



Investigación en Educación Médica

ISSN: 2007-865X

revistainvestedu@gmail.com

Universidad Nacional Autónoma de

México

México

Acosta-Fernández, Martín; Aguilera-Velasco, María de los Ángeles; Pozos-Radillo, Blanca Elizabeth; Torres-López, Teresa Margarita; Parra Osorio, Liliana
Vivencias y experiencias de médicos residentes mexicanos durante su primer año de formación académica
Investigación en Educación Médica, vol. 6, núm. 23, julio-septiembre, 2017, pp. 169-179
Universidad Nacional Autónoma de México
Distrito Federal, México

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=349752774005>

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

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto



Investigación en
Educación Médica

<http://riem.facmed.unam.mx>



ARTÍCULO ORIGINAL

Vivencias y experiencias de médicos residentes mexicanos durante su primer año de formación académica

Martín Acosta-Fernández^{a,*}, María de los Ángeles Aguilera-Velasco^a,
Blanca Elizabeth Pozos-Radillo^b, Teresa Margarita Torres-López^a y Liliana Parra Osorio^c

^a Instituto de Investigación en Seguridad y Salud en el Trabajo, Universidad de Guadalajara, Guadalajara, Jalisco, México

^b Centro de Investigación en Sistemas de Información y Gestión en Salud, Universidad de Guadalajara, Guadalajara, Jalisco, México

^c Universidad Libre, Bogotá, Colombia

Recibido el 3 de julio de 2016; aceptado el 30 de septiembre de 2016

Disponible en Internet el 8 de noviembre de 2016

PALABRAS CLAVE

Fenomenología;
Formación
académica;
Médicos residentes;
Bienestar;
Salud

Resumen

Introducción: La investigación sobre la formación académica de médicos residentes en México ha crecido de manera progresiva. Sin embargo, existen muy pocos estudios de corte cualitativo sobre las vivencias y experiencias de los futuros médicos especialistas. Y es durante el primer año de formación académica donde se pueden presentar una variedad de situaciones que retan la capacidad de adaptación de los estudiantes.

Objetivo: Conocer, describir e interpretar las vivencias y experiencias de médicos residentes durante su primer año de formación y la influencia en su bienestar y su salud.

Método: Estudio fenomenológico en el que se realizaron 18 entrevistas en profundidad a 13 médicos residentes de primer año. La recolección de datos se finalizó al obtener la saturación. Se utilizó el programa Atlas.ti® para el análisis cualitativo de datos.

Resultados: La formación de los médicos residentes se caracterizó por sobrecarga de trabajo, ausencia de control y ambigüedad en los roles a desempeñar, falta de apoyo y escasez de recursos. Relaciones impositivas, amenazantes, humillantes y de poder con sus superiores jerárquicos. Desacreditación por parte de médicos de base, afectaciones a la vida personal, estrés y agotamiento físico y mental.

Conclusiones: El impacto que puede tener la formación académica en la salud de los médicos residentes se manifestó de manera distinta si se tiene que emigrar a otra ciudad. Es deseable

* Autor para correspondencia. Puerta 1, Edificio M, planta baja, cubículo 11. Sierra Mojada 950. Col. Independencia, C.P. 44340. Guadalajara, Jalisco. Tel.: +33 10585200 extensión 34167.

Correo electrónico: fmartin63@gmail.com (M. Acosta-Fernández).

La revisión por pares es responsabilidad de la Universidad Nacional Autónoma de México.



CrossMark

que se les ofrezca apoyo o acompañamiento psicológico durante su formación y que se priorice su condición como personas merecedoras de apoyo y respeto.

© 2016 Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Medicina. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

KEYWORDS

Phenomenology;
Academic training;
Resident physicians;
Welfare;
Health

Experiences of Mexican resident physicians during their first year of education

Abstract

Introduction: Research into the academic training of resident physicians in Mexico has steadily grown. However, there are very few qualitative studies on the experiences of future medical specialists, particularly during the first year of academic training when there are a variety of situations that challenge the adaptability of students.

Objective: To determine, describe and interpret the experiences of medical residents during their first year of training and the influence on their welfare and health.

Method: Phenomenological study that included 18 depth interviews was conducted on 13 medical residents. Data collection was completed to obtain saturation. The Atlas.ti® program for qualitative data analysis was used.

Results: Training of medical residents was characterised by work overload, absence of control, and ambiguity in roles to play, lack of support, and scarcity of resources. There were also, imposing, threatening, humiliating, and power relationships with their superiors, as well as discrediting by general practitioners, damage to personal life, stress, and burnout.

Conclusions: The impact that academic training can have on the health of medical residents was manifested differently if one has to move to another city. They need to be offered psychological support during their training and treated as persons deserving support and respect.

© 2016 Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Medicina. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

Las vivencias y experiencias de un médico residente en formación involucran su biografía, espacio y tiempo. Para Dilthey, las vivencias son caracterizaciones individuales de lo real¹; para Gadamer, «lo aprendido y vivido por el individuo y por el grupo forman parte del sentido común»¹; Husserl define las experiencias como nuestra manera de actuar, conocer y explicarnos el mundo de la vida¹. Es decir, las vivencias son elaboraciones individuales a través de las cuales nos explicamos lo que sentimos, y las experiencias son nuestra representación de lo que sucede fuera de nosotros y son la base de la comprensión de los otros y del mundo.

La sociología comprensiva plantea que todos los seres humanos somos influenciados por las creaciones de nuestros antepasados, relaciones intersubjetivas que establecemos en el presente con nuestros contemporáneos y por la manera como mediaremos las creaciones y relaciones de nuestros sucesores². A ese proceso, Schütz y Luckmann lo denominan «acervo de conocimientos»³ y funciona como referente que nos permite ordenar, clasificar e interpretar el mundo de lo cotidiano a partir de esquemas lógicos de tipificación⁴.

Schütz⁴ explica que lo que ocurre en mundo de la realidad social solo es posible gracias al encuentro cara a cara entre al menos dos personas y a la construcción de

una relación-nosotros. Durante la situación cara a cara se comparte un mismo espacio y un tiempo y la comprensión del significado de las vivencias y experiencias del otro están a nuestro alcance través de la función significativa del lenguaje y la reciprocidad en la función lingüística con nuestros interlocutores. La relación-nosotros se crea gracias a la orientación-tú. La relación-nosotros es básica en el mundo de la vida cotidiana y es el reconocimiento consciente de la presencia del otro y de la propia; en ella confluyen dos orientaciones-tú en un mismo espacio y tiempo. Schütz⁴ la denomina comunidad espaciotemporal y es el escenario de las relaciones cara a cara y posibilita la comprensión intersubjetiva de las vivencias y experiencias propias y de otros.

Las relaciones cara a cara y las relaciones-nosotros que establecen los residentes al estudiar una especialidad no solo implican coincidir en espacio y tiempo y realizar con sus contemporáneos (directivos, jefes, profesores, personal médico, pares e internos) actividades académicas, asistenciales y de investigación.

El proceso educativo de médicos residentes surge en un escenario social (sede de adscripción, institución educativa, ciudad) en el que convergen determinaciones del pasado (biografías, cultura médica, normativas, planes, programas, etc.) y esquemas lógicos de tipificación (ser y actuar como directivo, jefe, médico de base, profesor, enfermera, médico residente, interno, formas de actuar, dirigir

y sancionar, etc.) a los cuáles el residente de primer año deberá ceñirse y conseguir un nivel óptimo de desempeño (jornadas de trabajo operativo y relaciones sociales en el trabajo).

Es decir, un residente debe re-construir su acervo de conocimientos y ajustarlo a un nuevo contexto y cultura que se caracteriza, en la mayoría de los casos, por el control y dominio, imposición de jerarquías, subordinación, comunicación directa solo con su superior inmediato, aceptación y disponibilidad para realizar cualquier tipo de tarea a cualquier hora, comer y descansar cuando pueda y aprender a callar. Solo así pudiera ser reconocido por los otros y por sí mismo como médico residente.

En México los residentes son expuestos, al menos, a condiciones legales y normativas no siempre claras. Primera, con base en la Ley Federal del Trabajo⁵ son trabajadores, pues tienen una relación de trabajo con la institución donde desarrollan su residencia^a y, para la Norma Oficial Mexicana⁶, están inscritos y reciben educación de posgrado avalados por una universidad y obligados a cumplir un programa académico y un programa operativo^b.

Segunda, en las sedes de adscripción los residentes son predominantemente tipificados por sus contemporáneos como trabajadores y, marginalmente, como estudiantes.

De tal forma, los residentes deben desempeñar el rol de trabajador-estudiante, al que se suman tareas de investigación, en hospitales no siempre aptos para el estudio y la práctica médica, con jornadas acumuladas de 80 horas semanales o, en especialidades quirúrgicas, con disponibilidad total 24 horas los 7 días de la semana y, por lo general, al menos durante su primer año de formación, realizarán actividades que no forman parte de su competencia y responsabilidad.

Así pues, el médico residente enfrenta un mundo cotidiano y una cultura que se distinguen por la dominación y el uso irrestricto de las jerarquías, que si bien no le son desconocidos, pues lo vivió y experimentó en su formación como médico general⁷, sí representan un nuevo reto de adaptación. Pues ya es un médico titulado (esquema lógico de tipificación) y llega a un hospital (escenario) donde se encontrará con «otros» quienes le apoyarán o le pondrán a prueba de manera constante.

Existen estudios relacionados con la salud de los residentes y el uso del poder, aunque generalmente no vinculan el proceso de la formación médica. Los temas comu-

nes son estudios sobre estrés⁸, síndrome del *burnout*, depresión y conductas adictivas. Para el uso del poder, despiutan los temas del currículum oculto⁹, maltrato^{10,11} y jerarquía médica como elemento de sumisión y control¹². Los estudios de corte cualitativo son realmente escasos.

Se realizó un estudio cualitativo enmarcado en la sociología comprensiva con el objetivo conocer, describir e interpretar las vivencias y experiencias de 13 médicos residentes durante su primer año, cómo sobrelevaron el acontecer cotidiano impuesto por el trabajo operativo y académico y cómo influyó en su bienestar y su salud. Los cuestionamientos realizados a los entrevistados fueron: ¿cómo es un día habitual de trabajo? ¿Qué piensas del tipo y calidad de relación con tus superiores y compañeros? ¿Has tenido alguna afectación en tu bienestar o tu salud?

Método

Se analizaron bajo el método fenomenológico las vivencias y experiencias de 13 residentes (5 mujeres y 8 hombres) durante su primer año de formación. La selección de participantes se realizó por muestreo bola de nieve¹³. Se inició con 4 sujetos, y a cada uno se le solicitó nos refiriera a otro u otros residentes; la única condición solicitada fue haber iniciado en 2015 una especialidad médica. Todos los participantes estaban adscritos a instituciones públicas. Se conformaron dos grupos: a) locales y b) foráneos, y se distinguió entre grupos y sedes (ver tabla 1).

Se diseñó un árbol de categorías (anexo 1) en el que se agruparon las vivencias y experiencias con respecto a 3 temáticas: a) jornada de trabajo; b) relaciones de trabajo, y c) bienestar y salud.

Se contactó vía telefónica a los residentes para acordar el sitio y la hora de encuentro. El propósito inicial fue realizar dos entrevistas a cada participante y completar un total de 26. Solo se consiguió cumplir ese criterio con 5; se lograron 18 entrevistas con una duración promedio de 60 min. Los datos fueron registrados en una audiograbadora, previa autorización de los entrevistados, y transcritos textualmente.

El análisis de datos se realizó mediante el programa Atlas.ti[®]. Se seleccionaron párrafos alusivos a vivencias y experiencias desde el inicio hasta la conclusión del primer año de formación que se correspondían con las categorías de análisis. Se eliminaron descripciones que no atendían a los propósitos de la entrevista, se crearon códigos y se agruparon en categorías y subcategorías. Posteriormente se analizaron e interpretaron. Se realizó triangulación por contrastación teórica¹⁴ y por investigadores. Los hallazgos fueron compartidos con 5 participantes disponibles en el momento, con el propósito de que expresaran si estos se correspondían con sus vivencias y experiencias.

Se atendió a los criterios de credibilidad, auditabilidad y transferibilidad propuestos por Lincoln y Guba¹⁵ y Guba y Lincoln¹⁶.

^a Artículo 353-A, inciso I: «Médico residente: el profesional de la medicina con título legalmente expedido y registrado ante las autoridades competentes, que ingrese a una unidad médica receptora de residentes, para cumplir con una residencia», p. 76. Artículo 353-F: «La relación de trabajo será por tiempo indeterminado, no menor de un año ni mayor al periodo de duración de la residencia necesaria para obtener el Certificado de Especialización correspondiente, tomándose en cuenta a este último respecto las causas de rescisión señaladas en el artículo 353-G», p. 77.

^b Médico residente: «profesional de la medicina que ingresa a una unidad médica receptora de residentes para realizar una residencia médica a tiempo completo», p. 61.

Tabla 1 Características sociodemográficas de la muestra total de participantes según, grupo, sede de adscripción y especialidad

Grupo	Nº	Género	Edad	Estado civil	Sede / (número subsede)	Especialidad
Locales	1	Mujer	24	Soltera	Guadalajara (1)	Pediatria
	2	Mujer	31	Unión libre	Guadalajara (1)	Pediatria
	3	Hombre	24	Soltero	Guadalajara (2)	Traumatología y Ortopedia
	4	Mujer	25	Soltera	Guadalajara (3)	Pediatria
	5	Hombre	25	Casado	Guadalajara (3)	Traumatología y Ortopedia
Foráneos	6	Mujer	24	Soltera	León (4)	Medicina Interna
	7	Mujer	25	Soltera	León (4)	Medicina Interna
	8	Hombre	27	Soltero	León (4)	Pediatria
	9	Hombre	27	Soltero	León (4)	Cirugía General
	10	Hombre	26	Soltero	León (4)	Medicina Interna
	11	Hombre	27	Soltero	León (4)	Medicina Interna
	12	Hombre	24	Soltero	León/Aguascalientes(5)	Cirugía General
	13	Hombre	25	Soltero	Puebla (6)	Traumatología y Ortopedia

Consideraciones éticas

Se presentaron carta de consentimiento, objetivos del estudio, confidencialidad de datos, tipo de colaboración, ausencia de riesgo y, de decidirlo, la libertad para retirarse del estudio. El proyecto de investigación fue registrado y aprobado por la Coordinación de Investigación del Centro Universitario de Ciencias de la Salud de la Universidad de Guadalajara con folio CI/076/015.

Resultados

En las [tablas 2-4](#) se presentan categorías, códigos y viñetas con descripciones de vivencias y experiencias. Simbología: GL: grupo local; GF: grupo foráneo; A: comentarios que afirmaron lo expresado en códigos; N: comentarios que negaron lo expresado en códigos; SC: sin comentario con respecto al código; TC: total comentarios y [Sede(# Subsede)]. Se destacó en negritas sede y número de subsede cuando el código respectivo representó un consenso mayoritario o unánime.

Discusión

Se realizó la interpretación de vivencias y experiencias con las cuales los residentes caracterizaron la vida cotidiana durante su primer año de formación. Se respondió a las preguntas de investigación a la luz de la sociología comprensiva²⁻⁴.

1.1. a) Jornada de trabajo

La jornada de trabajo, la realización de guardias ordinarias o extraordinarias, el desarrollo del trabajo asistencial y la disponibilidad de recursos permitió a los residentes dirigir su orientación-tú a la orientación-éllos de otros que, como él, buscaron encontrar sentido y significado a sus acciones. Sin embargo, las vivencias y experiencias se caracterizaron más por representar los obstáculos que enfrentaban al ser sobrecargados de trabajo, carecer de capacidad de control sobre el proceso de trabajo, falta de apoyo de sus superiores, ausencia de retroalimentación y disponibilidad exigua de recursos.

Lo anterior se expresó de diversas maneras; por ejemplo, la posición que ocupan los residentes es de las de menor

rango, y la posibilidad de tener control sobre la cantidad de trabajo, tiempo para ejecutarlo y recursos para realizarlo queda absolutamente fuera de su alcance. Ello nos hizo suponer que, a pesar de coexistir con otros actores sociales, al menos durante el primer año de formación las vivencias y experiencias de los residentes apuntan más a una discontinuidad y desorden¹⁷.

Por otra parte, ya se mencionó que los residentes tienen al menos dos roles, como estudiantes y como trabajadores. Sin embargo, durante su jornada laboral también asumieron roles y funciones de enfermería, trabajo social, archivo y gestión. En palabras de Schütz, ello contribuye a vivencias y experiencias de distanciamiento entre «ellos» (directores, jefes, profesores, médicos de base y personal de enfermería) y «nosotros» (residentes), y a la fractura en la construcción de la alteridad deseable en el personal de una institución que pretende preservar la vida y fomentar la salud.

En lo que respecta a grupos y sedes, se mostró consistencia en la categoría desarrollo del trabajo asistencial. En ambos grupos y sedes/subsedes respectivas se presentó por igual sobrecarga de trabajo, ausencia de control, falta de apoyo y retroalimentación. La sobrecarga se pudiera deber a que internos y residentes son el principal recurso humano disponible en clínicas y hospitales del Sistema de Salud en México. Tan solo en el Instituto Mexicano del Seguro Social representan el 37.7% de su personal¹⁸. La ausencia de control, falta de apoyo y retroalimentación pudiera ser atribuible a la ausencia o inadecuada formación en habilidades directivas, como el liderazgo, tanto de directores, subdirectores, jefes de servicio, médicos de base y los propios residentes¹⁹.

1.2. b) Relaciones sociales en el trabajo

Las vivencias y experiencias descritas por los entrevistados reflejaron una orientación-éllos de sus directores, subdirectores, jefes de servicio, médicos de base y personal de enfermería, versus orientación-nosotros entre residentes. La orientación-éllos se proyecta en el anonimato y no reconoce orientaciones-tú, a pesar de que se pudiera establecer una relación cara a cara y se coexista en espacio y tiempo, mientras que la orientación-tú busca establecer

Tabla 2 Categorías, códigos y viñetas para la dimensión "jornada de trabajo"

Categorías	Códigos	Viñetas
Guardias	Ordinarias GL: A5, N0, SC0, TC5 GF: A8, N0, SC0, TC8 Extraordinarias GL: A2, N0, SC3, TC2 GF: A7, N0, SC1, TC7 [S4 y 5] Sobrecarga de trabajo GL: A4, N0, SC1, TC4 GF: A7, N0, SC1, TC7 [S1 y 3] [S4] Ausencia de control del proceso de trabajo GL: A5, N0, SC0, TC5 GF: A7, N0, SC1, TC7 [S4 y 5]	“Las guardias son jornadas demasiado largas, incluso no es normal que una persona dure más de 24 horas despierta. Somos un riesgo para nosotros y para los pacientes.” (E2) “Más de un tercio de la duración de la residencia la pasas en guardias”. (E3) “Aunque tenemos un horario establecido, sobrepasábamos el límite y trabajamos alrededor de 36 horas no tanto en tareas académicas sino en cosas relacionadas con pacientes”. (E11) “En el [nombra a la institución] las pre-guardias no están permitidas y las pos-guardias tampoco.” (E1) “En cirugía de lunes a viernes tenemos que cubrir los turnos matutino y vespertino. Entramos a las seis de la mañana y salimos a las diez de la noche. Es como una guardia extra todos los días”. (E13)
Desarrollo del trabajo asistencial	Falta de apoyo GL: A4, N0, SC1, TC4 GF: A7, N0, SC1, TC7 [S1 y 3] [S4 y 5] Retroalimentación GL: A0, N4, SC1, TC4 GF: A1, N6, SC1, TC7 [S1 y 3] [S4]	“Y nos pone a nosotros hacer ese trabajo aunque sean expedientes del año pasado que no nos corresponden.” (E2) “Nos exige que tengamos que conocer a los 80 pacientes al 100%; dos residentes y tres o cuatro internos nuevos y la verdad es que por más que uno quiera no se puede.” (E6) “No se puede estar viendo si se administró un medicamento, si se lo dieron bien, si subieron la dosis, si la bajaron, si pusieron que tenía fiebre. Son cosas que no nos corresponden. Son de enfermería y cada quien debería estar haciendo su trabajo”. (E6) “El punto es que nos exige como si nosotros fuéramos los que tenemos la batuta y la verdad es que hay muchos vicios entre los médicos de base.” (E9) “Reporté a mi jefa un fallecimiento, pidió el expediente y me empezó cuestionar por qué habíamos puesto ese diagnóstico de ingreso. Pero son cosas que yo no pongo, yo solamente sigo las instrucciones del médico de base; a él no mandó llamar.” (E1) “Un paciente con paro respiratorio, no había médico de base y le pedí al familiar apoyo para sostener una mascarilla. Subió la jefa de enfermeras y no hizo nada por ayudarnos. (E7) “Pocas veces hay alguien quien te de una palmada o te diga: bien hecho”. (E5) “Muy pocas veces son resaltadas en las cosas positivas, pero siempre son resaltadas las negativas, ¡siempre!” (E10)

Tabla 2 (continuación)

Categorías	Códigos	Viñetas
Recursos	Instalaciones adecuadas GL: A0, N4, SC1, TC4 GF: A1, N6, SC1, TC7 [S1 y 3] [S4]	“Debemos tener un cuarto para descansar, uno para hombres y otro para mujeres. Ahí en el hospital sólo hay un cuarto con seis camas para 35 residentes y con un baño.” (E6) “Hemos tomado clases en la biblioteca sentados frente a una computadora en una pantalla de 14 pulgadas y platicando bajito porque estamos en la biblioteca”. (E8)
	Falta material de curación GL: A0, N4, SC1, TC4 GF: A6, N1, SC1, TC8 [S4]	“Si el médico de base te dice que tienes que hacer una curación, tú tienes que hacer la curación. Pides gasas y no hay nada, pero tienes que resolver y a ver cómo le haces.” (E10)
	Falta medicamentos GL: A0, N3, SC2, TC5 GF: A6, N0, SC2, TC6 [S4]	¡Ah, faltan muchísimos! Todo el tiempo estamos padeciendo eso.” (E4) “Debemos trabajar con lo que se tiene, y sabes que eso va a repercutir en el trato al paciente”. (E6)
	Falta artículos de oficina GL: A0, N3, SC2, TC3 GF: A4, N0, SC4, TC4	“No hay hojas y nosotros pagamos el cartucho de tinta para imprimir el censo.” (E8)
	Falta de personal GL: A1, N3, SC1, TC4 GF: A4, N1, SC3, TC5	“Hablando específicamente de ese hospital, sin residentes e internos yo no sé cómo funcionaría. Porque a partir de las cuatro de la tarde no hay nadie. No hay médicos de base.” (E9)

GL: Grupo local, GF: Grupo foráneo, A: Afirmación, N: Negación, SC: Sin comentario, TC: Total comentarios, [S(# Subsede)].

Tabla 3 Categorías, códigos y viñetas para la dimensión "Relaciones sociales en el trabajo"

Categorías	Códigos	Viñetas
Relación con directores, subdirectores o jefes de servicio	<p>Impositivas GL: A5, N0, SC0, TC5 GF: A8, N0, SC0, TC8</p> <p>Ambiguas GL: A3, N0, SC2, TC3 GF: A7, N0, SC1, TC7 [S4 y 6]</p> <p>Amenazantes GL: A4, N0, SC1, TC4 GF: A7, N0, SC1, TC7 [S1 y 2] [S4 y 6]</p> <p>Humillantes GL: A4, N0, SC1, TC4 GF: A7, N0, SC1, TC7 [S1 y 2] [S4 y 5]</p> <p>Poder GL: A5, N0, SC0, TC5 GF: A8, N0, SC1, TC7</p>	<p>“Desde el primer día que nos presentamos nos dijo: ‘yo soy muy cuadrada, soy muy dura hablo muy fuerte, así me crié. Así es que si en alguna ocasión ustedes no están de acuerdo conmigo, me pueden decir pero, no sé si les haga caso, aunque tengan razón’” (E1)</p> <p>“Acá lo que dice la jefa se tiene que hacer, aunque el médico de base considere que no esté bien” (E2)</p> <p>“No nos dice cómo hacer las cosas. Simplemente te las pide y tú las haces como tú lo entiendas. Se lo llevas y al final de cuentas no está bien y te pide que le hagas modificaciones a todo”. (E1)</p> <p>“Nunca nos dice cómo hacer las cosas. No nos dice tiene que llevar esto o lo otro y siempre resultan detalles.” (E8)</p> <p>“Cuando se enoja nos dice: ‘¡Está muy mal el servicio!’ Que somos muy malos que si seguimos así, nos va cambiar a guardias ABC!” (E1)</p> <p>“El primer día nos recibió el jefe de enseñanza y nos empezó a amenazar que si no cumplíamos con el reglamento nos iba a correr”. (E6)</p> <p>“El jefe de servicio me llegó a romper notas enfrente de todos. Y esa es una situación humillante.” (E10)</p> <p>“El primer día les dijo a unos residentes: ‘la verdad es que tú no tendrías que estar aquí, o deberías estar buscando hacer otra cosa, o eres lo peor que he visto.’” (E6)</p> <p>“Nos dijo: ¡ustedes, limpien! Entonces nos pusimos a recoger la basura y a mover las máquinas de escribir que había en la mesa. Nos señaló con el dedo y dijo: ‘ustedes son los nuevos y deben entender cuál es su lugar como nuevos.’” (E7)</p> <p>“¡Ahora los residentes ya no hacen nada, son unos flojos! Cuando yo hacía guardias en la madrugada no me quejaba, ¡al rato van a querer hacer las guardias por internet!” (E1)</p> <p>“El médico de base de trauma nos dice que sólo servimos para hacer notas”. (E4)</p> <p>“Una vez le comenté al cirujano que en mi opinión había que operar a un paciente y me dijo: ‘¿Tú quién te crees, no eres cirujano. Yo sí soy cirujano y yo sí sé!’ Al fin de cuentas el paciente si fue operado. (E12)</p> <p>“Muchas veces los médicos de base ya ni siquiera hacen nada para realizar maniobras de reanimación. Simplemente se salen y no dan ningún argumento a los familiares. Nos lo dejan a nosotros.” (E8)</p> <p>“Le pedí a una enfermera que sacara una muestra y volteó despóticamente y me dice: ‘no se confunda doctor, yo no saco muestras! Cuando eso es su trabajo.’” (E10)</p>
Relación con médicos de base y personal de enfermería	<p>Desacreditación GL: A5, N0, SC0, TC5 GF: A7, N0, SC1, TC7 [S4 y 5]</p> <p>Transferencia de responsabilidad a los médicos residentes GL: A2, N2, SC1, TC4 GF: A5, N1, SC2, TC6 [S4]</p>	<p>“¡Ahora los residentes ya no hacen nada, son unos flojos! Cuando yo hacía guardias en la madrugada no me quejaba, ¡al rato van a querer hacer las guardias por internet!” (E1)</p> <p>“El médico de base de trauma nos dice que sólo servimos para hacer notas”. (E4)</p> <p>“Una vez le comenté al cirujano que en mi opinión había que operar a un paciente y me dijo: ‘¿Tú quién te crees, no eres cirujano. Yo sí soy cirujano y yo sí sé!’ Al fin de cuentas el paciente si fue operado. (E12)</p> <p>“Muchas veces los médicos de base ya ni siquiera hacen nada para realizar maniobras de reanimación. Simplemente se salen y no dan ningún argumento a los familiares. Nos lo dejan a nosotros.” (E8)</p> <p>“Le pedí a una enfermera que sacara una muestra y volteó despóticamente y me dice: ‘no se confunda doctor, yo no saco muestras! Cuando eso es su trabajo.’” (E10)</p>

Tabla 3 (continuación)

Categorías	Códigos	Viñetas
	Armónicas con los médicos jóvenes GL: A2, N0, SC3, TC2 GF: A1, N1, SC6, TC2 Conflictivas con médicos viejos GL: A2, N0, SC3, TC2 GF: A4, N1, SC3, TC5	“Nada más hay un cirujano, es joven, que baja y los revisa y nos dice: “no se los debieron de haber pasado a ustedes; lo voy a pasar a quirófano. Es de los pocos médicos que van a ver pacientes a piso. Porque incluso los otros no van ni siquiera a ver a sus propios pacientes.” (E2) “Hay conflicto con los médicos de base que son de generaciones más viejas, que son ya más grandes de edad, que no se actualizan y tienen sus prácticas de antaño. (E10)
Relación entre médicos residentes	Como una familia GL: A0, N0, SC5, TC0 GF: A6, N1, SC1, TC7 [S4] Amenazantes GL: A2, N0, SC3, TC2 GF: A1, N0, SC7, TC1	“Pero entre todos empezamos a conocernos y pues se formó hasta cierto punto como una familia y nos apoyábamos.” (E6) “Todo el tiempo fue amenaza de todo. Si no contestaba el teléfono a la primera llamada o el WhatsApp, aunque tuviera las manos con guantes estériles les tenía que contestar en ese momento”. (E5)

GL: Grupo local, GF: Grupo foráneo, A: Afirmación, N: Negación, SC: Sin comentario, TC: Total comentarios, [S(# Subsede)].

una relación-nosotros que reconozca al otro como un igual y con el que se pueda interactuar subjetivamente, conocer sus motivos-para y sus motivos-porque.

De tal forma, el entorno que se conformó entre directores, subdirectores y jefes de servicio se caracterizó por el poder e imposición de la jerarquía, no solo ante el surgimiento de algún incidente crítico²⁰, sino que persistió en las actividades tanto académicas como asistenciales.

Coincidimos con Bynum y Lindeman²¹, quienes caracterizaron al entorno de aprendizaje en la formación médica como tendente a la promoción de comportamientos incívicos, y la permisividad para el trato irrespetuoso y el maltrato se asumieron como normales. Asimismo coincidimos con Castro²², que refiere el castigo como herramienta para la transmisión del conocimiento. Sin embargo, también es necesario mencionar un efecto de «cohesión reactiva» entre residentes del GF/S(4), quienes ante el maltrato decidieron, a pesar de las diferencias y conflictos interpersonales, protegerse entre ellos y crearon un sistema de comunicación mediante la aplicación WhatsApp[®] y posteriormente redactaron, firmaron y enviaron una carta de inconformidad solo a las autoridades de la institución de salud en la Ciudad de México.

En esta dimensión se observó consenso entre grupos, sedes y subsedes, ya que las vivencias y experiencias relatadas nos hicieron suponer que, al menos en esos escenarios, predominarían relaciones sociales impositivas, ambiguas, amenazantes, humillantes y de poder.

1.3. c) Bienestar y salud

Al respecto, Hurst et al.²³ describen una serie de altibajos durante la formación de residentes; coincidimos con que al

inicio del año prevalece la ansiedad y la excitabilidad, pero en nuestro estudio las vivencias y experiencias relacionadas con la fatiga comenzaron alrededor del primer trimestre y estuvieron relacionadas con la sobrecarga de trabajo, la falta de apoyo de los médicos de base, la imposibilidad de descanso, la mala alimentación y las deudas de sueño.

El proceso de desgaste físico y mental tuvo impacto en sus relaciones sociales, una vez que la exigencia y la sobrecarga de trabajo no les permitieron tener tiempo disponible para ello²⁴. Asimismo, impidieron dedicar tiempo para el autocuidado de su salud. Es decir: el médico residente, por falta de tiempo y energía, no cuida de su salud²⁵, condición que contradice lo expresado en el Código de Bioética para el Personal de Salud²⁶, donde se sugiere que médicos y demás personal de salud deberán tener a cargo solo la cantidad de pacientes que les sea posible atender sin comprometer su salud.

Se encontraron diferencias entre grupos, específicamente en la categoría implicaciones en la vida personal. Todos los miembros del GF experimentaron distanciamiento en la convivencia familiar, disminución del contacto, y 5 de ellos sufrieron rupturas en relaciones de noviazgo.

Limitaciones

El número de participantes y de entrevistas y el no incluir puntos de vista de profesores y directivos. Solo se tuvo acceso a información correspondiente a 3 sedes y 6 hospitales pertenecientes a 2 instituciones de salud y 3 universidades, lo que no es representativo del fenómeno a nivel nacional. Sin embargo, consideramos que fue un acercamiento que permitió conocer las vivencias y experiencias

Tabla 4 Categorías, códigos y viñetas para la dimensión "Bienestar y salud"

Categorías	Códigos	Viñetas
Implicaciones en la vida personal	<p>Distanciamiento en la convivencia familiar GL: A3, N2, SC0, TC5 GF: A8, N0, SC0, TC8</p> <p>Frecuencia contacto familiar GL: A3, N2, SC0, TC5 GF: A8, N0, SC0, TC8</p> <p>Prioridad por el estudio y el descanso GL: A4, N0, SC1, TC4 GF: A5, N0, SC3, TC5</p> <p>Limitar convivencia GL: A3, N2, SC0, TC5 GF: A5, N0, SC3, TC5</p> <p>Ruptura relaciones afectivas GL: A0, N0, SC5, TC0 GF: A5, N0, SC3, TC5 [S4]</p> <p>Horarios de alimentación GL: A4, N0, SC1, TC4 GF: A5, N0, SC3, TC5</p> <p>Cantidad horas vigilia GL: A4, N0, SC1, TC4 GF: A7, N0, SC1, TC7</p> <p>Cantidad horas dormir GL: A4, N0, SC1, TC4 GF: A7, N0, SC1, TC7</p> <p>Calidad de alimentación GL: A4, N0, SC1, TC4 GF: A5, N0, SC3, TC5</p> <p>Descanso GL: A0, N5, SC0, TC5 GF: A0, N3, SC5, TC3</p>	<p>"A la familia, igual sabía que la iba a dejar ver. Sabía que iba a vivir sólo para el hospital y para la especialidad." (E9)</p> <p>"El pasar más tiempo en el hospital es algo que te va quitando o te va alejando de tu familia". (E11)</p> <p>"Son viajes cansados y pesados. Mantengo contacto con la familia por teléfono o videollamadas". (E11)</p> <p>"Ves a la familia cada tres o cuatro semanas, depende de cómo esté tu rotación." (E13)</p> <p>"Pues he llegado a decidir no ir a visitar a mi familia porque tengo mucho que estudiar y tarea que hacer. Es muy pesado irme el sábado y regresar el domingo." (E6)</p> <p>"He preferido no visitar a mi familia y mejor quedarme a dormir." (E8)</p> <p>"Respecto a mis amistades, ya no les sigo la pista ni ellos me siguen la pista, por motivos obvios" (E9)</p> <p>"Mi noviazgo, poco a poco se fue deteriorando al punto de tener que tomar una decisión. Estas situaciones son tan complejas y complicadas, y cada quien decidió tomar su camino." (E9)</p> <p>"Pues casi nunca puedo bajar, y me espero a que se aligere el trabajo, pero de hecho yo nunca he comido en el comedor. Nunca alcanzó los horarios." (E7)</p> <p>"La pre-guardias de siete de la mañana a ocho de la noche; 13 horas. La guardia es de siete la mañana a tres de la tarde del día siguiente, en total de 32 o 33 horas y eso si sales temprano." (E5)</p> <p>"No es tan factible dormir más de tres horas". (E3)</p> <p>"Cuando tienes guardia si llegas a dormir una hora ya es mucho." (E8)</p> <p>"Haciendo notas estamos comiendo nuestro pedazo de pizza cuando bien nos va". (E3)</p> <p>"Las comidas fueron pésimas, lo que hubiera, a deshoras y chararra. Grandes cantidades de café, de refresco, poca agua." (E10)</p> <p>"Cuando estamos de guardia no puedo descansar estoy a la expectativa y más cuando estoy en urgencias." (E4)</p>
Alteraciones en la vida cotidiana		
Comportamientos de autocuidado		

Tabla 4 (continuación)

Categorías	Códigos	Viñetas
Afectaciones a la salud	Ejercicio físico GL: A0, N5, SC0, TC5 GF: A0, N2, SC6, TC2	Obviamente una vida poco saludable en cuanto a ejercicio, mala en términos generales, mala. (E11)
	Agotamiento GL: A4, N0, SC1, TC4 GF: A6, N0, SC2, TC6	“Estoy agotada mental y físicamente Y no puede ser que haga esto, me parece inconcebible.” (E2)
	[S1 y 2] [S4 y 5]	
	Estrés GL: A5, N0, SC0, TC5 GF: A6, N0, SC2, TC6	“Muchas veces he querido hasta tirarme en el suelo porque he estado muy estresada, los pies me palpitaban, me gustaría dormir.” (E7)
	Ansiedad GL: A1, N0, SC4, TC1 GF: A3, N0, SC5, TC3	“Es un cansancio horrible muchas veces me he sentido muy ansiosa, tanto, que quiero salir corriendo.” (E7)
	Depresión GL: A2, N0, SC3, TC2 GF: A3, N0, SC5, TC3	“Tuve una crisis de ansiedad sentí que sacrificaba muchas cosas por estudiar la residencia”. (E11) “Me he sentido deprimido las cuestiones que se han venido desde que estoy haciendo mi residencia.” (E9)
	Malestares gastrointestinales GL: A1, N0, SC4, TC1 GF: A2, N0, SC6, TC2	“El día de mi cumpleaños me sentí muy deprimido; solo y lejos de mi familia”. (E12) “Me da mucha gastritis.” (E4) “El no comer a mis horas y lo que encuentre me ha provocado inflamación gastrointestinal”. (E13)

GL: Grupo local, GF: Grupo foráneo, A: Afirmación, N: Negación, SC: Sin comentario, TC: Total comentarios, [S(# Subsede)].

relacionadas a la formación académica de residentes de su propia voz.

Conclusiones

Entre nuestros hallazgos más importantes está el haber conocido las vivencias y experiencias que caracterizaron el proceso por el que transcurrieron los residentes entrevistados durante su primer año de formación. Y que la significación predominante fue el enfrentamiento cotidiano a sobrecargas de trabajo, ambigüedad en roles, escasez de recursos para el desempeño óptimo de tareas académicas y asistenciales, nula o poca disposición y apoyo por parte del personal médico, enfrentamiento cotidiano al maltrato y humillación ocasionados por sus superiores jerárquicos, ejercicio autoritario del poder, jerarquía y castigo como estrategias disciplinares y de enseñanza, y deterioro paulatino de su bienestar y su salud sin opción para el autocuidado.

Cabe mencionar que no todas las vivencias y experiencias relatadas por los médicos residentes entrevistados pueden calificarse como inadecuadas o negativas. También se obtuvieron narraciones donde se alude a vivencias y experiencias de satisfacción por el servicio y atención otorgada

a sus pacientes, la consolidación de una red de apoyo entre compañeros de generación y el crecimiento personal que les había significado el estudiar una especialidad médica.

Por otra parte, y porque lo conseguido en este estudio no puede ser concluyente, es necesario que se realicen más estudios de corte cualitativo en el que se profundice y genere más conocimiento sobre vivencias y experiencias de médicos en formación.

Es deseable un cambio en las políticas de las instituciones de salud, tanto en la planeación y operación, como en el uso eficiente y efectivo de recursos.

Que los encargados del proceso formativo de los médicos tengan realmente las competencias necesarias para no permitir más comportamientos incívicos u hostiles y que se luche por erradicar trato y prácticas indignas, como guardias de «reflexión» y los castigos «académicos», así como alentar la formulación de denuncias por parte de los médicos residentes.

Que en la implementación de los planes de estudio y programas operativos se evite la sobrecarga de trabajo; que sean más benignos con la salud de los médicos en formación. Se sugiere partir de la premisa de que los residentes, como cualquier otro ser humano, son vulnerables y tienen un límite que, de ser rebasado, pudiera poner en riesgo su salud.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Financiamiento

Ninguno.

Autoría

M.A.F.: diseño de la investigación, recabación de datos, análisis de la información y redacción del manuscrito.

M.A.A.V.: diseño de la investigación, análisis de la información y redacción del manuscrito.

B.E.P.R.: análisis de la información y redacción del manuscrito.

T.M.T.L.: análisis de la información y redacción del manuscrito.

L.P.O.: revisión de la información y articulación del manuscrito.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Agradecimientos

A todos los médicos residentes que nos permitieron acompañarles durante el primer año de su formación. A los revisores por sus observaciones y sugerencias para la reconstrucción y mejoría de este artículo.

Anexo. Material adicional

Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en [doi:10.1016/j.riem.2016.09.012](https://doi.org/10.1016/j.riem.2016.09.012).

Referencias

1. De Souza Minayo MC. Los conceptos estructurantes de la investigación cualitativa. *Salud Colect.* 2010;6:251–61.
2. Schütz A. El problema de la realidad social: Escritos I. Buenos Aires: Amorrortu; 2003.
3. Schütz A, Luckman T. Las estructuras del mundo de la vida. Buenos Aires: Amorrortu; 1973.
4. Schütz A. La construcción significativa del mundo social: Introducción a la sociología comprensiva. 1.^a reimp Barcelona: Paidós; 1993.
5. Ley Federal del Trabajo, Capítulo XVI, Artículo 353, incisos A-I (12 de junio de 2015).
6. Norma Oficial Mexicana. Educación en salud. Para la organización y funcionamiento de residencias médicas. NOM-001-SSA3-2012 (4 de enero de 2013).
7. Hamui A, Varela ME, González E, Vives T, Uribe G, Morales-Castillo JD. Gestión académica de los ciclos clínicos: relaciones y tensiones entre la universidad y el hospital. *Inv Ed Med.* 2016;5:67–74.
8. Verdonk P, Räntzsch V, de Vries R, Houkes I. Show what you know and deal with stress yourself: A qualitative interview study of medical interns' perceptions of stress and gender. *BMC Med Edu.* 2014;1:13.
9. Hafferty FW, Gauberg E, O'Donnell JF. The role of the hidden curriculum in On Doctoring courses. *AMA J Ethics.* 2015;17:129–37.
10. Cook A, Vineet VM, Rasinski KA, Curlin FA, Yoon JD. The prevalence of medical student mistreatment and its association with burnout. *Acad Med.* 2014;89:749–54, <http://dx.doi.org/10.1097/ACM.0000000000000204>
11. Fried JM, Vermillion M, Parker NH, Uijtdehaage S. Eradicating medical student mistreatment: A longitudinal study of one institution's efforts. *Acad Med.* 2012;87:1191–8, <http://dx.doi.org/10.1097/ACM.0b013e3182625408>
12. Angoff NR, Duncan L, Roxas N, Hansen H. Power day: Addressing the use and abuse of power in medical training. *J Bioeth Inq.* 2016;13:203–13, <http://dx.doi.org/10.1007/s11673-016-9714-4>
13. Babbie ER. *The Basics of Social Research.* 7th ed. Boston, MA: Cengage Learning; 2016.
14. Flick U. *La gestión de la calidad en investigación cualitativa.* Madrid: Ediciones Morata; 2014.
15. Lincoln YS, Guba EG. *Naturalistic Inquiry.* Beverly Hills, CA: Sage Focus Editions; 1985.
16. Guba EG, Lincoln YS. *Effective evaluation: Improving the usefulness of evaluation results through responsive and naturalistic approaches.* 1st ed. San Francisco, CA: Jossey-Bass Publishers; 1992.
17. Giddens A. *Central problems in social theory: Action, structure, and contradiction in social analysis.* 1st ed. Berkeley: University of California Press; 1979.
18. Instituto Mexicano del Seguro Social. Memoria Estadística 2015. Capítulo VII: Formación de Personal de los Servicios de Salud, y capítulo XII: Recursos Materiales y Financieros. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/conoce-al-imss/memoria-estadistica-2015>
19. Sánchez-Mendiola M. *Liderazgo en medicina: ¿debemos enseñarlo y evaluarlo?* *Inv Ed Med.* 2015;4:99–107.
20. Hamui-Sutton A, Vives-Varela T, Gutiérrez-Barreto S, Castro-Ramírez S, Lavalle-Montalvo C, Sánchez-Mendiola M. Cultura organizacional y clima: el aprendizaje situado en las residencias médicas. *Inv Ed Med.* 2014;3:74–84.
21. Bynum WE, Lindeman B. Caught in the middle: A resident perspective on influences from the learning environment that perpetuate mistreatment. *Acad Med.* 2016;91:301–4.
22. Castro R. Génesis y práctica del habitus autoritario. *Rev Mex Sociol.* 2014;76:167–97.
23. Hurst C, Kaha D, Ruetalo M, Edwards S. A year in transition: A qualitative study examining the trajectory of first year residents' well-being. *BMC Med Edu.* 2013;13:96.
24. Bouteiller M, Cordonnier D. *Contraintes a l'origine de la souffrance des internes en médecine: analyse par entretiens semi-dirigés [dissertación].* Grenoble, Francia: Université Joseph Fourier; 2013.
25. Fortoul TI. *Lo que decimos y lo que hacemos, la incongruencia en la enseñanza de los buenos hábitos: el currículo oculto.* *Inv Ed Med.* 2013;2:119–212.
26. Código de bioética para el personal de salud. Comisión Nacional de Bioética: 2002.