

HUMANISMO Y MEDICINA
LOS PRINCIPES VESTIDOS DE BLANCO. III PARTE.
Parte II

Alberto Patricio Ramírez Galván. Médico Cirujano. Escuela de Medicina y Cirugía de la Universidad “Benito Juárez” de Oaxaca.

Soledad Ramírez Galván Rasgado. Licenciado en Médico Cirujano. Facultad Mexicana de Medicina, Universidad La Salle.

. . . objetivo convertirlos en profesionistas capaces de modificar positivamente no solamente su medio hospitalario sino también su entorno social.

6.- ¿Existe satisfacción laboral en los residentes?

La palabra *satisfacción* (lat. Satisfatio-onis), significa cumplimiento del deseo y del gusto (3) y llama la atención que de 3 a 4 % de los futuros especialistas refieren sentimientos de insatisfacción que se incrementan en 0.5% cada dos años. (5) Es consecuencia de los bajos salarios, el tipo de especialidad y la desilusión de la profesión. Considero que ésta, tiene que ver con un fenómeno social muy de nuestra época que es: la desmitificación grosera y pérdida de respeto a la figura del médico que ahora trabaja con pacientes mal informados o desinformados, que cuestionan, protestan y demandan en aras de una “libertad” mal entendida pero que desde luego es causa de conflicto en la relación médico/paciente y en las expectativas del residente. En éste sentido destaca la creciente demanda de atención medica que ahora tienen los hospitales, lo cual es el resultado de una mala planeación en las políticas de la salud y, que indudablemente genera un incremento en la carga de trabajo asistencial para el médico y que lo puede llevar hasta el Síndrome de Desgaste (Bournot), como está reportado en el 93% del personal médico de un hospital, incluyendo los residentes. (5)

Además de las causas mencionadas (Maslow), existen otras que inciden durante los primeros años de la residencia como por ejemplo: la carencia de una teoría pedagógica que propicia malos métodos de enseñanza, planes y programas que no se cumplen, disposición de poco tiempo para las actividades académicas con procesos de evaluación obsoletos a lo que hay que agregar la superación del duelo que tiene que vivir el residente por alejarse de la familia, así como la soledad, mal trato, el estrés que generan las jornadas de trabajo extenuante por la ya mencionada sobrecarga asistencial. A nivel mundial, esto es común y ha sido el detonante de protestas organizadas recientes de médicos españoles cuyo lema de lucha fue muy descriptivo: **“LLEVO 32 HORAS SIN DORMIR, ¿TE OPERO?”**

Por supuesto entonces, que existe el sentimiento de insatisfacción en los residentes, pero lo importante es considerar que obedece a situaciones ambientales y profesionales corregibles sobre todo las docentes y las de sobrecarga de trabajo asistencial. Esta última es de todos

conocida y sin aparente solución; sin embargo, con buena voluntad y sentido de responsabilidad puede modificarse haciendo los ajustes en el programa de trabajo de cada uno de los integrantes del equipo de salud, con la idea de evitar duplicación de funciones y así disponer del tiempo necesario para incorporar en la formación del residente, estrategias educativas actuales que procuren el trabajo en equipo. Conviene también fomentar la convivencia y las actividades de esparcimiento entre compañeros y en caso dado recurrir el apoyo psicológico. (1,5)

7.- El médico residente, ¿es alumno o maestro?

Cuando el residente ingresa al hospital, pasa a formar parte de una comunidad dedicada al ejercicio de la medicina; esto lleva implícito que, además de la práctica clínica debe dedicarse al aprendizaje y a la enseñanza. De ésta manera, los de mayor grado tienen que actuar como profesores de sus compañeros de años inferiores, para enseñarles cuales son las conductas adecuadas frente a situaciones nuevas.

En los últimos años, la literatura médica se ha enriquecido con información sobre el residente maestro, que finalmente resulta ser el profesor primario de: estudiantes de la carrera básica de medicina, de internos de pregrado y de residentes de los primeros años. En estas actividades docentes invierte hasta el 25% de su tiempo (1) y es tan importante su papel que de acuerdo a la opinión de muchos residentes, más del 40% de su enseñanza la han recibido de sus compañeros de mayor grado. Este proceso de enseñanza aprendizaje, es componente de un “currículo informal” que se desarrolla en las noches y en las guardias de fin de semana. Lo relevante es que dichas actividades, se realizan sin que el residente tenga información pedagógica formal, pero es indudable que si cuentan con la afición, el gusto y la necesidad de enseñar, ya que a fin de cuentas quien enseña aprende amén de que mejora sus conocimientos, sus destrezas y eleva su autoestima. Ellos desarrollan su propio “método de enseñanza”, quizá menos retórico, menos elegante pero más práctico y más realista, ya que se hace sobre una realidad y bajo el impulso de una necesidad sentida.

La mayor parte de los médicos que nos dedicamos a la docencia lo hemos hecho al principio sin ninguna preparación en ciencias de la educación, enseñamos por “imitación”, como nos enseñaron nuestros maestros adicionando las habilidades que adquirimos en su momento en nuestras residencias y a lo mejor la experiencia del acto médico cotidiano en el hospital o en el consultorio privado. Sin embargo, ser un buen médico actuante no implica ser necesariamente un buen maestro. Por lo anterior, se pone de manifiesto la necesidad de que médicos maestros y residentes deban aprender cuando menos técnicas de enseñanza-aprendizaje, que

para el segundo se pueden incluir en sus programas de formación como está sucediendo en el 55% de los hospitales de Norteamérica. (7)

En materia educativa medica es necesario encontrar el rumbo; es decir, hay que diseñar una teoría pedagógica nueva, diferente de la constructivista que no ha funcionado, tal vez porque es malinchista y en ella se pone mayor énfasis en la enseñanza pasiva más que en el aprendizaje, todo esto no permite lograr ese proceso de transculturación en el que está inmerso el estudiante de medicina, sobre todo en medios sociales como el nuestro

A MANERA DE CONCLUSION

La educación y formación del médico residente, debe realizarse durante el trabajo hospitalario (1) lo que constituye una forma especial de ejercer la docencia en las diferentes especialidades médicas y quirúrgicas. En otras palabras, tiene que participar activamente como sujeto de aprendizaje y como miembro del equipo de salud. De ésta manera, el acto educativo se convierte en un proceso que integra la docencia, la asistencia y la investigación cuyos objetivos son lograr la formación y el desarrollo de habilidades, destrezas, métodos de trabajo y personalidad propias, que sean garantes de su desempeño profesional como experto en una especialidad médica, quirúrgica o mixta.

La tarea es inmensa y por lo tanto muy grande la responsabilidad, de los médicos maestros. Vale la pena entonces reflexionar sobre la enseñanza de la medicina como: una misión que implica colaboración e interdependencia, en el marco de un ambiente afectivo, cómodo y motivante, que inspire en el médico residente: confianza y respeto para que pueda también hacer de su ejercicio profesional una praxis de reflexión.

Finalmente hay que recordar que: se puede ser el mejor maestro cuando se enseña con el ejemplo, cuando se muestra a los médicos jóvenes el camino que les facilite la identificación de sus metas pero con amabilidad, decencia, respeto y cuando haya que corregir enseñarles la virtud de la tolerancia pero actuando con firmeza.

En síntesis, la educación médica del residente es un fenómeno cultural en donde la necesidad de transmitir conocimientos y la supervisión, deben ser parte de la actividad cotidiana. Se trata de un proceso de aculturación, en donde hay que fomentar valores como la **libertad** en la acción y la expresión, así como también la **tolerancia**, que es un valor tan importante como la responsabilidad. (1,5,7,8)

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Kershenovich D. El médico residente como alumno y profesor. Seminario. El ejercicio actual de la medicina. http://www.facmed.unam.mx/eventos/seam2kl/2006/jun01_ponencia.html
- 2.- Aynat Rodríguez y cols. El sistema de residencias visto por el residente. Arch. Med. Familiar y Gral. Tucumán Argentina 2006, 3: 2; 1-7
- 3.- Villalpando C. J.J. Motivación e incentivo como factores determinantes en la elección de la especialidad médica. Rev. Med. IMSS (Mex), 1986; 24: 211-219
- 4.- Consejo y Chapela C. Ética y poder. Editorial. Rev. Med. IMSS 2005 43(1): 1-3
- 5.- Sepúlveda Vildorola A.C. Insatisfacción durante la residencia en pediatría. Rev. Med., IMSS, 2006, 44 (5); 423-432
- 6.- Villalpando Casas. J.J. Experiencias en la formación directa de médicos especialistas en el IMSS. Rev. Med. IMSS Mex. 1986, 24: 221-225
- 7.- Elliot D.K. How do you get the improvement of teaching? A longitudinal faculty development for medical educators. Teach Learn Med. 1999; 11: 52-57
- 8.- Ramírez G. A. P. Humanismo y Medicina 1994, editorial UABJO, México.