

## HUMANISMO Y MEDICINA

### LOS PRINCIPES VESTIDOS DE BLANCO. III PARTE. (I)

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.

Durante la formación de pregrado, el futuro médico recibe un cúmulo de información teórica previamente desconocida que supuestamente aplicará cuando llegue a la fase "práctica". Este proceso de enseñanza/aprendizaje pasa entonces de un conocimiento tácito a uno práctico, que generalmente sucede en los Hospitales de segundo y/o tercer nivel, en donde el médico residente desarrolla su propio método de organización que incluye la aceptación de su responsabilidad en el proceso de adiestramiento lo que lleva implícito el crecimiento de su autonomía y de sus preferencias educativas personales, que idealmente deben traducirse por cualidades como: habilidad, disciplina, creatividad, productividad, pensamiento lógico, sensibilidad y misericordia que debe poner en práctica si es que desea llegar a ser un médico especialista eficiente. (1) Sin embargo, la realidad es distinta ya que la educación médica por sí misma no está en función del ejercicio real de nuestra profesión ya que el acto médico debería ser un factor determinante de primer orden en los cambios que deban darse en la educación de pre y postgrado en el marco de nuestra realidad nacional. Frente a ésta situación surgen los siguientes cuestionamientos además de los señalados en artículos anteriores.

#### 1.- ¿Existe el Síndrome de Adaptación del Residente?

Para continuar con estudios de postgrado, el médico general tiene una gama de alternativas como: cursos monográficos, diplomados, maestrías presenciales o a distancia o bien la residencia médica, por lo general se decide después de haber valorado sus posibilidades y a pesar de que sabe o intuye que ésta tiene sus propios límites, pues no puede enseñarle todo lo concerniente a una especialidad determinada. (2)

A partir del momento en que ingresa al hospital, comienza a experimentar una serie de situaciones, emociones y sentimientos que inciden sobre su integridad como persona humana, originando un conflicto que podrá o no superar de acuerdo a su propia personalidad, a las características de sus médicos/maestros y las de la propia institución hospitalaria. A esta dinámica se le denomina Síndrome de Adaptación del Residente, y se origina por una nueva problemática

existencial y el desconocimiento de los roles que debe jugar el residente de nuevo ingreso, dentro de un entorno diferente al habitual. Clínicamente se manifiesta por:

Ansiedad,

Rechazo,

Silencios,

Desorientación,

Compulsión por aprender mucho en poco tiempo,

Fatiga,

Depresión,

Agresividad y

Tendencia a las adicciones como una manera de evadirse.

Este síndrome generalmente se resuelve espontáneamente con el paso del tiempo y en la medida que aumenta la convivencia con los compañeros y los maestros. Cuando no se logra superar ésta etapa de adaptación natural, las vivencias negativas acumuladas interfieren con el aprendizaje hospitalario y con el aprovechamiento del tiempo, ya que invertir de tres a cuatro años de vida en un hospital que no informa, ni forma, ni transforma no tiene caso. Estas consecuencias pueden tratarse evitando que existan relaciones humanas respetuosas, decentes y enseñanza adecuada entre los médicos-maestros y los residentes entre sí. Considero que éste elemento es primordial.

2.- ¿Son adecuados los espacios donde trabajan los médicos residentes?

Es innegable la importancia que tienen los espacios laborales de un hospital para lograr que la formación del residente sea la idónea. Desafortunadamente al correr de los últimos treinta años se ha venido observando en la mayoría de los hospitales mexicanos desinterés y apatía creciente tanto en sus directivos, como en los mismos residentes para contar con espacios idóneos, en estos el fenómeno quizás es explicable por la rutina rígida del individualismo propio de la especialización. Es decir, el residente como trabajador pierde su capacidad reflexiva sobre su contexto laboral al cual se torna ajeno. De igual manera le sucede con sus contextos social, histórico, antropológico y espiritual; finalmente, primero tiene que soportar y después se acostumbra al hacinamiento, la promiscuidad, los servicios sanitarios insuficientes y de mala calidad; se acostumbra también, a recibir una alimentación mal balanceada, servida por un personal que no tiene conciencia de la importancia de su trabajo, que sabe mucho de sus "derechos" sindicales muy a la mexicana. El peligro que ésta situación entraña es que el residente,

en aras del trabajo hospitalario puede perder el camino de la búsqueda de su identidad profesional y por lo tanto no estará apto para enfrentarse eficientemente a la realidad de su futuro mundo laboral. Este fenómeno traduce: el “sometimiento” del médico residente a las deformaciones propiciadas por la institución que al final lo convierten en una persona humana incapaz de producir un bien social. Hasta éste punto hemos llegado; sin embargo, no siempre ha sido de ésta manera pues en la década de los sesenta el residente “residía” en los hospitales en condiciones dignas, cumpliéndose así el significado de la palabra RESIDENTE (residere): la persona que está de asiento en un lugar. (3) Desafortunadamente, después del Movimiento Médico de 1965, se politizó la enseñanza médica hospitalaria y las cosas cambiaron para mal.

### 3.- ¿Qué significa la desidealización traumática?

El médico al ingresar a una residencia hospitalaria muestra: duelo por que deja la etapa de estudiante, tiende a la actitud pasiva pues espera seguir recibiendo los conocimientos de sus maestros como en la enseñanza básica. Tiene que soportar asimetría en las posiciones entre él y sus profesores, quienes en ocasiones tienen reacciones ambivalentes y resistencia a entregar sus conocimientos, posiblemente por inseguridad, por miedo a la competencia laboral o lo que es peor por enmascarar su ignorancia. (2) Al paso del tiempo se establecen relaciones sadoomasoquistas entre el residente y el médico maestro, en las cuales al primero se le descalifica, se hostiliza y se maltrata estableciéndose un vínculo que por lo mismo es colateral; de tal forma que, para que exista alguien que maltrate forzosamente tiene que haber otro que lo acepte. Un aspecto más que muestra el residente, es la falta de compromiso en la relación médico/paciente que es una de las características del nuevo perfil del estudiante universitario en general. Le preocupa hacer las cosas bien, para evitar el castigo más que por el bienestar del paciente. (2) La resultante de todo éste impacto, constituye la desidealización traumática (Kay), que en otras palabras es la suma de frustración, desilusión, malos entendidos, irritación cotidiana, autopercepción de poco aprendizaje y autoestima baja. Estas vivencias pueden ser tan fuertes que ocasionan menosprecio hacia el maestro y en algunos casos hacia la profesión. Abundando al respecto, el especialista en formación muchas veces es testigo o coparticipe de actos antiéticos realizados por algunos médicos del hospital; esto afecta su necesidad de afirmación ya que frecuentemente se toman modelos médicos idealizados como referentes. El impacto es directo sobre sus valores y puede ocasionar una crisis de identidad. Pero al final, el residente tiene que adaptarse y para lograrlo pone en acción estrategias como: el SOMETIMIENTO, “hacer concha” o bien el “sálvese quien pueda”.

No hay duda, que frente a esta situación tan compleja se debe fomentar el compañerismo para trabajar en equipo y así, aprovechar el valor de la experiencia y el de la auto responsabilidad. (2)

#### 4.- Maltrato, Discriminación, Misoginia y Hostigamiento. ¿Verdad ò Mito?

Desde hace mas de tres lustros se le dado importancia al estudio de estas actitudes en la vida hospitalaria. Se han publicado estudios al respecto en diferentes países los cuales revelan que no es un mito, sino una realidad que forma parte de la cotidianidad del residente. Silver (1992), denomina “medical studen abuse” al conjunto de agresiones enunciadas y señala que los cambios conductuales que se observan en los especialistas en formación, podrían ser consecuencia del trato hostil y punitivo recibido desde la enseñanza básica en las escuelas de medicina; y que posteriormente, durante la rotación hospitalaria las vivencias mencionadas son determinantes para elegir la especialidad (4) y, al cursar la residencia son causa de insatisfacción, frustración y autoestima baja. En cuanto a la equidad de género, aun es frecuente observar que el insulto, el lenguaje soez, la discriminación y el acoso sexual son comunes sobre las mujeres, aun cuando todo ello puede ser reflejo del comportamiento degradado de nuestra sociedad actual. Desafortunadamente, ésta violencia intrahospitalaria hace que el residente pierda la confianza en sí mismo, ya que finalmente es víctima de una suma de eventos traumáticos producidos por los integrantes del equipo de salud y el personal de categorías inferiores a lo que se agrega el exceso de trabajo asistencial, las pocas horas de sueño y descanso, las “guardias de castigo”, etc. que finalmente contribuyen a matizar con violencia, egoísmo y resentimiento el trabajo cotidiano del futuro médico especialista. (2,4)

Frente a ésta problemática hay que recordar que el ejercicio de la medicina: “no debe ser castigo o sacrificio ni mucho menos expiación” (Ignacio Chávez) y que aunque “es difícil llegar a ser buen médico, si es posible ser siempre una persona correcta y decente” (César Mayoral Figueroa). Como maestros tenemos el deber de saber manejar el poder que da el saber no como un privilegio, sino como la oportunidad maravillosa de servir a nuestros semejantes.

#### 5.- ¿El hospital actual, es un nuevo espacio de poder?

Hoy en día no existe duda que el hospital es una red de espacios de poder que por su estructura tradicional y la “organización” de su personal médico, fomentan nuevas relaciones de éste tipo con sus médicos residentes; es decir, el entorno hospitalario plantea grandes dilemas y contradicciones que al principio pueden intimidar al futuro especialista, intimidación que posteriormente desaparece en la medida en que funcione su capacidad de adaptación, que cuando es adecuada le permite integrarse a ése grupo social hospitalario como uno más de sus

elementos. En última instancia, ésta dinámica representa un intercambio de capital social. (Pierre Bourdieu) (4)

Por lo anterior, los residentes deben estar convenientemente preparados para enfrentar en forma crítica el poder hospitalario, identificarlo y rescatar oportunamente sus elementos positivos. Para lograrlo es necesario proporcionar a los residentes las herramientas de reflexión filosófica, de cuestionamiento ético y estético, con el fin de que tengan mayor conciencia de ése gran proceso de transformación que tiene por. . .

Continúa parte II.