

# La insoportable levedad de una relación: tutores y residentes

Alejandro Olivé

Adjunto en Reumatología. Tutor de Residentes en Reumatología. Coordinador de la Docencia Posgraduada de Reumatología. Sección de Reumatología. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona. Barcelona. España.

La palabra “tutor” proviene del latín *tutor tutoris*<sup>1</sup>, y su significado es el de “velar por”. Según el diccionario de la Real Academia Española, el vocablo “tutor” aludiría a aquella persona que tutela, dirige, ampara y protege<sup>2</sup>. Estas acepciones son muy literales y creo que el significado que se le otorga en el español de hoy sería el del profesor encargado de la atención y supervisión de los estudios<sup>3</sup>. Esta definición se adapta perfectamente al papel del tutor de residentes. Quizá cabría añadir que el tutor es el conductor de las aspiraciones de los residentes. Algunos autores creen que el tutor debe ser un modelo, un papel que no nos parece adecuado. Las características del tutor se han definido hace poco: un especialista en tutorizar con experiencia, un profesional motivado en docencia e investigación con hábito en el manejo de la bibliografía y que, a su vez, publica y, por último, un profesional con capacidad de organización y con habilidad en la relación personal que, además, tiene tiempo<sup>4</sup>. Obviamente, ser tutor no está al alcance de cualquier facultativo; sus características no son fáciles de encontrar.

La mayoría de los tutores comenzaron su labor individualmente, de forma solitaria y sin tener un guión preconcebido o un libro de consulta. En cierta forma fue apasionante aprender a hacer de tutor, labor que honestamente pienso que continúa siéndolo. No obstante, el tutor tiene unos problemas bien identificados que hacen que su trabajo sea muy difícil. Por una parte, la actitud de la dirección del hospital (médica o gerente) respecto a los tutores no es la adecuada. La dirección empresarial de los hospitales erosiona el tiempo para la educación médica; el *ethos* actual está más preocupado por la empresa y la política que de la educación médica y —lo que es más grave— de la atención al paciente<sup>5</sup>. Existe una falta de reconocimiento por parte de las comisiones de docencia y direcciones hospitalarias respecto al tutor. El poder ejecutivo de los tutores es prácticamente nulo, dado su escaso reconocimiento.

Otro problema de grandes proporciones es la falta de tiempo de los tutores. Muchos tutores confiesan estar literalmente ahogados por la falta de tiempo; el escaso tiempo li-

bre que tienen lo dedican a la burocracia que conlleva el hecho de ser tutor. Reconciliar el trabajo de médico con el de tutor es difícil, sobre todo cuando no existe un tiempo real asignado para ejercer esa función. El hecho de carecer de un tiempo real para atender las demandas de los residentes es un problema importante y cuya solución debería arbitrase. Por último, pero no menos importante, la ausencia de una asignación económica que reconozca el trabajo realizado es un agravio que debería solucionarse en un futuro inmediato. Es una preocupación real que los tutores deberían exigir. Así pues, en un futuro próximo los tutores deberían tener un reconocimiento, disponer de tiempo para desempeñar esa labor y contar con una asignación económica.

Una asignatura pendiente de los tutores es la acreditación de los mismos. Martín-Zurro comentaba que a la necesaria fase de expansión de los tutores debía seguir la de la excelencia en su cometido<sup>6</sup>. La acreditación y la reacreditación docente de los tutores es imperiosa. Los comités de docencia de cada centro deben iniciar este proceso trabajoso y que puede ser impopular. El uso de encuestas realizadas por el comité de docencia de cada centro entre los residentes para saber si su tutor está capacitado también es importante. Una encuesta practicada a 1.100 tutores de medicina de familia evidenciaba que un 73% de los encuestados solicitaban del tutor la capacidad de motivar; no obstante, se destacaba que la relación con los residentes no era sostenida en un 87%<sup>7</sup>. El tutor de residentes debería alejarse de los egos y ambiciones personales. La responsabilidad del tutor es tan grande que deberían existir mecanismos de control de la excelencia en la actividad del mismo.

Los residentes no están exentos de problemas. Un estudio reciente realizado en Estados Unidos puso de manifiesto que, en un año, la prevalencia del “residente con problemas” fue del 6,9% y, lo que es más llamativo, un 94% de los programas de residencia habían tenido “residentes con problemas”. Los problemas identificados fueron: la insuficiencia en el conocimiento médico (48%), el juicio clínico (44%) y el mal uso del tiempo (44%). El estrés y la depresión se presentaron en un alto porcentaje de los residentes. La observación directa (por parte del equipo o el mismo tutor) detectó el problema en muchas ocasiones. Los directores del programa de residentes afirmaron que para ayudar a los “residentes con problemas” las reuniones de retroalimentación (*feedback*) y la asignación de un mentor para la supervisión bastaron para solucionar el problema en la mayoría de los casos<sup>8</sup>. Para empeorar más las cosas, algunos estudios recientes sugieren que el llamado “síndrome del quemado” (*burnout*) también se presenta en los residentes. Un 76% de resi-

Correspondencia: Dr. A. Olivé Marqués.  
Sección de Reumatología.  
Hospital Universitari Germans Trias i Pujol.  
Ctra. del Canyet, s/n. 08916 Badalona. Barcelona. España.

Manuscrito recibido el 19-3-2002 y aceptado el 20-3-2002.

dentes de medicina interna de una universidad americana cumplieran criterios de *burnout*<sup>9,10</sup>. Aunque estos trabajos provienen de otro país, con una realidad socioeconómica diferente a la nuestra, no es aventurado decir que estos problemas pueden surgir –o están surgiendo– en nuestro entorno. Un trabajo realizado en nuestro país puso de manifiesto que un 42% de los residentes estimaban la supervisión del tutor como regular y un 30% como mala. Se valoraba positivamente el grado de cercanía y accesibilidad de los tutores; no obstante, esto no era así respecto al grado de conocimiento de los problemas y progresos de los residentes (regular en un 40%). En este mismo trabajo los residentes hospitalarios reconocían una presión asistencial “intensa o muy intensa”, que alteraba de forma muy importante la docencia (67%) e incluso la vida familiar (71%)<sup>11</sup>. Otra encuesta realizada a los residentes de reumatología sugería que un 68% de los mismos consideraba que la supervisión de su actividad asistencial era insuficiente. Respecto a la actividad docente, un 32% señalaba que la periodicidad de las sesiones era inferior a una a la semana<sup>12</sup>. La visión de lo que esperan los residentes de los tutores fue estudiada por López Santiago et al. La confianza del tutor en el trabajo del residente fue el valor más apreciado, así como el intercambio de opiniones en condiciones de igualdad<sup>13</sup>. Es evidente que los residentes no están satisfechos ni de su supervisión ni del tiempo que se les dedica. A la vista de lo comentado, los residentes tienen problemas inherentes a su formación como especialistas; no obstante, también tienen problemas de tutorización: escasa e irregular.

Los problemas de los residentes y tutores son aparentemente diferentes; no obstante, cabe destacar la similitud de ambos grupos profesionales cuando identifican cómo se debe enseñar. En efecto, un trabajo puso de manifiesto una coincidencia entre residentes y profesores sobre los temas en que se tenía que hacer hincapié: retroalimentación constructiva, mantenerse al día como profesor, construcción de un buen clima profesional, asesorar al residente y sus necesidades de aprendizaje<sup>14</sup>.

Después de lo planteado hasta aquí, es fundamental reconocer la labor del tutor, tanto profesional como económicamente. La acreditación de los tutores es de suma importancia, iniciativa que debería partir de las comisiones de docencia a propuesta de los tutores. Dada la escasa experiencia en tutorización sería importante realizar reuniones intrahospitalarias de los tutores; asimismo, sería muy positivo que los tutores de una misma especialidad se reunieran periódicamente y plantearan los problemas al tutor. Deberían planificarse reuniones o foros de debate entre tutores y residentes alejados de la dinámica conferenciante-auditorio. Respecto a la relación con los residentes, es fundamental tener tiempo, darles confianza, y tratarlos con igualdad, además de con exigencia. Hay más de una sabiduría, y todas son necesarias en el mundo; no está mal que se vayan alternando<sup>15</sup>.

## Bibliografía

1. Diccionario Ilustrado latino-español. Barcelona: Bibliograf, 1950.
2. Diccionario de la lengua española. Real Academia Española. Madrid: Espasa Calpe, 1984.
3. Seco M, Andrés O, Ramos G. Diccionario del español actual. Madrid: Aguilar, 1999.
4. El tutor hospitalari. Xarxa de Comissions de docència i assessors de Catalunya. Comissió Permanent. Barcelona, julio de 2001.
5. Lister J. The role of clinical tutors. *Postgrad Med J* 1993;69: 634-35.
6. Martín Zurro A. ¿Qué pasa con la acreditación y reacreditación docente de nuestros centros y tutores de atención primaria? *Aten Primaria* 1999;23:257-8.
7. Gayoso Diz P, Viana Zulaica C, García González J, Tojal del Casero F. Los tutores de medicina de familia y actividades de tutorización. *Aten Primaria* 1995;15:481-2.
8. Yao DC, Wright SC. National Survey of Internal Medicine residency program directors regarding problem residents. *JAMA* 2000;284:1099-104.
9. Clever LH. Who is sicker –patients or residents? Residents distress and the care of the patients. *Ann Intern Med* 2002; 136:391-93.
10. Shanafelt TD, Bradley KA, Wipf JE, Back AL. Burnout syndromes and self reported patients care in an internal medicine residency program. *Ann Intern Med* 2002;136:358-67.
11. Rodríguez González FJ, Puente Gutiérrez J, Chicano Gallardo M, Monrobel Lancho A, López Peñas D, Bernal Blanco E, et al. Formación MIR en aparato digestivo. El punto de vista de los residentes. *Gastroenterol Hepatol* 2000;23:367-73.
12. Rodríguez Valverde V. Situación actual de los MIR de Reumatología. *Boletín Informativo de la Sociedad Española de Reumatología* 1993;21:2-3.
13. López Santiago A, Baeza López JM, Lebrato Gracia RM. ¿Qué esperan de sus tutores los residentes de medicina de familia? Una aproximación cualitativa. *Aten Primaria* 2000; 26:362-7.
14. Wall D, McAleer. Teacher the consultant teachers: identifying the core content. *Med Educ* 2000;34:131-8.
15. Yourcenair M. Memorias de Adriano. Barcelona: Edhasa, 1974.