

EDITORIAL

Y a nuestros residentes ¿quién los cuida?

Dra. Vesta Richardson-López Collada

*Dirección Médica, Hospital Infantil de México
Federico Gómez, México, D. F., México.*

Dentro de las tradiciones educativas de nuestro país se encuentra el modelo de enseñanza de la Pediatría en las diversas instituciones del sector salud.

A partir de su elección, los residentes ingresan a un engranaje de procesos que, si son alterados, pueden causar un desperfecto mayor.

Su aprendizaje de habilidades técnicas cumple con los objetivos académicos establecidos por los programas universitarios, de tres años de duración en la mayoría de los casos. Sin embargo, rara vez exploramos sus habilidades personales, y las condiciones físicas y emocionales que pueden llevarlos a truncar su especialidad, a separarse de su familia o conducirlos a un estado anímico que afectará no sólo su presente, sino su futuro profesional y personal.

En el Hospital Infantil de México Federico Gómez la deserción promedio anual de residentes de Pediatría en los primeros cuatro meses de la especialidad alcanzaba hasta 30%, lo cual no causaba gran impacto en el sistema porque los residentes pueden ser rápidamente sustituidos por otros. La pregunta se tornó entonces reflexiva: ¿por qué es tan elevado el índice de deserción entre nuestros residentes, sobre todo los de reciente ingreso?

Analizando las causas de deserción entre los integrantes del primer año de la generación 2004 de Pediatría, encontramos lo siguiente: desertaron 10 de 33 residentes (29%). Ellos manifestaron las siguientes razones:

- a) Por causas económicas: 2.
- b) Por causas familiares: 2.
- c) Por causas profesionales-vocacionales (prefieren otra especialidad u otra institución): 2.
- d) Por causas personales (depresión, agotamiento): 4.

Al hacer consciente este alto porcentaje de deserción de nuestros residentes, aunado vino el reconocimiento de que seguramente en algo les estábamos fallando como institución-escuela.

La frecuencia de depresión era demasiado alta. Diversos reportes internacionales colocan la frecuencia de trastornos depresivos en residentes de Medicina Interna entre 15 y 38%.¹⁻⁴

En nuestro país se han reportado signos depresivos en residentes hasta en 47%.^{5,6}

En su tesis de especialidad realizada en este instituto, Kunh⁷ menciona datos de sumo interés. Los principales factores de estrés laboral reportados entre médicos residentes son:

1. Factores físicos: jornadas largas de trabajo (>24 horas), tiempo inadecuado de descanso, privación de sueño.
2. Factores ambientales: falta de cordialidad, respeto o reconocimiento; maltrato emocional (humillaciones públicas, etc.).
3. Factores organizacionales: instalaciones inadecuadas, carencia de material y equipo, deficientes sistemas de registro y de apoyo, burocratismo, baja remuneración, etc.
4. Factores personales: edad, sexo, historia familiar, experiencia personal, etc.

Se encontró un síndrome de desgaste profesional alto en 35% de los residentes encuestados (n =86), moderado en 16% y bajo en 49%, predominantemente entre residentes de segundo y primer año del sexo masculino.

Es claro que las instituciones de salud no están diseñadas para promover e impulsar el autocuidado de los residentes mediante espacios asignados, reglamentaciones a su favor, alimentación adecuada, programas extracurriculares, tiempo para descanso y esparcimiento, y relaciones interpersonales.

“¿Y al cuidador, quién lo cuida?”

El término anglosajón “*burnout*” corresponde a estar quemado, desgastado, exhausto, y a haber

perdido la ilusión por el trabajo. Se trata de un agotamiento por el excesivo esfuerzo físico y emocional que favorece la despersonalización o inestabilidad hacia el paciente, con conductas de indiferencia o rechazo y actitudes negativas hacia el trabajo y la propia persona.

El síndrome de *burnout* o desgaste profesional comparte síntomas con la depresión y la ansiedad: psicósomáticos (cefaleas, fatiga, insomnio, alteraciones menstruales, pérdida de peso), conductuales (agresión, violencia, ausentismo, abuso de alcohol) y emocionales (distanciamiento afectivo, tristeza, irritabilidad, impaciencia, deseos de abandonar el trabajo, ironía, negación de emociones, evasión, etc.).

El agotamiento físico y emocional conduce a las personas a aislarse, a perder el gusto por las cosas que hace, a perder interés por las personas y por la vida. Además, se alteran sus funciones cognitivas y su rendimiento.

Las consecuencias personales y profesionales pueden ser devastadoras, al igual que las institucionales, pues al final del círculo vicioso se afecta la calidad de atención que se otorga al paciente y a sus familiares. Un médico insatisfecho o desgastado podrá otorgar sólo atención médica limitada y distante.

Los responsables de los programas de residencia debemos tratar de mejorar las cuatro áreas pre-disponibles del síndrome de desgaste profesional. Por ejemplo:

1. Factores físicos

- a) Desaparecer castigos como las guardias nocturnas adicionales. No dormir no le sirve a nadie y el más afectado es el paciente. Hay que limitarse a ejercer medidas disciplinarias diurnas como actividades clínicas o académicas complementarias, que tengan un beneficio objetivo.

- b) En lo posible, implementar guardias A-B-C-D y asegurar descansos justos para todos.
 - c) Distribuir equitativamente el trabajo entre todos los residentes.
 - d) Promover su participación en actividades deportivas y culturales.
2. Factores ambientales: propiciar ambientes de respeto, con reconocimientos por excelencia y trato digno, sin humillaciones. La disciplina no implica abuso de autoridad, y puede ejercerse en privado.
 3. Factores organizacionales: asegurar rotaciones que efectivamente les dejen enseñanza; asegurar que el comedor les ofrezca una dieta balanceada; apoyar con servicios de laboratorio y toma de muestras, camilleros y mensajeros eficientes, simplificar los formatos hospitalarios, otorgar becas para congresos, etc.
 4. Factores personales: tener un programa de tutores/mentores disponibles para ofrecerles

comunicación abierta, constante y personalizada. Detección temprana de síntomas de alto riesgo, con referencia a atención psiquiátrica eficaz. Apoyo psicológico individual y grupal.

Habiendo trabajado deliberadamente en varios de estos factores, vimos que en el año 2005 la deserción disminuyó significativamente (a 3 residentes ó 10% del total). Ninguno de los casos de deserción se asoció a síndrome de desgaste, fueron causas económicas, familiares o vocacionales.

En el 2006, no han habido deserciones del programa de Pediatría. Nos gustaría pensar que estamos mejorando la situación de nuestros alumnos.

A nosotros, sus adscritos, profesores y autoridades, corresponde la obligación moral de cuidarlos y de procurar su bienestar integral, como lo hacemos con nuestros pacientes.

No olvidemos que los residentes aún son seres moldeables, en formación, y de nosotros depende en alguna medida su equilibrio emocional y su profesionalismo.

Referencias

1. Tyssen R, Vaghun P. Mental health problems among young doctors. *Harvard Rev Psychiatry*. 2002; 10: 154-65.
2. Firth-Cozens J. Emotional distress in junior house officers. *BMJ*. 1987; 295: 533.
3. Smith J, Denny W, Witzke D. Emotional impairment in Internal Medicine House Staff. *JAMA*. 1986; 255: 1155.
4. Bellini L, Shea J. Mood change and empathy decline persist during 3 years of Internal Medicine training. *Acad Med*. 2005; 80: 164.
5. Martínez-Lanz P, Medina-Mora ME, Rivera E. Adicciones, depresión y estrés en médicos residentes. *Rev Fac Med UNAM*. 2005; 48: 191-7.
6. Rocha LJ. Síndrome de Burn-Out. ¿El médico de urgencias incansable? *Rev Mex Med Urg*. 2002; 1: 48-56.
7. Kuhn I. Síndrome de desgaste profesional. Frecuencia, factores de riesgo y comorbilidad en residentes de un hospital de tercer nivel. Tesis de la especialidad de Pediatría. Hospital Infantil de México Federico Gómez. México: febrero; 2006.

