



Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social

ISSN: 0443-5117

revista.medica@imss.gob.mx

Instituto Mexicano del Seguro Social
México

Cumplido-Hernández, Gustavo; Campos-Arciniega, María Faustina; Chávez-López, Arturo

Significado de las relaciones laborales-interpersonales en médicos residentes
Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, vol. 45, núm. 4, 2007, pp. 361-369

Instituto Mexicano del Seguro Social
Distrito Federal, México

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=457745528008>

- 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

Significado de las relaciones laborales-interpersonales en médicos residentes

**Gustavo
Cumplido-Hernández,¹
María Faustina
Campos-Arciniega,²
Arturo Chávez-López³**

¹Jefe de la División
de Educación en Salud,
Hospital
de Especialidades,
Centro Médico
Nacional de Occidente
²Extrabajadora
del Departamento
de Trabajo Social
³Coordinador
de Educación
e Investigación en Salud,
Unidad de Medicina
Familiar 3

Instituto Mexicano
del Seguro Social,
Guadalajara, Jalisco

Comunicación con:
Gustavo
Cumplido-Hernández.
Tel: (33) 3668 3000,
extensión 31336.
Correo electrónico:
cumplido12@hotmail.com

RESUMEN

Los cursos de especialidad médica, cuyas sedes son algunos grandes hospitales, reúnen características particulares que probablemente influyan en la forma de aprendizaje de los alumnos, quienes al mismo tiempo son empleados de la institución que los admite, cumplen largas jornadas de trabajo y están inmersos en relaciones académicas y laborales complejas. Esta investigación pretende esclarecer el significado que los futuros especialistas otorgan al entorno donde se desarrollan dichos cursos en función del aprendizaje. El análisis del discurso se llevó a cabo desde la antropología social, recurriendo a la perspectiva teórica social con foco en los contextos para explicar la realidad que los alumnos viven. La disciplina, la carga laboral, las relaciones conflictivas y la fortaleza de los lazos familiares, fueron los elementos más significativos para los médicos residentes.

SUMMARY

Medical specialty training courses have peculiar characteristics that probably influence the learning process of the residents. These training courses take place in large hospitals; the residents are subjected to a rigorous selection process, and at the same time they are affiliated employees of the institution. They work long shifts and are immersed in complex academic and occupational relationships. This study aims to ascertain the significance that these future specialists give to the environment where the training course takes place in relation with their learning process. We used the social anthropology narrative analysis method. A theoretical social perspective was used to emphasize on the context to explain the reality in which the residents live. Discipline, workload, conflictive relationships and strength of family ties were the most significant elements.

Introducción

Esta investigación tiene como propósito caracterizar cómo estudiantes de un curso de especialidad médica, resuelven desde el punto de vista de los significados su relación con el entorno, habida cuenta que la enseñanza y el aprendizaje adquieren grados de dificultad y complejidad que no tienen otros cursos universitarios o de posgrado de otras ramas no médicas. Se desarrolló en un hospital de concentración, sede de 19 cursos de especialidad médica.

Los problemas habituales de los médicos residentes expresados de manera informal tienen que ver con las relaciones que establecen con trabajadores de otras categorías, compañeros estudiantes, profesores o autoridades, que in-

fluyen en el proceso de aprendizaje. Existen documentados conflictos interpersonales que han derivado en depresión emocional, agresión física (motivo de rescisión laboral y académica) o drogadicción, que en algunos casos han terminado en suicidio.

En este panorama, donde intervienen variables de índole distinta y donde el objetivo de terminar una especialidad médica se cumple casi en 100 % de las ocasiones, cabe la siguiente pregunta: ¿para los médicos residentes qué significan todos los eventos vividos dentro de la institución, considerando que el objetivo por el que han llegado es el aprendizaje de una especialidad? Más concretamente: ¿qué significados le otorgan a las relaciones laborales o interpersonales que establecen en función de lo que aprenden?

Palabras clave

- ✓ internado y residencia
- ✓ entorno laboral
- ✓ educación médica

Key words

- ✓ internship and residency
- ✓ social environment
- ✓ medical education

Fundamentos teóricos y antecedentes científicos

Las categorías utilizadas en este estudio son el entorno académico y laboral, el acto educativo y las relaciones que los médicos residentes establecen dentro del ámbito hospitalario. El término *facilitación social*¹ se centra en las relaciones interpersonales y laborales, y en esencia indica diferenciación de la conducta de las personas, misma que cambia conforme a la pertenencia o no a un grupo, a la manera cómo se percibe esa pertenencia y al grado de adhesión que se logra. Esta pertenencia despierta en el alumno dos tipos de sentimientos: por un lado, la competencia y la motivación; por otro, la ansiedad y los estímulos distractores, de tal forma que bajo la comprensión de estos factores se puede explicar cualquier cantidad y tipo de comportamiento.²

Las relaciones humanas de cualquier tipo están afectadas por el estatus y el rol, aunque el concepto de afectación también podría entenderse a la inversa.³ Las habilidades sociales se refieren a las capacidades de los alumnos para poner en práctica las relaciones necesarias y suficientes que dentro del proceso de enseñanza y aprendizaje los lleven al logro de los objetivos.⁴ El aprendizaje ha sido considerado como el pensamiento dinámico que construye conocimiento sobre la base de estructuras cognitivas previas no definitivas sino cambiantes, afectadas por aspectos de madurez biológica y de integración social.⁵ Esto nos ubica en una perspectiva teórica constructivista.⁶

Con base en la anterior explicación, la elaboración del conocimiento pasaría por otros mecanismos: metacognición, estrategias de aprendizaje o habilidades del pensamiento crítico.⁷⁻⁹ Así, aprender es un proceso de pensamiento complejo que analiza, sintetiza, evalúa y decide.

El entorno está compuesto por los aspectos sociales, económicos, familiares y personales en los que está involucrado cada alumno. Dado que por lo general los médicos residentes pertenecen según su estrato socioeconómico a la clase media mexicana, debemos atender a las tendencias nacionales en este rubro. El aspecto organizacional institucional y la respuesta individual al entorno laboral deben ser considerados elementos importantes en la per-

cepción de los médicos residentes acerca de la realidad que viven. Como efecto de las propias situaciones cotidianas, los alumnos pueden tener cuadros de depresión o indiferencia a la problemática de sus pacientes.¹⁰ Un significativo porcentaje de los médicos que laboran dentro de la institución manifiesta sentirse enfermo, lo que se traduce en escaso rendimiento por síndrome de agotamiento.¹¹

En un contexto hospitalario más amplio, los médicos especialistas han referido como factores de riesgo psicosocial dentro de la organización, la sobrecarga de trabajo, la falta de personal, la disminución de recursos y el poco aprecio por las relaciones interpersonales.¹² Desde la perspectiva antropológica, otro estudio de investigación¹³ aborda el problema y concluye que la jerarquización laboral, la exposición a sustancias tóxicas y la preocupación por salarios bajos, son motivos de inestabilidad emocional, sentimientos de frustración y soledad, así como de alteraciones orgánicas. Esto repercute en la productividad, en la vida y dinámica familiar, lo que contribuye a la perpetuación de conductas.¹⁴

Material y métodos

La recuperación de los significados que un conjunto de médicos residentes otorga a las relaciones que viven dentro de una institución de salud en función del logro del aprendizaje de una especialidad médica, implica que la lógica de investigación sea a partir de un método interpretativo ubicado desde la perspectiva de la semiótica, dentro de cuyos límites están las diversas formas de análisis del discurso.¹⁵ Para nuestro propósito ha sido necesario recurrir a la antropología social, específicamente a los trabajos de Ibáñez,¹⁶ más concretamente a una parte de la metodología aplicada a los grupos de discusión y a la propuesta que sobre esas bases ha hecho Jociles.¹⁷

El significado es lo que se quiere expresar mediante un acto lingüístico, tomando en cuenta los marcos referenciales tanto del emisor como del receptor. En este sentido, el significado es el lugar o sitio de algo en un sistema, por lo que el significado de una palabra se

obtiene de la relación con el entorno.^{18,19} El discurso está constituido al menos por tres dimensiones: la *referencial*, la *expresiva* y la *pragmática*. Los niveles en los que los discursos pueden ser analizados son tres:

- *Nuclear*, donde se establecen las propiedades internas del discurso.
- *Autónomo*, a partir del cual se escinde el discurso para encontrar los significados estableciendo las relaciones entre las categorías (en nuestro caso las relaciones interpersonales-laborales, intereses académicos de los alumnos y contexto general en el que se mueven) y los elementos que se estudian (sexo, edad, nivel social y económico, entre otros). Atiende a las propiedades del discurso, de quien lo pronuncia y de quien lo recibe.
- *Síntomo*, es la integración tanto en el sentido interno referido al discurso, como del discurso y la realidad que le da sustento.

En el nivel nuclear hay cuatro estructuras de verosimilitud (referencial, lógica, poética, tópica), elementos mínimos del discurso que lo hacen aparecer como verdadero.²⁰ El procedimiento general de ejecución del proyecto inició con la selección de un participante por especialidad, convocado por separado y a quien se le solicitó consentimiento para aplicarle una entrevista, técnica de acopio de datos en su variante no estructurada. Uno de los autores fue responsable de la aplicación de todas las entrevistas.

Se pidió a los alumnos que contaran lo que consideraran de interés en torno al curso que estaban desarrollando, incluyendo, si lo deseaban, aspectos personales o familiares. Las entrevistas fueron registradas en audio y en un cuaderno, y posteriormente transcritas y vaciadas en un formato especial.

El manejo de los datos consistió en una primera lectura de cada entrevista para identificar las dimensiones del discurso. En una segunda lectura se analizaron los temas abordados en términos del nivel nuclear, buscando la verosimilitud referencial, lógica, poética y tópica. El siguiente paso fue el análisis en el nivel autónomo atendiendo a las categorías mencionadas. Dado que aquí están ubicados los elementos que conforman el entorno de los

médicos residentes y los cursos académicos, medio para lograr el aprendizaje de una especialidad, se hizo énfasis en la búsqueda de los significados utilizando la modalidad señalada de análisis del discurso.

Al final se obtuvo una entrevista colectiva.

Resultados

Se entrevistaron 19 alumnos, 21 % pertenecía al sexo femenino, 42 % era foráneo y 37 %, casado. En términos generales, el análisis inicial de la entrevista reveló pobreza en los recursos lingüísticos de los médicos residentes, lo que provocó comunicación poco clara en ciertas partes del discurso. Por otro lado, la construcción del discurso no obedeció a un esquema de pensamiento previo, lo que se tradujo en intentos de expresar una idea, cierre abrupto, o inicio de una idea sin terminar la anterior. En algunos casos hubo reticencia a hablar sobre el tema propuesto; en otros, el lenguaje fue más fácil y fluido. La dimensión del discurso más desarrollada fue la referencial. El lenguaje más frecuente fue la descripción. Hubo ausencia de conceptos y, en términos generales, no se argumentó.

En el análisis nuclear el aspecto más trabajado por los alumnos fue la verosimilitud referencial: se ubicó y ordenó de manera aceptable la realidad, aunque hubo debilidad en la argumentación y sólo en algunos casos se utilizaron recursos poéticos; la verosimilitud tópica fue también un elemento frecuente.

En la tercera lectura donde se abordan las relaciones y el ámbito de lo académico, conviene hacer la separación con el análisis estructural y darle cabida al entorno en el que se producen los hechos que se narran, para encontrar los significados. Los temas más recurrentes en el discurso de los alumnos fueron la disciplina, el exceso de trabajo, los conflictos que se generan entre ellos y el personal. En menor medida se aludió al proceso educativo, aunque era el tema omnipresente a lo largo del discurso, ya que todo estaba referido a la función primordial que los alumnos desempeñan en la institución: aprender. También se manifestó inquietud por aspectos personales y familiares, aunque también preocupaba el futuro

laboral. Se dio por sentado que el aspecto disciplinar dentro de la institución ha sido tradicionalmente rígido.

En los años anteriores estaban fuertemente marcadas las categorías: los médicos residentes de mayor jerarquía (grados académicos más elevados del curso) tenían como subordinados a los de menor jerarquía. Un médico residente de primer año se consideraba un aprendiz, prácticamente sin voz ni voto y dispuesto al trabajo. Frecuentemente se utilizaban guardias de castigo ante algunas desviaciones, lo que implicaba que el castigado pudiera quedar hasta cuatro semanas dentro del hospital sin derecho a desplazarse a otro lugar.

Si bien las formas han cambiado un poco, aún queda la idea generalizada en los médicos de base y en los médicos residentes de mayor jerarquía, de que los cursos son de formación y como tales deben procurar también enseñar a los alumnos elementos de conducta y comportamiento. Existe evidencia de malos tratos, imposiciones y conflictos personales graves. Muchos problemas se han agudizado y se ven con mayor frecuencia debido en parte a que la mayor difusión de los deberes y los derechos de cada persona estimula la toma de conciencia. Esto trae aparejado un comportamiento más contestatario por parte de los alumnos, que choca con la mentalidad de disciplina tradicional. Es notable que los residentes de mayor jerarquía sean partidarios de este tipo de disciplina, no así los médicos residentes que inician. Sin embargo, conforme el avance en los años cursados, los esquemas de pensamiento se repiten.

Algunos fragmentos de los discursos son ilustrativos de los temas que se tratan:

Bueno, la organización del servicio... es muy disciplinada... al abordar el tema de la disciplina e... quiero aceptar que institucionalmente... e... la disciplina... se castiga cuando hay errores en la... Administrativamente... Más, sin embargo, existe algo que se le pudiera llamar códigos rojos, que son tácitos... que son entre residentes y que muchas veces falta nada más la orden o el asentimiento de un superior para que se reprenda a alguien.

En este pequeño párrafo se advierte el reconocimiento y aceptación de un modelo discipli-

nar por parte de uno de los alumnos, si bien la visión del médico residente de mayor jerarquía probablemente no sea la misma que sostuvo al ingreso. En el siguiente ejemplo hay una visión que corrobora el estado actual de las cosas pero reprueba la forma en la que se dan, sugiriendo incluso maneras distintas en el trato:

...he tenido la fortuna de haberme ido a rotar a Estados Unidos dos meses y veo que allá no es así y que en Europa tampoco los tienen que tratar mal para que aprendan, y son excelentes médicos y nunca en su vida han tenido un castigo ¿no? Más bien veo que los orientan. Cuando tenía dudas..., allá mi médico de base se sentaba conmigo y me decía: mira... así es... así es... o mis mismos residentes ¿no? Mis compañeros me decían: aquí me equivoqué, discúlpame. No hay problema, nada más que voy a estar más al pendiente de ti.../.../...eso yo creo que no... no es la... la forma de enseñar, yo creo que se debe trabajar más en la motivación que en el castigo.../.../...que se eliminen los castigos, que no hubiera correctivos, que más bien hubiera estímulos para el residente que trabaja mejor.

El exceso de trabajo es referido por la mayoría de los entrevistados como una imposición institucional más que como una forma de logro de aprendizajes, como una manera de sustituir al personal de base que por razones presupuestarias siempre es escaso. Los alumnos de primer año refieren las dificultades que encuentran para la lectura debido al poco tiempo disponible después de jornadas de trabajo agotadoras.

Los horarios son... llegar a las seis de la mañana, a veces cinco y media y a veces un poco más tarde... y salir... a veces once o doce de la noche.../.../... pues me siento... que de lo que más carezco es de tiempo y eso siento que está mal, que no tenemos mucho tiempo ni para descansar ni para estudiar... a veces ni tiempo para comer tenemos...

Un apartado importante dentro de los discursos es el que se refiere a la preparación académica, al gusto por aprender la especialidad, a las dificultades para el estudio, a la satisfacción final por el objetivo que se logra, un ejemplo representativo es el siguiente párrafo:

...fue muy bonito, al final está muy bien, me gustó, tuve muy buenas experiencias, incluso... me siento capacitada... No completamente ¿verdad?, porque uno sigue estudiando... me siento como que sí... que aprendí bastante aquí... en todos los sentidos y que sí estoy sorprendida porque en todos los sentidos tuve que aprender algo: en mi carácter, en mi actitud, en todo, en todo. En cuanto a la residencia, a la enseñanza, en mi especialidad, pues sí... sí tuvo sus deficiencias... no me siento satisfecha totalmente, sí siento que logré aprender más o menos hasta donde quería llegar a aprender, entonces lo que sigue es por mi cuenta, o sea aprender, seguir leyendo, seguir estudiando.

La visión de un médico residente que egresa es desde luego distinta a la de un médico residente que inicia. Existe la consideración dentro de los discursos y con relación al apartado académico, de la elección de la sede, de la preocupación, sobre todo en las especialidades quirúrgicas, por la adquisición de habilidades manuales para el ejercicio de la profesión, dejando en segundo lugar la adquisición de conocimiento teórico. En un porcentaje importante, los médicos residentes se refieren a la poca organización en el programa académico respectivo, lo que significa falta de apego a las actividades descritas en sus documentos y lograr el aprendizaje como producto de la repetición en la práctica.

...porque aquí entre nosotros, nuestros compañeros, hicimos una manera de darnos clases, de presionar a los maestros para que estuvieran presentes cuando estuviéramos dando clases. /.../... en el pase de visita... allí es donde también uno aprende... allí uno aprovecha para también preguntarles (a los profesores)... /.../... estudiando las sesiones que me habían asignado... /.../... que es lo mínimo que uno llega a estudiar cuando uno está con la carga pesada. En los últimos años he sido más organizado para estudiar. Al principio sí era solamente aprendizaje por rebosamiento o por imitación.

Las relaciones laborales y personales son asuntos tratados en los discursos de los médicos residentes, de hecho el tema de la disciplina está comprendido en este apartado, pero hay otras posibilidades de ver el fenómeno, como lo ilustra el siguiente párrafo:

... obviamente a raíz, a raíz de la primera huelga, que a mi me tocó... este... se modificó un poquito... eh... gracias a la primera huelga que hubo de residentes este... hubo un poquito... mejor de consideración. Hubo más comunicación entre los residentes de todas las jerarquías, incluso con algunos médicos de base...

Otros relatan sus experiencias laborales como difíciles, sobre todo en los primeros años, luego hay generalmente un periodo de adaptación. Esto se refiere en gran parte a la interacción que los médicos residentes tienen con el personal de enfermería o de otras categorías distintas a la médica. No fue tampoco raro encontrar en los relatos expresiones de satisfacción por pertenecer a la institución y manifestaciones de agradecimiento a los compañeros. Las entrevistas también dedican algún espacio a las relaciones de afecto. En la gran mayoría, esas relaciones están referidas a la familia, al esposo, esposa, hijos, al apoyo que esa relación significa respecto al tiempo que sacrifican de la convivencia por el estudio, también respecto a la lejanía y los problemas familiares en los que no pueden intervenir por el carácter demandante de los estudios. Al respecto el siguiente párrafo es ilustrativo:

Me siento pero mal, en ese sentido ¿no? Pues tengo que estar aquí nuevamente ¿no?... dejarlas nuevamente [esposa e hijas]... nuevamente abandonarlas... por una etapa larga ¿no? Sí, me siento mal... me siento deprimido, me siento... no sé... este... lloro... sí... lloro cuando me regreso porque pues las dejo nuevamente...

Los anteriores ejemplos dan idea de los temas que los médicos residentes abordaron durante cada una de las entrevistas, comprendidos en las categorías que nosotros como investigadores previamente habíamos visualizado. El contexto personal, institucional y social en general como marco de referencia, desempeña un papel primordial en la identificación de los significados de cada uno de los alumnos y en el discurso global, ya que es el *corpus* de conocimiento sobre el que se basa la comprensión y el entendimiento de la realidad que cada quien vive, por lo tanto, determina de manera definitiva su percepción del mundo. A lo largo de cada uno de los relatos hay elementos del entorno corres-

pondientes a cada uno de los entrevistados más o menos explícitos, que permiten ver cómo se ha construido el entramado intelectual que da sustento a su comprensión.

Según Jociles, el nivel *synnomo* es el nivel total. Aquí se recupera el sentido integral de lo que a través del método se ha avanzado. Proporciona una visión global del asunto que se ha investigado. Si hasta ahora los elementos del discurso estaban dispersos, es aquí que deben retornar a la unidad para explicar el microcosmos que el discurso retrata, por un lado, pero por otro, aquí también se establecen las relaciones que guarda ese microcosmos con el macrocosmos del cual proviene y lo contiene. En este sentido, encontramos en el discurso analizado la realidad que viven médicos residentes dentro una institución de salud cuando realizan diversos cursos de especialidad médica.

Teniendo como referente el objetivo de aprender que cada uno de los alumnos se ha fijado, resultan altamente significativos algunos factores derivados de las relaciones laborales e interpersonales que viven dentro de la institución, en tanto que facilitan o dificultan la consecución de la meta. Ven como aspectos relevantes el régimen de disciplina institucional, la carga de trabajo catalogada por ellos como excesiva, los conflictos que frecuentemente viven con el resto del personal, el apoyo que los familiares les brindan, la lejanía del lugar de origen, el sistema jerárquico, el sentimiento de pertenencia a la institución, la lejanía geográfica de su lugar de origen, lo que repercute en el alejamiento de los seres queridos. El retrato de esta realidad en pequeño refleja sin duda los modelos de organización y comportamiento que privan en la sociedad en general, asunto en el que abundaremos más adelante.

Discusión y conclusiones

El procedimiento seguido nos permitió analizar el discurso desde el punto de vista de la antropología social, teniendo en la primera parte un enfoque formal predominantemente estructuralista, lo que no impide que en algunos momentos tomemos distancia del mismo y consideremos otros puntos de vista que aportan a la comprensión del fenómeno.

La carga de trabajo considerada como excesiva, el esquema de disciplina empleado, la firme decisión de terminar la especialidad, el sentido de pertenencia y la sensación de lejanía respecto al lugar de origen o la familia, son los temas recurrentes en el discurso de los entrevistados. Durante las entrevistas con las alumnas, algunos aspectos quedaron implícitos en los discursos que podrían ser analizados bajo la perspectiva de género. El trato diferenciado y las circunstancias especiales (algún caso extremo obligó a una alumna a cambiar de sede), son vistos hasta cierto punto como formas normales de la vida cotidiana.

En el análisis del discurso, Van Dijk²¹ propone que la cultura, la etnicidad, el género y los tipos de análisis del discurso que se aborden, son elementos por considerar si queremos encontrar significados en el discurso oral y escrito. En el contexto en el que se desenvuelve el entrevistado y el entrevistador está mucha de la esencia del significado que se pueda encontrar. De acuerdo con Ibáñez,¹⁶ en los discursos...

... la ideología impone interpretaciones (hermenéuticas). El condicionamiento impone códigos... el *ethos* nuclear, la estructura mínima de la comunicación (...) es la verosimilitud: la suplantación de la realidad translingüística por el lenguaje. La realidad es constituida por el lenguaje y su efecto de realidad es su verosimilitud. Cuando el lenguaje pierde su dimensión referencial, la realidad no está en la adecuación del lenguaje con la cosa, sino en su capacidad de simularla.

En el *ethos* autónomo está la diversidad del texto y se establece un espacio de traducibilidad, en tanto que en el nivel *synnomo* se recupera la totalidad de la situación concreta del grupo que se estudia.

La visión de la realidad que viven los médicos residentes a partir del análisis del discurso puede ser sintetizada de la siguiente manera: los elementos encontrados en el lenguaje reflejan la percepción del entorno, es un mecanismo de pensamiento deductivo, puesto que los médicos residentes parten de modelos establecidos y generalmente aceptados, no cuestionados, que a manera de marcos de referencia constituyen la base sobre la cual proponen sus

propias vivencias. En un mundo diversificado en el aspecto cultural e ideológico, ubican, clasifican y ordenan sus propias apreciaciones respecto a sus intereses. Definen objetivos y establecen prioridades que pasan en muchas ocasiones por el sacrificio de relaciones personales para lograr la meta que se han trazado. Esta aproximación a lo verosímil referencial se advierte fácilmente ya que el discurso está fuertemente orientado a la descripción, por lo que la dimensión referencial del mismo está privilegiada. La tendencia general de los discursos, primero analizados y luego interpretados, muestra que hay pocos recursos lógicos y poéticos expresados en tanto que faltan argumentos y figuras literarias que soporten las ideas. Sin embargo, es posible encontrar en algunos casos esquemas de confrontación de puntos de vista y figuras metafóricas que le dan sustento a partes del discurso.

Desde el punto de vista del análisis en el nivel autónomo y en una perspectiva menos formal, sociocultural, es interesante observar cómo a partir de la interpretación del discurso se puede establecer que una forma de relación entre los médicos residentes en la esfera de lo académico y en la esfera de lo laboral es la disciplina (muy ligada a la carga de trabajo), y cómo ésta es vista de manera distinta de acuerdo con el grado académico que se cursa, con extremos en el primer y último año.

Esto tiene su explicación en parte en los esquemas de pensamiento idealizados con los que llegan los médicos residentes de primer ingreso: la educación como una disciplina esencialmente humanista, la imagen del maestro desinteresado, sacrificado, los objetivos institucionales oficiales, paternalistas, los derechos humanos que se difunden ampliamente enfatizando la igualdad, la tolerancia, la equidad, es decir, la concepción de un mundo que choca en una primera fase con la realidad del trabajo arduo, la imposición de tareas, la desigualdad en el trato, la poca consideración como personas. En una segunda fase se inicia un esquema de pensamiento que tiene que ver con la asimilación de la situación descrita, la aceptación plena, la justificación de la misma y la reproducción del sistema que lleva a defender a ultranza el esquema de disciplina que tradicionalmente se ha dado en la institución: “la única forma de

aprender a ser verdaderos profesionales tiene que ver con el orden”. Es inevitable que el médico residente de mayor jerarquía disponga sobre cómo ha de imponer ese orden sobre los residentes de menor jerarquía, dice uno de los entrevistados; el profesor titular del curso apoya esa idea: “...las generaciones pasadas fueron excelentes médicos porque tuvieron una formación tipo militar. Hoy, se pretende una relajación de la disciplina en las residencias médicas; debemos volver a lo de antes.”

En este reconocimiento de significados son importantes la generación de conflictos interpersonales y las relaciones familiares como apoyo al cumplimiento del objetivo educativo. El origen del conflicto está más imbricado en relaciones organizacionales propias de la institución que en aspectos académicos, y los fundamentos teóricos se encuentran más en la teoría de los conflictos sociales que en las explicaciones pedagógicas sobre la materia. Se reconoce en el conflicto un fenómeno natural que se da en la interacción social. Los conflictos son puntos de vista incompatibles sobre alguna situación, que desde una perspectiva amplia pueden no sólo estar presentes en un individuo, sino en un conjunto de individuos y que pueden traducirse en una oportunidad personal para alcanzar objetivos —ejemplo: el conocimiento que se logra considerando la discrepancia entre el conocimiento actual y el que se pretende lograr (conflicto cognitivo)— hasta el avance en la organización institucional si se aplica el mismo razonamiento; pero también pueden manifestarse como situaciones adversas que anulan los esfuerzos individuales y colectivos y llevan a la frustración y a la inmovilidad de una comunidad. Ésta es generalmente la comprensión que sobre el tema se tiene y que aplica al campo de las relaciones de los médicos residentes.

Coser²² define el conflicto en el ámbito social como la lucha por los valores, el estatus, el poder y los recursos escasos, con la finalidad de neutralizar, eliminar o dañar al contrario. El conflicto se *co-construye*.

A diferencia de Marx, Dahrendorf²³ estima que el origen estructural de los conflictos se ubica en el poder que está basado en la desigual distribución de la autoridad dentro de un grupo. Siempre una parte de la comunidad

defiende los principios tradicionales de funcionamiento, en tanto que otros se oponen. No siempre los conflictos terminan en la ruptura, casi siempre, según el autor, la parte conservadora asume las nuevas formas y se da un avance cualitativo en la organización.

La identificación de los significados que los médicos residentes otorgan a los hechos de la vida cotidiana, permite dibujar el mundo en el que habitan desde su perspectiva: el orden, las medidas disciplinarias, la carga excesiva de trabajo, los conflictos, la habilidad para sortear los obstáculos y lograr el objetivo, que no es otro que el de aprender. Pequeño mundo que está determinado por una dinámica muy especial. Sacrificios personales, familiares, económicos y sociales: todo por ser especialista. ¿Qué justifica que prácticamente a cualquier costo alguien pretenda llegar a un objetivo como ese? En el nivel *synnomo*, según el modelo de análisis elegido, se pretende contestar a esa pregunta ya que hay que buscar la explicación del comportamiento particular de un grupo relacionándolo con el comportamiento social global que le da origen.

La búsqueda de significados se encuentra en la vida cotidiana. El conjunto de elementos significativos le da sentido a la realidad que el sujeto vive. Pero la realidad es un constructo social y la realidad sólo puede ser construida por el individuo que vive en sociedad en términos de saber^{24,25} o en términos de deber.¹⁶

Según la teoría sobre la construcción social de la realidad (Berger y Luckmann), los médicos residentes son sujetos que en su contacto con otros sujetos tipifican y son tipificados (teoría de los tipos). Han sido socializados en forma primaria y secundaria. Interaccionan a lo largo de las relaciones establecidas y objetivan lo subjetivo, es decir, traducen en interacciones su forma de percibir el mundo. Construyen representaciones simbólicas (argumentos que defienden una postura), asumen roles, hay habituación, elementos fundamentales de la institucionalización, que internalizan y buscan legitimar la realidad que han construido. La forma de relacionarse y las situaciones y circunstancias vividas a lo largo del curso de especialización tienen significado en tanto son elementos que buscan el sentido de la realidad que se vive. Este micro-

ambiente se corresponde con el macroambiente, mecanismo que contribuye a la reproducción del modelo. Ibáñez pone énfasis en los aspectos ideológicos de la vida cotidiana. La ideología está en lo subjetivo, y éste se expresa en el discurso.

El discurso socialmente válido proviene de quien tiene el poder para emitirlo. La realidad es obvia y normal. Así, las formas de la realidad se reproducen. Sólo en la medida que se repara en lo obvio hay un quiebre en la realidad que obliga a la reflexión. Fuera de lo obvio, el sujeto se convierte en una amenaza para el orden instituido y la cotidianidad; la sociedad vigente siempre cuida su estructura. En ese sentido, los médicos residentes asumen su papel a través del discurso expresado, reproducen el modelo y sólo en forma marginal algunos cuestionan la forma tradicional en que se desarrolla un curso de especialidad.

Los clásicos términos de Bourdieu²⁶ son aplicables también aquí: al establecer relaciones de naturaleza diversa, los médicos residentes están desarrollando el *habitus*, que es un esquema de percepción, apreciación y acción social previamente condicionado. El sujeto actúa en un campo (de la medicina) y guarda una posición definida en él. Consigue un capital simbólico que es la energía social que se basa en relaciones de sentido, fundamento del poder simbólico que al ser legitimado puede expresarse como violencia simbólica (relaciones de dominio donde los dominados aceptan su papel de manera natural).

En este marco referencial amplio se sitúan algunas interpretaciones de significados más definidas. Respecto a los aspectos de género habría que decir que tradicionalmente dentro de la estructura social mencionada, los roles femenino y masculino son asignados desde la infancia. Al ser considerado el hecho como normal, se institucionaliza²⁷ y finalmente se adopta como parte de la ideología dominante, teniendo como resultado un tratamiento distinto (según el sexo), en la escuela, en el trabajo y en toda actividad social. Es interesante reflexionar sobre las cosas cotidianas y aparentemente inocuas presentes en los espacios educativos y que se constituyen en lo que se ha llamado *currículum oculto de género*,²⁸ situación que evidentemente se vive en nuestra institución. Vivimos un mundo construido según una clasificación basada en el

poder, con la ideología como trasfondo. Hemos sido categorizados y por tanto nuestro rol ha sido determinado. Hay artificios clasificadores que obedecen a políticas públicas con la finalidad de reproducir el sistema.²⁹

Finalmente, el significado que los médicos residentes expresan a través del discurso son los ejes en los que se fundamenta el sentido de su profesión. Entendido el sentido como el grado de coincidencia entre la realidad subjetiva del sujeto y la realidad objetiva que construye. En suma, los médicos residentes son agentes individuales que perciben las situaciones y circunstancias que les ha tocado vivir en el grupo al que pertenecen, aspiran al modelo de éxito socialmente construido y aunque señalan aspectos no adecuados del sistema (en este caso cursos de especialización médica), finalmente la mayoría se adapta y lo perpetúa, si bien los señalamientos de las minorías producirán pequeños cambios cualitativos.

Referencia

1. León JM, Barriga S. Psicología social. Madrid: McGraw-Hill; 1998.
2. Sprinthall N. Psicología de la educación. Sexta edición. Madrid: McGraw-Hill; 1999.
3. Parkes R. Locus of control, cognitive appraisal and coping in stressful episodes. *J Pers Soc Psychol* 1984;48:19-84.
4. Spinelli A. An investigation of the personality assessment system as discriminator of socially misperceptive tendencies in elementary student. Springfield, Massachusetts: American International College; 1987.
5. Caracheo F. Teorías del aprendizaje. En: Antología de la Maestría en Enseñanza de las Ciencias. Subsecretaría de Educación e Investigación Tecnológica, Santiago, Querétaro: CIIDENET; 2004.
6. Rodrigo MJ. Etapas, contextos, dominios y teorías implícitas en el conocimiento escolar. En: Contexto y desarrollo social. Madrid: Síntesis; 1994.
7. Palmer DI, Goetz ET. Selection and use of strategies; the role of the students' beliefs about self and strategies. New York: Academic Press; 1988.
8. González M, Tourón J. Autoconcepto y rendimiento académico. Implicaciones en la motivación y la regulación del aprendizaje. Pamplona: EUNSA; 1992.
9. Ennis R. A logical basis for measuring critical thinking skills. *Educational Leadership* 1985; 43:2.
10. Collier V, McCue J, Markus A, Smith L. Stress in medical residency: status quo alter a decade of reform? *Ann Int Med* 2002;136(5):384-390.
11. Aranda BC, Pando MM, Salazar J, Torres T, Aldrete MG, Pérez MB. Síndrome de burnout en médicos familiares del Instituto Mexicano del Seguro Social, Guadalajara, México. *Rev Cubana Salud Pública (online)* 2005;31:2(abril-junio). Disponible en <http://scielo.sld.cu/scielo.php>
12. Escribá-Agüir, Bernabé M. Exigencias laborales y psicológicas percibidas por médicos especialistas hospitalarios. *Gac Sanit* 2002;16(6):487-496.
13. Barragán A, Ramírez-de la Roche O, Barragán AN. La salud y el ambiente laboral entre los anestesiólogos: contexto social y laboral. *Rev Med Hosp Gen Mex* 2000;63(4):247-253.
14. Chavarría MA, Rivera BD. Entorno laboral y aptitudes clínicas en residentes de urgencias médico-quirúrgicas. *Rev Med IMSS* 2004;42(5):371-378.
15. Delgado J. Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales. Madrid: Síntesis; 1999.
16. Ibáñez J. Interpretación y análisis. Más allá de la sociología. El grupo de discusión, técnica y crítica. Madrid: Siglo XXI; 1979.
17. Jociles MI. El análisis del discurso desde la antropología social. Una propuesta analítica desde Jesús Ibáñez. *Revista Ateneo de Antropología*, Universidad Complutense de Madrid, 2003. Disponible en http://www.ucm.es/info/dptoants/ateneo/discurso_a.htm. Consultado el 10 de enero de 2006.
18. Ogden C, Richards M. The meaning of meaning. A study of the influence of the language upon thought and of the science of symbolism, 1923. Disponible en Logos Multilingual: <http://www.logosmultilingual.com>. Consultado el 17 de agosto de 2005.
19. Calvino I. Si una noche de invierno, un viajero. Madrid: Siruela; 1999.
20. Fages J. El estructuralismo en proceso. México: Fondo de Cultura Económica; 1976.
21. Dijk TV. La ciencia del texto. Barcelona: Paidós Ibérica; 1997.
22. Coser L. Las funciones del conflicto social. México: Fondo de Cultura Económica; 1961.
23. Dahrendorf R. Sociedad y libertad. Madrid: Tecnos; 1993.
24. Garfinkel H. Studies in ethnomethodology. Englewood Cliffs. N J Prentice May 1967.
25. Berger P, Luckmann T. La construcción social de la realidad. Buenos Aires: Amorrortu; 1986.
26. Bourdieu P. Campo intelectual y proyecto creador. México: Siglo XXI; 1969.
27. Tejeda JM, Arias LF. El significado de la tutoría académica en estudiantes de primer ingreso. *Rev Educación Superior* 2003;XXXII(3):127.
28. Lovering DA, Sierra G. El currículum oculto de género. *Revista Educar (on line)* 1998;7(octubre-diciembre). Disponible en <http://educar.jalisco.gob.mx/07/7annlga.html>
29. Bourdieu P. Razones prácticas. Sobre la teoría de la acción. Barcelona: Anagrama; 1994. 

Gustavo Cumplido-Hernández et al.
Entorno y significado durante las residencias médicas