performance: the importance of psychological safety and learning from failures. *Leader Quart.* 2012;23(1):107-117. doi:10.1016/j.leaqua.2011.11.009
19. McClintock AH, Fainstad TL, Jauregui J. Clinician teacher as leader: creating psychological safety in the clinical learning environment for medical students. *Acad Med.* 2022;97(suppl 11):46-53. doi:10.1097/ACM. 0000000000004913

(\* Traducción adaptada del artículo original en inglés: J Grad Med Educ (2024) 16 (2): 124-127.  
<https://doi.org/10.4300/JGME-D-23-00589.1>