

# Superioridad

El **sentimiento** de superioridad es una **percepción** subjetiva de estar por encima de los demás en **capacidades**, valor o **jerarquía**. En neurocirugía, donde la **exigencia** técnica y cognitiva es excepcionalmente alta, este sentimiento puede surgir como consecuencia natural del dominio clínico adquirido. No obstante, cuando se consolida como rasgo estable de personalidad o se expresa conductualmente en el entorno asistencial, la superioridad puede convertirse en un obstáculo relacional, docente y ético.

Es necesario distinguir entre:

Superioridad funcional o técnica: basada en la **experiencia**, el **conocimiento** y la **responsabilidad** inherente al **rol** del neurocirujano. Se ejerce con **humildad**, orientada al **liderazgo** clínico y la **toma de decisiones** en **beneficio** del paciente.

Superioridad desadaptativa o psicológica: basada en la **autoimagen** inflada, la **desvalorización** del otro y la necesidad de **reafirmación** continua. Suele acompañarse de actitudes autoritarias, **desprecio** sutil o abierto y escasa **autocrítica**.

La vivencia de superioridad desadaptativa puede expresarse mediante:

Actitudes paternalistas o impositivas en la **relación** médico-paciente.

**Deslegitimación** de opiniones del equipo multidisciplinar (anestesia, enfermería, oncología, rehabilitación).

**Docencia** verticalista y no dialogante, donde el residente es percibido como receptor pasivo y no como aprendiz activo.

**Dificultad** para reconocer límites clínicos o pedir ayuda, lo que puede incrementar el riesgo médico-legal.

Factores que refuerzan el sentimiento de superioridad

**Cultura jerárquica no cuestionada**, especialmente en servicios con figuras históricas muy dominantes.

Reconocimiento social desproporcionado, que desvincula la pericia técnica de la responsabilidad ética.

Ausencia de espacios de revisión personal y emocional, que permitirían confrontar estos sentimientos sin temor.

Consecuencias del sentimiento de superioridad sostenido

Deterioro de la relación terapéutica, donde el paciente se convierte en objeto pasivo de la intervención y no en sujeto del proceso asistencial.

Ruptura del trabajo colaborativo, afectando la eficiencia y seguridad del entorno quirúrgico.

Clima docente inhibitorio, donde los residentes aprenden a no cuestionar ni preguntar.

Resistencia al aprendizaje continuo, particularmente cuando proviene de colegas de menor rango o

especialidades no quirúrgicas.

Propuestas de intervención Reflexión crítica sobre el rol profesional, incorporando conceptos de liderazgo ético y vulnerabilidad responsable.

Supervisión horizontal y cultura del feedback entre pares.

Visibilización y valoración de todos los roles clínicos, incluyendo personal auxiliar, de enfermería y técnico.

Formación en inteligencia emocional, para promover la conciencia de uno mismo y la regulación interpersonal.

El sentimiento de superioridad, cuando no se gestiona desde la humildad y la autoconciencia, puede desnaturalizar el ejercicio de la neurocirugía y alejar al profesional de su vocación de servicio. La verdadera excelencia clínica no se sostiene en la superioridad psicológica, sino en el compromiso continuo con el conocimiento, el respeto y el trabajo colectivo.

From:

<http://neurocirugiacontemporanea.es/wiki/> - **Neurocirugía Contemporánea ISSN 1988-2661**

Permanent link:

<http://neurocirugiacontemporanea.es/wiki/doku.php?id=superioridad>

Last update: **2025/05/04 00:03**

