



EL RESIDENTE DESMOTIVADO



ALEJANDRO OLIVÉ

*Director de SEMINARIOS DE LA FUNDACIÓN ESPAÑOLA DE REUMATOLOGÍA,
Barcelona. España.*

Veo con perplejidad los comentarios de los residentes desmotivados. El quehacer de la coordinación de la docencia y la formación de la SER lleva a interactuar con los residentes que con ilusión acuden a las actividades organizadas. Me cuesta entenderlo, pero es un hecho en la mayoría de los hospitales españoles. Puedo pensar que también el staff está desmotivado, pero eso es otra historia que trataré quizás otro día.

El residente llega al hospital con ilusión y motivación; sea por motivos personales o de su entorno, no tarda mucho en desanimarse y desmotivarse. Recientemente se publicaron las diferencias empíricas entre los residentes de ayer y los de hoy. En otras palabras, en una comparación de los residentes del siglo XX con los del XXI las diferencias aparecen ostensibles^{1,2}. Diferencias que abarcan motivos personales, pero también relacionados con los cambios que ha sufrido la sociedad española en estos últimos 35 años, que paradójicamente es la edad del examen MIR (tabla 1).

El estatus de la profesión médica, sin duda, ha perdido el escalafón que le pertenece, y una sociedad moderna no puede permitirse que las personas que cuidan de la salud de los ciudadanos tengan tan poco prestigio y orgullo grupal. Tampoco puede permitirse que los sueldos de los facultativos sean tan bajos, situados en el furgón de cola de Europa. El descontento en los médicos es enorme, y los residentes son partícipes de esa situación. A nosotros y a nuestras instituciones, sean las sociedades científicas como los obsoletos colegios de médicos, corresponde recuperarlo. A los gestores de salud les corresponde percibirse de la baja autoestima del colectivo médico e implementar medidas económicas para arreglarlo.

Es obvio que las expectativas profesionales, la experiencia previa, la dedicación a la formación, la

implicación del residente, la asunción de responsabilidades, la relación y los métodos docentes son diferentes. Asimismo la complejidad de los pacientes ha aumentado considerablemente y los pleitos son más frecuentes. Esta realidad no es la que tenemos “los hoy tutores y ayer residentes”.

Comenzar una especialidad sin expectativas futuras es desmotivador. Cuando tengo entrevistas con los futuros residentes que piden información, siempre me llama la atención la pregunta: “¿tiene salida la especialidad?”. Antaño no se preguntaba esto. Es positivo que los jóvenes residentes piensen en su futuro. También es cierto que actualmente esto ha cambiado y la mayoría de las especialidades tienen “salida”, cosa que hace unos años no ocurría.

La experiencia profesional de los residentes al llegar al hospital es escasa. Ciento. Pero debe pensarse que las facultades de Medicina están orientadas al examen MIR, y no al aprendizaje de la medicina. Resulta paradójico que un residente comente las 115 causas de hepatomegalia, pero no sepa palpar el hígado. Cambiar esto va a ser muy difícil, se escapa del ámbito del hospital (enseñanza de posgrado) para adentrarse en la compleja enseñanza médica de pregrado.

Los pacientes han cambiado, son complicados, con varias enfermedades y, además, denuncian a sus médicos. Éste es un entorno nuevo y sin duda diferente. El paciente ha pasado a ser “un enemigo potencial”. Se ha perdido la relación gratificante entre médico y paciente. Y recuperar eso no va ser fácil.

La formación del residente, su dedicación y su implicación han cambiado. Hace años no había horarios, se veía a los pacientes uno tras otro, no se libraban las guardias. ¡Dios mío! ¡Qué buenos éramos! ¿Pero se hacía bien? Es cierto, se aprendía

Tabla 1>

Diferencias en los residentes entre los años 1970-1980 y 2000

	1970-1980	2000
Estatus de la profesión médica	Prestigio social y orgullo profesional de grupo	Disminución de prestigio social y orgullo profesional
Expectativas profesionales	Relativamente buenas	Escasas
Experiencia profesional previa	Presente en muchos profesionales al empezar	Prácticamente nula
Relación con el paciente	Gratificante	Enemigo potencial
Dedicación a la formación	Sin horarios, sin libranza de guardias	Con horario, con libranza de guardias
Implicación del residente en su formación	Muy activo, necesidad de ver a muchos pacientes	Pasivo
Asunción de responsabilidades	Deseo de ver solo al paciente y tomar decisiones clínicas	Exigencia de supervisión continua, pocas responsabilidades para el residente
Relación con el docente	Esquema maestro-alumno: respeto y admiración	Obligación contractual que se debe cumplir
Métodos docentes y tutores	No había, “inercia”	Presentes
Sueldo	Suficiente	Insuficiente

por inercia, pero eso implicaba errores que dificultaban la formación y mermaban la autoestima. Hoy se aboga por los mecanismos docentes que permitan al residente un aprendizaje progresivo y completo. Se debe facilitar su formación.

El tutor es el elemento fundamental en la formación del residente y la principal herramienta para prevenir y tratar la desmotivación de los residentes. Motivar a nuestros residentes es un reto en el que todo el staff tiene un compromiso.

Bibliografía

1. Rodríguez Sanz J. El residente desmotivado: diagnóstico y posibilidades terapéuticas. AMF. 2006;2:19-28.
2. García Campayo J, Claraco LM, Orozco F, Lou S. La motivación en los médicos en formación: una perspectiva desde la docencia. Tribuna Docente. 2001;5:29-35.