

Revista Clínica Española

www.elsevier.es/rce



SER MÉDICO

Un tutor de docencia, a escena

A teaching tutor, on scene



Introducción

Los días 2 y 3 de junio de 1972 asistí en Valencia como médico residente de Medicina Interna del Hospital La Paz al II Congreso Nacional de Médicos Jóvenes. Sorprende la actualidad de estas raíces históricas, en las que los MIR se autodefinían como «licenciados que ejercen su profesión en un medio hospitalario, durante un período limitado, en condiciones de responsabilidad progresiva, programada y supervisada para completar su formación básica y adquirir así el grado de especialización y conocimientos que el moderno ejercicio de la medicina exige»¹. El cambio revolucionario para la formación de los especialistas fue sencillo: «te formas mientras trabajas activamente», lejos de las escuelas teóricas y de la inscripción en el Colegio de Médicos.

En un país de adanistas es necesario recordar que el 14 de abril de 1967 se inauguró el primer curso de médicos internos en el Hospital La Paz². El sistema MIR ha resistido la fuerza arrolladora del tiempo y ha transformado la medicina empírica en científica. Ante la Ley de Ordenación de las

Profesiones Sanitarias, que prevé la troncalidad en los programas de formación y el nuevo examen del MIR³, los cambios son inminentes.

La puesta en escena de la larga experiencia de este tutor se justifica porque la situación actual se comprende mejor a la luz de sus antecedentes históricos. Mi intención es huir de teorías, siempre grises, como dice Goethe, y acudir al árbol de la vida, siempre verde.

Dos personajes a escena: el médico residente y el tutor

El MIR recién llegado (R1) es un exalumno que ameritó un «perinueve» en la nota de selectividad para poder pasar el filtro de entrada —la membrana casi impermeable— y luego superar el siguiente obstáculo (la Facultad de Medicina) con el fin de preparar en academias ad hoc la oposición al MIR. La mirada del R1 es brillante, llena de ilusión e inquietud, pero solo conoce, en el concepto de Laín, los saberes médicos (las enfermedades) e ignoran la realidad del enfermo o de la conducta.

Existen listados con más de veinte cualidades de excelencia que debe reunir el buen tutor. Es decir, el imposible y el repelente «tutor 10». Estoy de acuerdo con Estela Lowai (1987) cuando considera que un buen tutor está siempre accesible y dispuesto a escuchar con empatía, tiene el poder de un dios, la paciencia de un santo y el humor de un estudiante.

Es interesante y esclarecedora la etimología latina del vocablo tutor. De *tueor*, *tueris* (poner los ojos en algo, mirar, guardar, defender; denota la idea no de lucha, sino de cuidado, de circunspección) deriva tutelar y tutor. Cuidar, ¿para qué? Pues, como afirma Pujol Farriols, para facilitar la maduración.

La relación del tutor con el residente está llena de retórica: figura clave, modelo para la formación, responsable de los valores, etc., y oscila entre una insoportable

levedad y una relación de «amor». Es mejor aceptar las conclusiones de López Santiago et al⁴: «la confianza entre tutor y residente es fundamental y la comunicación entre ambos debe ser de igualdad». Además, ¿de quién aprende el MIR? Sin duda, de los residentes mayores, de los tutores directos o de los médicos adjuntos y, en general, de todos los que cuidan al enfermo.

Breve autosemblanza sentimental

Cocinero antes que fraile (hoy tutor, ayer residente), fui MIR de Medicina Interna entre los años 1971–1974. Un lejano enero de 1985 fui elegido tutor por los residentes. Soy, por tanto, un tutor crónico, de larga evolución, con el inquietante título de «tutor de tutores» dado por tutores que fueron residentes propios, como parodia de películas y novelas. Ustedes están pensando: ¿un tutor «transgresor»? Sí, afortunadamente he contravenido todas «las reglas del cinco»⁵: ni menos de 55 años ni un período de 5 años, sino 5 períodos de 5 años, aunque en la actualidad ya existe un tutor por cada 5 residentes. Esta heterodoxia no me ha llevado a la pira como a Servet ni he perdido la tradición literaria del humor (fig. 1) que desdramatiza lo que nos pasa. No añoro ninguna época pasada del MIR ni tengo nostalgia del porvenir. No creo que cualquier tiempo pasado fue mejor: ¡fue peor! Y, además, detesto el dicho «en mis tiempos» porque, como dijo Haro Tecglen: «estos tiempos también son míos». Y, sin embargo, prefiero ser un «tueor» a

un «coaching» o un «mentoring». Me considero, como mi amigo Miguel Yebra, jefe de estudios del Hospital Puerta de Hierro, un «afectado» por el síndrome de secreción inadecuada de entusiasmo, porque, como afirma Edmond Rostand, el entusiasmo es la sal del espíritu. Un tutor que pasando visita es un poco heteróclito, barojiano —o barojista como quiere Trapiello—, con ráfagas de diletante; sí, pero prefiero un discurso diletante a un discurso ignorante.

Un aguijón en el páramo gris cultural que inculca a los residentes curiosidad e inquietud por las humanidades médicas. Ser tutor porque vivir o sobrevivir rodeado de médicos⁶ jóvenes se convierte en una cura permanente de humildad.

Actividades desarrolladas: agonía de un tutor

El patrón oro de la actividad docente es, en mi opinión, el programa de sesiones de docencia. Las sesiones que se realizan en general son de cuatro tipos: bibliográficas, caso clínico «abierto», caso clínico «cerrado» y seminarios. Desde 1985 se han impartido 75 programas de sesiones de docencia trimestrales, con un total de 1.650 sesiones clínicas presididas por el profesor Vázquez, jefe del servicio, y por el tutor de docencia. ¿Por qué los residentes han sido los auténticos protagonistas con su participación activa? Porque, como resalta con detalle Gómez Cerezo⁷, al MIR le corresponde la elaboración intelectual y la presentación de las sesiones, aprender a hablar en público, la adquisición y la reflexión sobre los conocimientos biomédicos, la capacidad para interesar e incluso entusiasmar (con la debida orientación y supervisión de los tutores). Las sesiones, campo abierto de aprendizaje, son competitivas, con un auditorio crítico, y el mejor espejo de la evolución de la maduración del residente. Como tutor he institucionalizado las Jornadas de Medicina Interna y Humanidades Médicas que, de forma salpicada, siempre se han desarrollado. Estoy convencido de que las dos tendencias actuales, la Medicina probatoria o factual y la Medicina humanística basada en narrativas y valores, deben ir necesaria y eficazmente juntas. Ya existen en pregrado iniciativas admirables en Medicina y Humanidades (País Vasco, J.J. Zarranz; Autónoma de Madrid, A.G. García).

Distribución del MIR

De forma habitual en el servicio de Medicina Interna del que formo parte hay 16 MIR de Medicina Interna y entre 40–50 MIR «rotantes». La distribución a sus tutores directos es una labor que requiere tiempo y orden, y es difícil conseguir simetría o uniformidad en el reparto. La ubicación del residente de Medicina Interna recién incorporado a una sección y a un médico adjunto, su tutor directo, durante la residencia es origen de grietas y a veces tensiones entre el tutor principal y los residentes.

Rotaciones internas

Se derivan del Programa de la Especialidad de Medicina Interna establecido por la Comisión Nacional y son

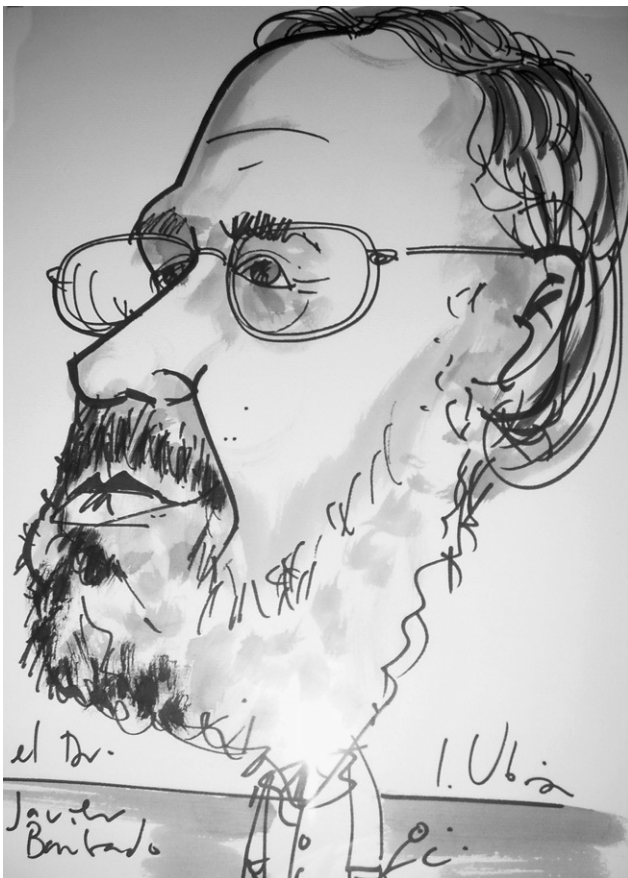


Figura 1 Caricatura del tutor Javier Barbado.

programadas por cada MIR con la supervisión del tutor principal. Esta autogestión o planificación «a medida», y consentida, ha sido satisfactoria dadas las características de nuestra especialidad.

Rotaciones externas

Los viajes científicos durante el 4.º o el 5.º año siempre han sido estimulados y facilitados por la tutoría.

Desde 1985 se han realizado 47 viajes nacionales y 13 internacionales. Es interesante la observación con el lenguaje de la RENFE de dos patrones de viajes: 1) cortos o de cercanías, sobre todo a la Comunidad de Madrid y Cataluña, y 2) de larga distancia a tres continentes (Europa, África y América). En cuanto al contenido de la rotación externa, destacan tres preferencias del MIR: enfermedades infecciosas y medicina tropical, enfermedades sistémicas autoinmunes y cooperación al desarrollo (Kenia, Etiopía, Guinea Ecuatorial y Centroamérica).

Evaluaciones del MIR

Añaden más hojas a la selva burocrática ministerial. El libro del residente es tan inútil como maligno para el tutor (lo rellenan in extremis y a veces me lo entregan «pistola en mano»).

Esta asignatura pendiente es el objetivo de un nuevo cuaderno de aprendizaje. Yo no tengo experiencia de las fortalezas y las debilidades del portafolios (¿por qué ahora llamamos «fortalezas» a las «virtudes?»), embrión del modelo cibernético del futuro.

Reflexiones y divagaciones apasionadas

Conflictos en el MIR

El residente difícil, desmotivado o problemático⁸ es infrecuente, así como el residente perfecto es muy raro.

Las causas más perturbadoras son la vocación errónea, «la crisis de especialidad» (abandono o volver a presentarse al MIR), la inseguridad o la dificultad en el aprendizaje. Menos fuerza tiene la presión asistencial, las guardias de la urgencia, el cambio de ambiente con desplazamiento de otra ciudad, el estrés o la depresión. Ante el residente difícil, el tutor tiene que escuchar de forma activa, conseguir la empatía, negociar siempre en situación de igualdad y, sobre todo, evitar los errores, como el exceso de autoridad, el enfado (irritabilidad, estado colérico) o la desesperanza.

El péndulo emotivo debe huir tanto del autoritarismo como de la permisividad total⁸.

Otros conflictos, quizá menores, son más emotivos que estructurales, como ejemplos más llamativos destaca el síndrome de «la llorera» del R1 (hiperemotividad ante la muerte o el museo de las miserias humanas [salas de hospitalización]), el R1 «huérfano» (sin residentes mayores), las «lágrimas perversas» tras las guardias de puerta, el síndrome del residente *terminal* (sin expectativas o empezar de cero en otro centro) y, por último, el síndrome del residente quemado, o síndrome de agotamiento profesional.

En la conflictividad individual es útil aplicar la sabiduría de Píndaro: «llega a ser lo que eres».

Cuando llegan los residentes: a modo de aforismos largos

- *La imagenología o el iconodiagnóstico*. No puede sustituir al clínico que escucha, habla y toca a sus enfermos.
- *La enfermedad infantil del MIR es el dogma científico*. Es interesante la reflexión del físico Jorge Wagensberg que considera la verdad científica como la verdad vigente provisional y a la normalidad como una curiosidad estadística no siempre justa.
- Diferenciar entre cumplir *los protocolos* o darle —como escribe J.J. Millás— al enfermo con el protocolo en la cabeza.
- *El enfermo no es tu amigo*. El tuteo, el compadreo con el enfermo o traspasar la barrera de lo personal es contraproducente (M. Vilardell, *Ser médico*, 2009).
- *La guadaña del progreso* ha traído pérdidas innecesarias, como la figura del maestro, la exploración física o el pensamiento fisiopatológico o patogénico de la enfermedad (J.M. López de Letona, 2009).
- *El padre de Charles Darwin*. Darwin, en su autobiografía, un libro cautivador para el MIR, nos muestra cómo su padre, médico de cabecera, encuentra el significado de la esperanza, la habilidad para ganarse la confianza del enfermo y, sobre todo, la capacidad para descubrir su carácter.
- *Lenguaje de gestión*. El MIR tiene que unir el «hospital-empresa» con el sufrimiento del enfermo (dolor, temores, miedo, angustia), enjaretar —en el sentido barojiano— los estándares en la patobiografía del enfermo.
- *La liturgia en las sesiones clínicas*. Entre el taller o las lecciones socráticas se debe mantener un flexible academismo sin rigidez reglamentaria ni coloquio impropio o soez.
- *Pases de visita clínica*. Yo aprendí de mi maestro D. Julio Ortiz Vázquez que hablar con humor y desenfado de la actualidad, comentar la historia clínica (subrayándola con lapicero rojo) y estar cerca del enfermo la mayor parte del tiempo benefician al enfermo.
- *La vestimenta y el lenguaje respetuoso* con el enfermo no son costumbres o voces del pasado. Curiosamente W.S. Maugham hace casi 100 años predijo de forma intrigante que «la mujer que exhibe su ombligo acentúa el carácter de su rostro».
- La fascinante y compleja *biotecnología médica* es imprescindible para los avances en el cuidado de los enfermos. La ciencia nos hace conocer el mundo, pero la tecnología sirve para cambiarlo⁹.

Cambios evolutivos del MIR

Se han descrito inquietantes diferencias generacionales entre los MIR¹⁰.

En la [tabla 1](#) se detallan algunos cambios evolutivos del MIR (panta rhei, «todo fluye», Heráclito de Éfeso) según mis propias vivencias y con la ternura de la ironía que no hiere.

El tutor se debe adaptar a los cambios del MIR y de la especialidad de su competencia.

Tabla 1 Casi medio siglo de cambios en el MIR

	Años 1967–1980	Años 2000–2010
Dedicación a la formación	Sin horarios, comida en el hospital	Horario laboral
Relación con los docentes	Relación maestro alumno	Obligación contractual que es necesaria cumplir
Fundamentos de la Medicina	Empírica y semiótica	Basada en pruebas e icónica
Pases de visita	Estancia en la cabecera del enfermo	Predominio de la visita virtual
Fuentes de información	Biblioteca de papel, Index Medicus «Libro-Chuleta» de bolsillo	Biblioteca virtual, agendas electrónicas
Regulación laboral y formativa	Inexistente	Decretos laboral (2006) y formativo (2008)
Responsabilidad civil	Pólizas aisladas o anecdóticas	Seguro necesario. Medicina judicializada
Viajes científicos	Cercanías y media distancia	Frecuentes sin límite de distancia
Estado civil	Tradicional y registro civil	Parejas «ni-ni» (ni eclesiásticas ni civiles)
Vestimenta y accesorios	Tribus urbanas (hippies) y «movida madrileña»	Generación del «ombligo, tatuajes y piercing»
Síndromes del residente	Casi desconocidos	Frecuentes (quemados, huérfanos, terminales, etc.)

Conclusiones

El sistema MIR no tiene como misión exclusiva la preparación técnica de profesionales especialistas, sino de la formación de un pensamiento crítico imprescindible para saber aprender toda la vida.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Barbado Hernández FJ. Análisis de un programa de docencia de Medicina Interna (sesiones durante el período 1985–1988). *An Med Interna (Madrid)*. 1989;6:41–7.
2. García Puig J. Don Julio y el sistema MIR. *An Med Interna (Madrid)*. 1999;15–7.
3. Terés J, Capdevila JA, Novell F, Cardellach F, Bundó M, Torres M. Formación troncal de las especialidades médicas: un reto del presente para una mejora del sistema sanitario. *Med Clin (Barc)*. 2006;127:139–44.
4. López Santiago A, Baeza López JM, Lebrato García RM. ¿Qué esperan de sus tutores los residentes de medicina de

familia? Una aproximación cualitativa. *Aten Primaria*. 2000;26:362–7.

5. Tutosaus JD, Leo Carnerero E, O'Connor Reina C, Gómez Blázquez I, Díaz Oller J, Cadet JMH. Perfil deseable en los tutores de residentes según los profesionales. *Educación Médica*. 2001;4:127–8.
6. Barbado Hernández FJ. Medicina y literatura en la formación del médico residente de medicina interna. *An Med Interna (Madrid)*. 2007;24:195–200.
7. Gómez Cerezo J. Introducción. En: Barbado Hernández FJ, editor. *Seminarios de Medicina Interna*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1998. p. 11–3.
8. Pérez Franco B, Turabián Fernández JL. Residentes difíciles. *Tribuna Docente*. 2004;1:53–7.
9. Wagenberg J. Si la naturaleza es la respuesta, ¿cuál es la pregunta? Barcelona: Tusquets Editores; 2003.
10. García Campayo J, Claraco LM, Orozco F, Lou S. La motivación en los médicos en formación: una perspectiva desde la docencia. *Tribuna Docente*. 2001;5:29–39.

F.J. Barbado Hernández
Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario La Paz,
Madrid, España
Correo electrónico: barbado.hernandez@hotmail.com