



Revista Salud Uninorte

ISSN: 0120-5552

ISSN: 2011-7531

Fundación Universidad del Norte, División de Ciencias de la

PALACIO-DURÁN, ERIKA; OCHOA-GÓMEZ, FRANQUI; ACOSTA-FERNÁNDEZ, MARTÍN; PATIÑO, YISEL PINILLOS; MACHADO, JOSÉ RAFAEL CONSUEGRA

Vivencias y experiencias en las relaciones sociales
durante la formación académica de médicos especialistas

Revista Salud Uninorte, vol. 38, núm. 3, 2022, Septiembre-Diciembre, pp. 786-803

Fundación Universidad del Norte, División de Ciencias de la

DOI: <https://doi.org/10.14482/sun.38.3.610.1>

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=81775299009>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org



Sistema de Información Científica Redalyc

Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto



Fecha de recepción: octubre 9 de 2021
Fecha de aceptación: febrero 15 de 2022

ARTÍCULO ORIGINAL

<https://dx.doi.org/10.14482/sun.38.3.610.1>

Vivencias y experiencias en las relaciones sociales durante la formación académica de médicos especialistas

Life experiences in social relationships during academic training of medical specialists

ERIKA PALACIO-DURÁN¹, FRANQUI OCHOA-GÓMEZ²,
MARTÍN ACOSTA-FERNÁNDEZ³, YISEL PINILLOS PATIÑO⁴,
JOSÉ RAFAEL CONSUEGRA MACHADO⁵

¹ Ph.D. Educación. Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Simón Bolívar. Barranquilla (Colombia). erpalacio@unisimonbolivar.edu.co. <https://orcid.org/0000-0001-9349-3358> Link al CvLAC: <https://scienti.minciencias.gov.co/cvlac/EnRecursoHumano/inicio.do>

² Psicólogo. Maestrante en Psicología. Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales, Universidad Simón Bolívar. Barranquilla (Colombia). fochoa2@unisimon.edu.co. <https://orcid.org/0000-0003-1827-4467>

³ Ph.D. Ciencias de la Salud en el Trabajo. Centro Universitario de Ciencias Económico Administrativas, Universidad de Guadalajara, Guadalajara(México). fmartin63@gmail.com. <https://orcid.org/0000-0003-2075-2325>. Link al CvLAC: https://scienti.minciencias.gov.co/cvlac/visualizador/generarCurriculoCv.do?cod_rh=0001383915&lang=es

⁴ MSc. Salud Pública. Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Simón Bolívar. Barranquilla (Colombia). ypinillos@unisimonbolivar.edu.co. <https://orcid.org/0000-0001-5047-388>. Link al CvLAC: https://scienti.minciencias.gov.co/cvlac/visualizador/generarCurriculoCv.do?cod_rh=0001093363

⁵ Ph.D. Educación. Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Simón Bolívar. Barranquilla (Colombia). jrconsuegra@unisimonbolivar.edu.co. <https://orcid.org/0000-0002-4479-6632>. Link al CvLAC: https://scienti.minciencias.gov.co/cvlac/visualizador/generarCurriculoCv.do?cod_rh=0001392497

Correspondencia: Yisel Pinillos-Patiño. MSc. Salud Pública. Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Simón Bolívar. Barranquilla (Colombia). Carrera 59 n°. 59-92. ypinillos@unisimonbolivar.edu.co. Tel.: 3012926368.

RESUMEN

Introducción: La formación académica en las especialidades médicas es un proceso continuo de entrenamiento teórico y práctico en el que las y los residentes interactúan constantemente con los coordinadores del programa, con residentes de diferentes programas y las y los trabajadores de los escenarios de prácticas. Se investigó por medio de entrevistas las relaciones que se presentan en diferentes especialidades.

Objetivo: Conocer las vivencias y experiencias de la jerarquía de las y los residentes durante su proceso de formación en los escenarios de prácticas.

Método: Estudio cualitativo de corte fenomenológico que aplicó entrevistas semi-estructuradas a 42 estudiantes de especialidades médico-quirúrgicas como: cirugía plástica, ginecología, medicina crítica, medicina interna, neurología, pediatría y psiquiatría, revisando de la batería de riesgo psicosocial el dominio de relaciones sociales y liderazgo.

Resultados: Las y los entrevistados expresaron 195 referencias relacionadas con sus experiencias en las que el liderazgo de los coordinadores del programa es descrito como una interacción significativa que genera malestar psicológico o protección, junto con 158 referencias de estilo de retroalimentación en algunas vivencias, escaso o centrado en una nota cuantitativa, y 156 referencias de cómo veían la relación con sus residentes mayores desde una perspectiva jerárquica.

Conclusiones: Las características de la jerarquía durante la residencia están determinadas por el estilo de liderazgo del coordinador del programa y los residentes replican el mismo modelo con sus compañeros de mismo año, superiores y residentes menores.

Palabras clave (DeSC): liderazgo, relaciones interpersonales, especialidades médicas, residencia médica, investigación cualitativa.

ABSTRACT

Introduction: Academic training in medical specialties is a continuous process of theoretical and practical training where residents constantly interact with program coordinators, residents of different programs and workers in internship scenarios; the relationships that occur in different residences were investigated through interviews.

Objective: To know the life experiences of the hierarchy of resident doctors during their training process in the practice settings.

Method: Qualitative phenomenological study that uses semi-structured interviews with 42 students of medical-surgical specialties such as: plastic surgery, gynecology, critical medicine, internal medicine, neurology, pediatrics and psychiatry, reviewing the psychosocial risk battery domain of social relations and leadership.

Results: The interviewees expressed 195 references related to their experiences where the leadership of the program coordinators is described as a significant interaction generating psychological or protective discomfort, along with 158 references of feedback style in some experiences, scarce or focused on a quantitative note and 156 references of how they saw the relationship with their older residents from a hierarchical perspective.

Conclusions: The characteristics of the hierarchy in the residence are determined by the leadership style of the program coordinator and the residents replicate the same model with their peers of the same year, superiors and minor residents.

Keywords (MeSh): leadership, relationships, medical-surgical specialties, medical residence, resolutions, qualitative research.

INTRODUCCIÓN

Las especialidades médicas son un proceso de formación con altas demandas en capacidades cognitivas, emocionales y sociales de las y los residentes; estas alternan con los contenidos académicos y formativos en el escenario de rotación.

En la cotidianidad de las y los residentes se observan dificultades relacionadas con ambiente laboral exigente, presión asistencial, responsabilidad creciente, numerosas horas de guardia o relaciones complicadas con pacientes o familiares, las cuales deben enfrentar, y que además se relacionan con las demandas y necesidades académicas propias de la formación (1).

Seguidas de las dificultades mencionadas, se suman otras situaciones que constituyen barreras para el desempeño óptimo y la calidad en el quehacer de las y los residentes, que han sido estudiadas en el marco de la formación médica posgradual, tales como: el síndrome de Burnout, la depresión y ansiedad, el riesgo suicida, el terror en la enseñanza dentro de las especialidades, las actitudes y valoraciones, además de la autorregulación alimentaria. Otros aspectos que se viven son: maltrato entre residentes, reglas encubiertas de interacción social, jornadas laborales y actividades académicas combinadas, sumisión y control jerárquico, sobreexigencia, responsabilidades laborales y extralaborales (2-9). Así, el liderazgo y las relaciones sociales se muestran como fenómeno del cual derivan esas dificultades, en las que las representaciones sociales del rango precisan las claves que estructuran, crean los modelos personales e institucionales que establecen la interpretación para las vivencias (1,10).

La construcción del liderazgo y las relaciones sociales en las y los residentes son producto de las interacciones en el escenario de prácticas, evidenciándose como indicador de formación idónea y con humanización, siendo esta una característica complementaria considerada como variable de salud mental, por lo cual Ruiz (2) considera que las instituciones educativas deberían enfocarse en incluir una visión formadora de líderes clínicos.

Surge la importancia de estudiar el liderazgo, relaciones sociales y residentes, cuando en Colombia es un reto la formación posgradual médica, debido a cupos limitados y los costos; aspectos que contrastan con las necesidades de talento humano especializado para la atención en salud, la cual es insuficiente según cifras del Colegio Médico Colombiano (11).

Se necesita ampliar y construir un marco experiencial que permita develar el significado personal y especifique que las dificultades de salud mental en los residentes no son la única dimensión del problema. Este artículo profundiza en las vivencias y percepciones de las y los residentes respecto a la estructura de liderazgo dentro del proceso educativo y las relaciones sociales durante toda su formación con fundamento en el modelo demanda-control-apoyo social (DCAS) de Karasek, Johnson y Theorell (12), a fin de conocer el significado contextual del mismo, mediante el análisis bidireccional y diametral jerárquico en los escenarios de prácticas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio cualitativo con metodología fenomenológica desde la perspectiva de Schütz (13, 14), que utilizó la técnica de entrevista a profundidad como herramienta para la recolección de la información, tomando como referencia la Batería de Instrumentos para la Evaluación de Factores de Riesgo Psicosocial (BIEFRP), enfocado en el dominio liderazgo y relaciones sociales (15). Las variables sociodemográficas fueron recopiladas mediante las entrevistas teniendo en cuenta: edad, sexo, estado civil, estrato socio económico y nacionalidad, pero no fueron criterios de exclusión o inclusión.

Se consideraron las y los 188 residentes matriculados en las ocho especialidades médicas adscritas a una Institución de educación superior (IES) de la ciudad de Barranquilla: (Colombia) cirugía plástica, reconstructiva y estética (CPRE), ginecología y obstetricia (GO), medicina crítica y cuidados intensivos (MCCI), medicina interna (MI), neurología (N), pediatría (P), nefrología (NF) y psiquiatría (Psq), de los cuales se contactaron vía telefónica a 42 médicos residentes, con matrícula activa en el segundo período de 2020 en cualquier año y especialidad médica, quienes voluntariamente aceptaron participar en el estudio dando su consentimiento.

Cada entrevista duró aproximadamente 60 minutos y se empleó una plataforma tecnológica que registró los datos mediante grabación, previa aceptación del entrevistado. Los datos de las 42 entrevistas se transcribieron textualmente y el análisis de contenido de los testimonios alusivos a la exposición a factores de riesgo psicosociales en el marco del liderazgo y las relaciones sociales se llevó a cabo mediante el *software* NVivo® versión 12, licencia de la Universidad Simón Bolívar.

Del contenido de las entrevistas se seleccionaron testimonios referentes a vivencias y experiencias y conexos con las categorías liderazgo y relaciones sociales, por último, se definieron códigos para su clasificación; así mismo, se efectuó el análisis e interpretación de los hallazgos, para identificar el coeficiente de correspondencia entre las categorías que describieron las concordancias entre los dominios con mayor número de relatos.

Esta investigación se enmarca en el estudio “Escenarios de trabajo, condiciones psicosociales y salud mental. El caso de la formación de los médicos especialistas en América Latina (2019 - 2022)”, que cuenta con la aprobación del Comité de Ética de la Universidad de Guadalajara (México) y de la Universidad Simón Bolívar (Colombia). Estudio financiado por la Universidad Simón Bolívar en lo que corresponde a la investigación realizada en Barranquilla, resultados evidenciados en este manuscrito.

Consideraciones éticas

Esta investigación responde a las consideraciones éticas de la Declaración de Helsinki (16), y dado que los entrevistados no estuvieron expuestos a ningún tipo de daño o riesgo en su libre participación, se consideró de bajo riesgo, según la Resolución 008430 de 1993, artículo 11 (17). Previo a la aplicación de la entrevista se solicitó autorización de la grabación a cada participante del estudio. Se garantizó el anonimato y la confidencialidad teniendo en cuenta la Ley 1581 de 2012 sobre el tratamiento de datos.

RESULTADOS

Según las características sociodemográficas, la edad promedio fue de 32.2 años; con predominancia del estado civil casado(a) y seguido de solteros(as) con mayor frecuencia, el nivel socioeconómico cuatro; predominó la nacionalidad colombiana y la especialidad con mayor número de entrevistas fue N seguido por CPRE y el segundo año de residencia presentó más entrevistas (tabla 1).

Tabla 1. Características sociodemográficas de los participantes

Característica		Frecuencia	%
Sexo	Hombre	21	50
	Mujer	21	50
Estado civil	Casado	15	35,7
	Soltero	15	35,7
	Divorciado(a)	6	14,3
	Noviazgo	4	9,5
	Unión libre	2	4,8
Nacionalidad	Colombiano	39	92,9
	Mexicano	2	4,8
	Venezolano	1	2,4
Especialidad médica	Neurología	8	19
	Cirugía Plástica	7	16,7
	Ginecología	6	14,3
	Pediatría	6	14,3
	Medicina Crítica	5	11,9
	Medicina Interna	4	9,5
	Psiquiatría	4	9,5
	Nefrología	2	4,8

Continúa...

Característica		Frecuencia	%
Año de residencia	Cuarto año	5	11,9
	Tercer año	12	28,6
	Segundo año	14	33,3
	Primer año	11	26,2
Estrato socioeconómico	Seis	8	19
	Cinco	5	11,9
	Cuatro	19	45,2
	Tres	8	19
	Dos	2	4,8

Fuente: Tabla elaborada a partir de los datos recolectados en las entrevistas realizadas en esta investigación.

El liderazgo se identificó como el dominio con mayor número de referencias por parte de las y los entrevistados (tabla 2), y se encontró que algunas vivencias de las y los residentes de las especialidades CPRE y GO presentaban situaciones negativas, como: escaso acompañamiento de los docentes, dificultades en la comunicación y orientación por parte del coordinador de especialidad y dificultades para el desarrollo de la relación coordinador-estudiante durante el proceso de formación; en algunas ocasiones, podían incluir refuerzo de conductas negativas por la jerarquía de la residencia tal como se observa en el apartado de un testimonio tabla 3 en la cual se identifica a cada participante con un número según codificación del *software*, el año de residencia que cursó mientras participó en el estudio, el sexo y la sigla de su especialidad médica. (Ejemplo: 1.3.F.MI 1: entrevista 1, 3: año de residencia, F: femenino y MI: medicina interna).

Por otra parte, se encontraron manifestaciones positivas de las y los entrevistados con respecto al estilo de liderazgo, acompañamiento y estrategias de comunicación por parte de cada coordinador/a. En este sentido, N manifestó una relación coordinador-estudiante significativa, en la que el vínculo era bidireccional con el director del programa. Del mismo modo, P expresó vivencias mixtas, puesto que, contrariamente al buen estilo de dirección, existía ausencia de los docentes en el proceso formativo o disponibilidad remota. Resumiendo lo anterior, los aspectos negativos se centraron en la deficiencia de las estrategias de comunicación de los directores y la ausencia del especialista-docente en el lugar de prácticas.

Se indagó la percepción sobre la retroalimentación del desempeño, y se encontró una percepción negativa en CPRE, P y MI, relacionada con la evaluación dada en la rotación sobre el resultado del aprendizaje, en la cual los entrevistados percibieron la ausencia de retroalimentación y la evaluación solo se limita a una calificación cuantitativa global, al final de la rotación. Así mismo, refirieron una percepción negativa en la forma de corregir errores o fallas en el desempeño, la cual no es formativa o ayuda para la superación de los errores del estudiante en su proceso académico, expresada por humillación y malestar emocional por parte de las y los docentes. En el resto de las residencias consideran que existe retroalimentación, sin embargo, prevalece el escaso apoyo de los docentes o directivos.

Por otra parte, en el dominio Relación con los Colaboradores mencionaron experiencias no adecuadas, como: maltrato de las y los residentes de mayor jerarquía, tipificado en sobrecarga laboral, críticas, exigencias inadecuadas, humillación ante otros residentes o directivos, sin embargo, esta percepción solo fue referida por CPRE y MCCI. Mientras que en GO, MI, P y N percibieron experiencias mixtas en la relación con sus R mayores, aunque también se enfrentaban a situaciones en las que debían callar y acatar las órdenes. Por último, NF y Psq no reportan vivencias negativas en este dominio.

Para el caso del dominio de la relación entre iguales, fue visto de forma positiva en todas las especialidades; se veían a sí mismos como compañeros y fuentes de apoyo.

Las relaciones en el escenario de rotación fueron caracterizadas y vivenciadas de forma positiva en todas las especialidades, sin embargo, se encontraron experiencias negativas en CPRE, relacionadas con el equipo de enfermería y médicos generales, los cuales ignoran órdenes, rivalizan con el residente o lo cuestionaban.

Para el dominio de Características del liderazgo-planificación, el relato recurrente en todas las especialidades fue que la planificación de horarios y rotaciones era la única actividad, y ejercida por las y los R mayores, dejando de lado las demás actividades requeridas para desarrollo de las prácticas. Es de aclarar que debido a la pandemia de Covid-19, el proceso mencionado ha sido percibido como un fenómeno de menor interés y poco coordinado debido a los cambios en las rotaciones evidenciados en tabla 3.

Para el dominio de Motivación y apoyo, las vivencias expresadas por la mayoría de las y los residentes fueron positivas, evidenciada en actuaciones que van desde palabras de aliento en momentos difíciles hasta la preocupación de los docentes y directivos por la salud física, emocional y

mental de las y los residentes; sin embargo, en CPRE se logró percibir un escaso interés por apoyar a las y los residentes, o simplemente, la ausencia de motivación (ver tabla 3).

La relación con los colaboradores subordinados fue el dominio en el que las y los residentes recibían instrucciones y destacaban un trato diferenciado que afectaba las relaciones interpersonales. En este sentido, en CPRE, GO, N, MCCI, P y NF predominaron las vivencias mixtas, porque si bien comentaron que las/los residentes de menor jerarquía eran un apoyo para cumplir con sus funciones, también fueron percibidos como una carga que puede generar dificultades para su propio desempeño. En cambio, en Psq y MI no fueron referidas vivencias o experiencias negativas.

Para finalizar, la consecución de resultados en CPRE, Psq, P, MCCI y GO fue descrita de manera favorable a través de vivencias en las que han sido apoyadas/os por su jefe o docentes para el progreso de su formación; por tanto, opuesto a lo expresado por las y los entrevistados de otras especialidades, destacan el recibir apoyo.

Tabla 2. Análisis dimensión de liderazgo y relaciones en el trabajo

Dominio	N°	Dimensión	Archivos	Referencias
Liderazgo y relaciones en el trabajo	1	Liderazgo (docentes y coordinadores del programa)	42	195
	2	Retroalimentación del desempeño	40	158
	3	Relación con los colaboradores	36	156
	4	Relaciones con los colaboradores r iguales	37	115
	5	Relaciones sociales en el trabajo	39	111
	6	Características del liderazgo planificación	36	90
	7	Características del liderazgo motivación y apoyo	26	69
	8	Relación con los colaboradores subordinados	24	65
	9	Características del liderazgo consecución de resultados	36	54

Nota: referencias totales: 1013

Fuente: Tabla elaborada a partir de los datos recolectados en las entrevistas realizadas en esta investigación tomando como referencia el dominio liderazgo y relaciones sociales de la Batería de Instrumentos para la Evaluación de Factores de Riesgo Psicosocial (BIEFRP) (15).

Tabla 3. Análisis de Referencias por dimensión de liderazgo y relaciones en el trabajo

N°	Dimensión	Residente	Viñeta o cita del entrevistado
1	Liderazgo (docentes y coordinadores del programa)	11.2.M. CPRE	“El doctor, en cambio, en vez de decir: bueno, muchachos, cuál es el problema, y como que sí, mirar lo que estaba pasando, lo único que hizo fue decirme que me callara, que dejara de ser un llorón, y que yo venía aquí era a trabajar y no a pensar y que tenía que hacerle caso a mi residente mayor, y solamente por no hacerle caso se disgustó y yo le dije que por qué, y por contestarle me saco de quirófano”.
		9.1.M. CPRE	“El docente como que no te echa mucho la mano, no te apoya mucho y estás como solo. La verdad, está aquí como solo, como solo en la guerra”.
		18.2.F.GO	“Algunas veces bien, te motivan. Otras veces no tanto, que te quieran colocar en ridículo, por ejemplo, cuando uno opina algo y no es así. O, no me ha ocurrido con frecuencia, pero me ha hecho sentir un poco mal por mi origen, cosas despectivas”.
		7.4.M.N	“El doctor V. es una persona que se le puede llegar desde un mensaje WhatsApp, una llamada telefónica, una cita presencial. Yo creo que es una de las cualidades que tiene él y que ha hecho que la residencia haya ido evolucionando como ha evolucionado, y que se pueda hablar con él, se pueda llegar y... que se puedan solucionar las cosas de forma rápida”.
		25.2.F.P	“Y lo otro es el hecho de no tener un acompañamiento de pediatra 24/7; eso también limita bastante. Ellos llegan, se van al ratico, muchas veces toca llamarlos por teléfono, pero es totalmente diferente a cuando tú lo tienes ahí en el hospital, es diferente”.
2	Retroalimentación del desempeño	22.1.F.P	“Entregamos una hoja al final de cada 2 meses, y él le coloca a uno la nota y uno se la envía al jefe”.
		10.1.F. CPRE	“Muy poco valoran el rendimiento en el trabajo. No lo toman en cuenta, ni para bien ni para mal, no toman en cuenta lo que se hace, solo como cuando mencionaste tú, cuando hay equivocaciones sí se resaltan bastante”.
		38.3.M.MI	“No te informan lo que tú haces bien, el día que la embarras es que te informan. ¿De qué forma lo hacen? Por correo, WhatsApp, llamadas, como sea”.

Continúa...

N°	Dimensión	Residente	Viñeta o cita del entrevistado
3	Relación con los colaboradores	11.2.M.CPRE	“Usted vino acá a hacer lo que yo digo, y pasó todo eso y me echó con el profe, delante, me hizo quedar mal, me sacaron de la cirugía y yo dije ella me va a hacer perder, me va a hacer que otra vez... me va hacer quedar mal... y efectivamente, como todos los días me decía: entrevistado, tú verás si no me haces caso ... si no me haces caso, me toca decirle al profe que no me estás haciendo caso, o me decía como... siempre todo el tiempo... me amenazaba, me decía ...que si no hacía las cosas como ella quería le iba a decir al profe, que si me demoraba haciendo un procedimiento o si me demoraba haciendo algo, le decía al profe, y yo que ella me estaba acosando”.
		34.3.F.MCCI	“En todos los años se manejan jerarquías. Cuando entras a primer año, están los de tercero y cuarto que te ponen a hacer cosas o que no hacen cosas porque te toca a ti como R menor”.
4	Relaciones con los colaboradores R iguales	27.3.M.P	“Sí hay alguna disponibilidad de algún compañero que si se desocupa rápido va a ayudar a otro. La colaboración del grupo es vital y, obviamente, tenemos que llevarnos todos bien, que no haya enemistades en el grupo”.
		5.3.F.N	“Cuando hay un problema en la residencia o con algunos residentes, eso afecta a todos los residentes, porque tú eres amiga mía y yo tuve un problema con este, si tú te vas al otro grupo entonces, me estas traicionando”.
5	Relaciones sociales en el trabajo	37.2.F.MI.	“Siento que las enfermeras, algunas, como que no le quieren hacer caso a uno como uno; es residente, no le quieren cumplir de pronto las órdenes, pero hay otras que son juiciosas y le dan a uno como un valor adicional en el piso, pero con ninguna he tenido problema”.
		29.1.M.MC-CI	“Bueno, yo sí he visto también que algunos residentes han tenido inconvenientes con algunos médicos generales. Yo en particular los respeto, ellos llevan 20 años trabajando en el área y por experiencia nos ganan. Yo a veces les llevo la manzana y eso; con los auxiliares también me llevo muy bien”.
6	Características del liderazgo planificación	6.3.F.N	“Los cronogramas los hacen los jefes de residentes, en equipo de trabajos o en grupo de trabajo más bien”.
		30.2.M.MCC	“No hubo inducción, solo recomendaciones, y pues las enseñanzas diarias propias de la especialización que le brinda a uno el director y los demás jefes”.

Continúa...

N°	Dimensión	Residente	Viñeta o cita del entrevistado
7	Características del liderazgo Motivación y apoyo	15.3.M. CPRE	“Poco, casi que nulo. No hay mucha motivación por el jefe, no es una persona tan motivadora, pero así lo conocimos y así vamos”.
		38.3.M.MI	“Hubo compañeros que cayeron en depresión en primer año, que a ellos sí lo abrazó el lado cariñoso de los profesores”.
8	Relación con los colaboradores subordinados	15.3.M. CPRE	“Todos los Rs menores generalmente están muy a la defensiva, siempre se sienten, pues, más atacados, siempre se sienten la carga académica mayor”.
		19.2.F.GO	“Al principio hablábamos un poco más cuando ellos recién entraron, pero ahorita no tengo casi espacio para hablar con mis compañeros, con ellos mantengo buena relación”.
9	Características del liderazgo consecución de resultados	7.4.F.N.	“Mis objetivos, la verdad, lo logré conseguir haciéndome la loca, cumpliendo con lo que me tocaba y ya, pero del resto creo que... a manera grupal eso no se cumplió. Otras residencias cuentan con una tendencia a tener procesos que no procuran la obtención de los resultados”.
		39.1.F.Psq	“No me he sentido impedida en ningún aspecto, porque uno hace lo que tiene que hacer y los profesores y demás compañeros permiten que tengas autonomía casi que en todo”.

Fuente: Tabla elaborada a partir de los datos recolectados en las entrevistas realizadas en esta investigación tomando como referencia el dominio liderazgo y relaciones sociales de la Batería de Instrumentos para la Evaluación de Factores de Riesgo Psicosocial (BIEFRP) (15).

En la tabla 4 se muestra el análisis mediante el Coeficiente de correspondencia, que es de 0 a 1 e identifica el número de veces que ambas dimensiones se presentan de forma simultánea en una misma situación cuando se aproxima al 1. Se identificó una relación entre Liderazgo (docentes y coordinadores del programa), Relación con los colaboradores, Características del liderazgo, Motivación y apoyo y Retroalimentación del desempeño. Lo anterior es una interpretación conceptual de las vivencias descritas por las y los residentes, en las que la influencia del director del programa y los docentes fue para los entrevistados la pauta relacional en la jerarquía de las relaciones de los residentes mayores hacia los menores, como apoyo en sus actividades de formación, académica y, por último, la retroalimentación recibida durante la formación aun cuando esta se representa

de forma cuantitativa. Del mismo modo, el dominio Relación con los colaboradores sintetizó que las vivencias de las y los entrevistados cuando interactuaban con los colaboradores subordinados y las Relaciones sociales en el trabajo entre residentes mayores y menores fue diametral entre ambos y, por tanto, fuera positiva o negativa, se retroalimentaron mutuamente. Se destaca, para finalizar, la relación entre los residentes mayores y cómo se manejan las relaciones sociales en el trabajo, en las que predominaron vivencias variadas por parte de los residentes dentro de su ambiente laboral y con los demás trabajadores.

Tabla 4. Correspondencia entre dimensiones liderazgo y relaciones en el trabajo.

N°	Dimensión A	Frecuencia	Dimensión B	Frecuencia	Correspondencia
1	Liderazgo (docentes y coordinadores del programa)	195	Relación con los colaboradores	156	0,8
2	Liderazgo (docentes y coordinadores del programa)	195	Características del liderazgo Motivación y apoyo	69	0,7
3	Liderazgo (docentes y coordinadores del programa)	195	Retroalimentación del desempeño	158	0,7
4	Relación con los colaboradores	156	Relación con los colaboradores subordinados	65	0,7
5	Relación con los colaboradores	156	Relaciones sociales en el trabajo	111	0,6

Fuente: Tabla elaborada a partir de los datos recolectados en las entrevistas realizadas en esta investigación y en análisis obtenido de los mismos en el *software* NVivo® versión 12.

DISCUSIÓN

Las percepciones referidas por los residentes expresan la existencia de una organización jerárquica donde el líder es el coordinador del programa y establece la estrategia relacional entre ellos, sus motivaciones e interacciones con el personal adscrito a la IES. Aunque existen pocos estudios

cualitativos asociados al liderazgo y sus relaciones en residentes, en concordancia con los hallazgos de Acosta (11) y Acosta y cols (18), quienes mencionan que el liderazgo es determinante para el establecimiento de las relaciones sociales positivas en el trabajo, y uno de los instrumentos era la retroalimentación de sus funciones de una manera clara, oportuna y útil. Además, Rubí (19) menciona que las relaciones jerárquicas predominantes en la formación de las residencias subsisten en el tiempo y son subjetivas debido a los acercamientos entre docentes y residentes que les permiten mantener conductas asociadas con el estilo del liderazgo. En contraposición, Garzón (20) considera que el liderazgo en los residentes se debe fomentar a partir de las relaciones establecidas por el docente, el proceso de selección y por los contextos de interacción.

Por otra parte, Restrepo (21) sustenta que la supervisión por jerarquía de un residente mayor genera autonomía y beneficia al residente menor en ausencia del docente; descripción opuesta a las vivencias encontradas. En correspondencia, Sánchez (2) concluye que el liderazgo efectivo debe ser una planeación de las instituciones; este aspecto no se evidencia en las entrevistas. Hernández (22) propone que el liderazgo establecido en la formación afecta las relaciones dentro y fuera de la residencia, y genera incluso abuso y desgaste laboral. Para finalizar, Carrau (23) y Ziegelstein (24) consideran que el liderazgo parte de la formación sólida en habilidades directivas de jefes y profesores; por tanto, se podría inferir que la jerarquía es necesaria.

CONCLUSIONES

Este estudio sobre liderazgo y las relaciones sociales durante la formación de residentes aporta la descripción de las previamente mencionadas, sin individualizar, y refiere el contraste de los aspectos específicos descritos por ellos; para clarificar, el primer elemento es la influencia del liderazgo del director del programa, como pauta significativa en las relaciones interpersonales y jerárquicas, siendo esta su marco de referencia. Esta percepción en las especialidades de CPRE y GO es un factor de riesgo psicosocial, pero se ve limitado a la profundización de este por el silencio que desean guardar los residentes.

Como segundo elemento de análisis, surge la motivación como locus de control interno, en contraposición a la escasa motivación por las directivas del programa y docentes, siendo esto notorio en CPRE y en menor medida en el resto de las especialidades. Como tercer factor de estudio se encuentra el déficit en la retroalimentación, enfocado a un corte cuantitativo, representado en un

formato en el que se identifica un malestar generalizado en un tercio de todas las residencias, que desean tener retroalimentaciones cualitativas y descriptivas.

Finalmente, consideramos que este estudio aporta a la comprensión de las vivencias, entendiéndose como un sistema interactivo complejo de relaciones influenciadas entre sí por el estilo de liderazgo del director, la jerarquía, la escasa motivación y poca retroalimentación cualitativa; también se identifica la necesidad de fomentar entrenamiento en habilidades sociales y estrategias para la resolución de conflictos desde la IES.

Limitaciones: Se identifica como limitación a la ausencia en el estudio de la percepción de los docentes y directivos, lo que posibilitará realizar un contraste con lo descrito en las entrevistas.

Recomendaciones: Se sugiere explorar a partir de otros estudios la comprensión y significados que construye el residente en su formación sobre liderazgo y relaciones y cómo estos influyen en su labor al egresar de la especialidad.

Las IES podrían implementar entrenamientos en técnicas de comunicación asertiva, entrenamiento en habilidades sociales, resolución de conflictos durante la adaptación a la vida académica, acompañamiento recurrente y valoraciones por bienestar para la disminución de riesgos asociados.

Financiación: Esta investigación se realizó con recursos propios de la institución.

REFERENCIAS

1. Ovejas-López A, Izquierdo F, Rodríguez-Barragán M, Rodríguez-Benítez J, Garcia-Batanero M, Alonso-Martínez M et al. Burnout y malestar psicológico en los residentes de Medicina Familiar y Comunitaria. *Aten. Prim* [Internet]. 2020 [citado 21 sep 2021]; 52(9): 608-16. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656720301049>
2. Velázquez-Hernández B, Manzanaque ME, Valdés-Saldaña F, Miranda-Chávez D, Ruiz Speare JO. Estudio sobre la retención y aplicación de los conceptos tratados en el Curso de Liderazgo Médico del Centro Médico ABC. *An. méd. Asoc. Méd. Hosp. ABC* [Internet]. 2020 [citado 26 feb 2022]; 65(1): 27-34. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/abc/bc-2020/bc201f.pdf>
3. Molina-Rodríguez JD. Ideación suicida en residentes de especialidades médico-quirúrgicas en una universidad en Bogotá, Colombia: prevalencia y factores de riesgo. 2022 [citado 26 feb 2022]; Disponible en: <https://repositorio.unbosque.edu.co/handle/20.500.12495/6837>

4. Enriquez-Estrada VM, Bello-Chavolla OY. Sadismo educativo y psicoterror en la enseñanza de las residencias médicas. Parte 1. *Rev Mex Psiq* [Internet]. 2019 sep [citado 5 sep 2021]; 103-8. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/335879998_Sadismo_educativo_y_psicoterror_en_la_ensenanza_de_las_residencias_medicas_Parte_1
5. Lugo-Machado JA, Méndez-Cazares JA, Jacobo-Pinelli R, Quintero-Bauman A, Jiménez-Rodríguez M. Índice de Bienestar Emocional en Médicos Residentes con el Instrumento OMS-5. *Rev Med Clin. Zenodo* [Internet]. 2022 [citado 26 feb 2022]; 6: 1-6. Disponible en: <https://zenodo.org/record/5888570#.Yhqk3IqZOM8>
6. Manzano-Jurado J de J, Morales-Gutiérrez J, Gil-Galindo KA, Pérez-Ayala MF, Lira-Tecpa J, Ordoñez-González I et al. Body composition and physical activity in resident physicians. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* [Internet]. 2021 [citado 26 feb 2022]; 59(5): 431-9. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34919367/>
7. Anzules-Guerra J, Milian-Hernández E, Delgado-Saldarriaga L, García A, Zambrano M. Caracterización del burnout en médicos del Hospital Provincial de Portoviejo, Manabí, Ecuador, durante la pandemia. *Rev Peru Investig Salud* [Internet]. 2022 [citado 26 feb 2022]; 6(1): 17-22. Disponible en: <http://revistas.unheval.edu.pe/index.php/repis/article/view/1184>
8. De J, Artajo C, Zabalza L, Martin S, Álvarez RT. Percepción de la pandemia COVID-19 y situación de la formación sanitaria especializada entre los MIR de Navarra. *Rev. esp. educ. méd.* [Internet]. 2022 [citado 26 feb 2022]; 1: 21-30. Disponible en: <https://www.researchgate.net/publication/358338289>
9. Argüello-González AJ, Cruz-Arteaga G. Autorregulación de hábitos alimenticios en médicos residentes de Medicina Familiar con sobrepeso u obesidad. *Aten fam* [Internet]. 2017 [citado 26 feb 2022]; 24(4): 160-4. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-familiar-223-articulo-auto-regulacion-habitos-alimenticios-medicos-residentes-S1405887117300561>
10. Terán I, González M C. El saber y la práctica médica desde el discurso de los residentes del postgrado en Medicina General Integral de dos municipios del estado Aragua. *Común. Salud* [Internet]. 2008 [citado 5 sep 2021]; 6(1): 14-22. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1690-32932008000100004&lng=es
11. Acosta-Correa, J. Déficit de especialistas no se resuelve con convalidaciones exprés. SICOLPED [Internet] [citado 5 sep 2021]. Bogotá, D.C., Colombia: Colegio Médico Colombiano; 2017. Disponible en: https://www.colegiomedicocolombiano.org/web_cmc/upload/docs/Epicrisis-3-web.pdf

12. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales España. NTP 603: Riesgo psicosocial: el modelo demanda-control-apoyo social (I). [Internet] [citado 5 sep 2021]. España 2001. Disponible En: https://www.insst.es/documents/94886/326775/ntp_603.pdf/f15ca511-259c-480b-9f12-28ef5349b3c1
13. Schütz A, Luckman T. Las estructuras del mundo de la vida. España: Amorrortu Editores; 2004.
14. Schütz A. La construcción significativa del mundo social: Introducción a la sociología comprensiva. Barcelona, España: Paidós Ibérica; 1993.
15. Ministerio de la Protección Social. Batería de instrumentos para la evaluación de factores de riesgo psicosociales [Internet] [citado 5 sep 2021]. Bogotá, Colombia: Pontificia Universidad Javeriana; 2010. Disponible en: <https://posipedia.com.co/wp-content/uploads/2019/08/bateria-instrumento-evaluacion-factores-riesgo-psicosocial.pdf>
16. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki de la AMM - Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos [Internet]. 2013 [citado 5 sep 2021]. Disponible en: <https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
17. Ministerio de Salud. Resolución 8430 de 1993 [Internet]. Colombia, 1993 [citado 5 sep 2021]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>
18. Acosta-Fernández M, Aguilera-Velasco M, Pozos-Radillo B, Parra-Osorio L. Factores psicosociales en residentes sub-especialistas de neonatología. Análisis de contenido desde el modelo demanda-control-apoyo social. *Investigación educ. médica* [Internet]. 2020 [citado 5 sep 2021]; 9(36): 17-29. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-50572020000400017&lng=es
19. Rubí P, De la Barra L, Schaefer H. Importancia de la interacción social en la retroalimentación, según residentes de Psiquiatría. *Rev. méd. Chile* [Internet]. 2016 [citado 5 sep 2021]; 144(6): 751-756. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872016000600009&lng=en
20. Garzón A, Peña M, Rodríguez M, Rojas YI, Salazar C, Trujillo C, Vásquez L. Criterios de Excelencia en la Formación de Especialistas en Medicina Familiar: Definición de la Atención Integral. *Arch Med Fam* [Internet]. 2015 [citado 5 sep 2021]; 17(3): 27-31. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=72119>

21. Restrepo JA, Domínguez LC, García-Diéguez M. Clima de aprendizaje y enganche al trabajo del residente clínico: relación con la autodeterminación humana. *Biomédica* [Internet]. 2022 [citado 26 feb 2022]; 42(1): 24. Disponible en: <https://revistabiomedica.org/index.php/biomedica/article/view/6158>
22. Miranda MBH, Vázquez GV, Aguirre JG, Orozco CBR, Moreno JLV, Tamay EG. Professional burnout syndrome and workplace violence harassment in medical residents at a third level care unit in the state of Mexico. *Aten fam* [Internet]. 2022 [citado 26 feb 2022]; 29(1): 30–35. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumenI.cgi?IDARTICULO=103283>
23. Carrau D, Janis JE. Physician burnout: Solutions for individuals and organizations: Solutions for individuals and organizations. *Plast Reconstr Surg Glob Open* [Internet]. 2021 [citado 26 feb 2022]; 9(2): 7. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1097/gox.00000000000003418>
24. Ziegelstein RC. Creating structured opportunities for social engagement to promote well-being and avoid burnout in medical students and residents. *Acad Med* [Internet]. 2018 [citado 26 feb 2022]; 93(4): 537–539. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29280756/>