

Conflictos en la formación de un grupo de residentes mexicanos de medicina familiar: Una aproximación cualitativa

Conflicts in Training a Group of Mexican Family Medicine Residents: A Qualitative Approach

Ramírez de la Roche OF, * Baillet Esquivel LE.**

* *Profesor de tiempo completo asociado C. Departamento de Medicina Familiar. Facultad de Medicina. Universidad Nacional Autónoma de México.* ***Especialista en Medicina Familiar. Técnica Académica Asociada B de tiempo completo. Departamento de Medicina Familiar. Facultad de medicina. Universidad Nacional Autónoma de México.*

Correspondencia: Mtro. Omar Fernando Ramírez de la Roche. omaramirez26@yahoo.com

Recibido: Aceptado:

RESUMEN

Objetivo: Identificar los conflictos que enfrentan los médicos residentes durante el *tercer año* de la residencia tradicional en Medicina Familiar en las sedes académicas en la ciudad de México. **Diseño:** Estudio cualitativo, interpretativo. **Material y métodos:** Se realizó entre noviembre del 2005 y noviembre de 2006. Intervención cualitativa con la técnica de cuestionario de pregunta abierta y única: ¿Cuál fue el momento (la situación) más difícil que atravesó durante los 3 años de residencia médica? Se aplicó a 80 médicos residentes. **Resultados:** Se identificaron ocho categorías: *Enfermedad y accidentes, problemas familiares, dificultades por la organización de la residencia, jornadas de trabajo extenuantes, aspectos económicos, obstáculos por el embarazo.* **Conclusiones:** Los principales motivos de insatisfacción durante este período de formación fueron: La sobrecarga de actividades asistenciales y administrativas, jornadas extenuantes que influyeron negativamente sobre la calidad de vida y la salud.

Palabras clave: Investigación cualitativa, médicos residentes, guardias, medicina familiar, enfermedad y accidentes, organización de la residencia.

ABSTRACT

Objective: To identify the conflicts that third-year medical residents face during training at Family Medicine Centers in Mexico City. **Design:** A qualitative interpretive study. **Material and Methods:** The study was carried out from November 2005 to November 2006. Qualitative intervention with the open-ended unique question technique as follows: Which was the most difficult circumstance that you encountered during your 3 years of medical training? This question as applied to 80 residents. **Results:** Eight categories were identified, including *disease and accidents, family problems, difficulties in household organization, long work shifts, economic aspects, and pregnancy-related obstacles.* **Conclusions:** The main causes of conflicts comprised assistant and administrative overload and long work shifts, which exerted a negative influence on the residents' quality of life and health.

Palabras clave: Investigación cualitativa, médicos residentes, guardias, medicina familiar, enfermedad y accidentes, organización de la residencia.

Introducción

Uno de los principios de la Medicina Familiar es que agrega importancia a los aspectos subjetivos de la medicina¹, como es la exploración de la interacción social del personal médico durante su formación como residente, desde esta perspectiva, la metodología cualitativa resultaría un enfoque apropiado para analizar a esta especialidad². Algunos de los rasgos importantes son: a.- *Carácter holístico*, los escenarios de investigación se contemplan desde la globalidad de las circunstancias, el investigador estudia personas y organizaciones sin necesidad de atomizar los fenómenos o las personas en variables. b.- *Carácter inductivo*, explicaciones y conceptos se elaboran a partir de los datos recogidos, no con la idea de contrastar una teoría previa; el objetivo es comprender la realidad desde la construcción que hacen los sujetos implicados. c.- *Confirmabilidad intersubjetiva*, el investigador debe contrastar su interpretación de los datos con las personas estudiadas ya que no esta exento de valores. d.- *Contextualización*, persigue la comprensión de los fenómenos y los sujetos desde sus propios marcos de referencia: lenguaje, valores e ideosincracia. e.- *Pluralidad de perspectivas*, cabe considerar todas las situaciones, puntos de vista y acontecimientos, todos aportan información valiosa, f.- *No generalización*, cada fenómeno es único e Irrepetible, por eso se pretende la descripción y la comprensión de los casos individuales a través de muestreo intencional. g.- *Construcción de conocimiento*, el análisis de los datos es emergente y que a partir de categorías que se van

construyendo para cada situación y desde cada una de ellas. h.- *Humanismo*, da un papel activo a los sujetos estudiados, reconoce sus potencialidades y la capacidad de contribuir a generar conocimiento^{3,5}.

Las circunstancias en las que se forman de los recursos humanos para la salud no son abundantes; Arias⁶, en una investigación encontró preocupantes deficiencias al respecto, señalando el estrés como una de las causas. La insatisfacción entre el personal médico varía dependiendo de el cumplimiento de las expectativas de la profesión, factores ambientales como la carga asistencial y la complejidad de los problemas a resolver, así como los problemas personales. Sin embargo, se ha visto que el fenómeno de carga negativa como cansancio y estrés, va en aumento en el mundo⁷.

La edad del médico influye en el grado de insatisfacción: los jóvenes son más propensos a sufrir el síndrome de desgaste (Síndrome de Burnout) y los médicos mayores de 45 años tienen mayor índice de insatisfacción⁸. El ambiente laboral, se caracteriza por una pobre comunicación entre el personal del hospital, así como la falta de recursos y ausentismo laboral propiciando aumento en las cargas de trabajo para los residentes^{9,11}, existe mayor insatisfacción cuando se tienen hijos⁷. El apoyo familiar es indispensable como núcleo generador de motivación hacia la profesión¹². Impacta en la economía de los residentes, ya que uno de los principales motivos de insatisfacción es el bajo salario recibido en las instituciones de atención médica^{7,13}.

Material y métodos

Estudio cualitativo, interpretativo. Se utilizó la técnica de cuestionarios con preguntas abiertas, se analizó la pregunta: *¿Cuál fue el momento más difícil por el cual pasó Usted. durante los tres años de residencia médica?* Utilizamos el procedimiento propuesto por Miles y Huberman¹⁴ en el cual durante el proceso de investigación se efectúan labores de reducción, presentación y extracción de datos, así como de verificación de conclusiones. La reducción de la información implicó la simplificación, el resumen y la selección de la información para poder confeccionar bases de datos abarcables y manejables. Dentro de estas tareas las más representativas fueron la separación de unidades, la categorización y la codificación. Caracterización del grupo: Compuesto por 80 residentes de tercer año que asistieron a la evaluación de un módulo del curso en el DMF, durante noviembre de 2005 y de 2006. El Objetivo es identificar y clasificar las dificultades y conflictos que enfrentan los médicos durante el tercer año de la RMF del Plan Único de Especializaciones Médicas (PUEM) en las sedes académicas del Distrito Federal. *Consideraciones éticas*: No se requirió autorización de los sujetos encuestados ya que las respuestas recabados formaron parte de una evaluación sobre temas que constituirían un módulo del curso.

Resultados

El 62% del grupo fueron mujeres, el 38% hombres; se identificaron y analizaron ocho categorías: 1.- *Dificultades producidas por enfermedad y accidentes*. (Cuadro I) 2.- *Problemas familiares* (Cuadro II).

Cuadro I.

Dificultades producidas por enfermedad y accidentes			
Grupo de mujeres		Grupo de hombres	
Residentes	En sus parientes	Residentes	En sus parientes
Amenaza de aborto, fractura de hueso calcáneo, incapacidad que no le permite terminar tesis, estrés generado por los exámenes.	Enfermedad de la hija y padre, intervención quirúrgica del hermano.	Ninguna referencia textual.	Enfermedad de los padres.

Cuadro II.

Problemas familiares	
Grupo de mujeres residentes	Grupo de hombres residentes
Ruptura con la pareja, separación de la hija que genera problema de conducta.	Separación de la pareja (recién casados), separación de la familia.

3.- *Dificultades por la organización de la residencia*; en el grupo de mujeres: Conflictos con el jefe de grupo. Conflicto con el jefe de enseñanza. Conflicto con los profesores. Conflicto con el grupo. Poco apoyo del asesor de tesis y Poco apoyo del jefe de enseñanza.

En el grupo de hombres: Problemas para integrarse al grupo. Conflicto con el jefe de enseñanza. Poca prioridad en la enseñanza. Poca apoyo de la jefatura de enseñanza y de los profesores titulares. Problema con la evaluación del tutor.

4.- *Conflictos por la dinámica propia.* En el grupo de mujeres: Enfrentarse al paciente y darle diagnóstico y tratamiento. Presión por parte de los residentes de mayor jerarquía. Aplicación de exámenes. Adaptación al enfoque socio médico de la residencia. Presión para terminar tesis y hacer examen profesional. En el grupo de hombres: Adaptación a los cambios y al nuevo estilo de vida. Lucha por los espacios físicos (la residencia tomada por médicos adscritos). Cambio en los horarios. Entrega de protocolo de investigación. Responsabilidad sobre el tratamiento y evolución del paciente. Presentación de artículos ante internos y otros residentes. Realización de tesis y examen profesional. Preparación de temas para exposiciones orales.

5.- *Apremio por las rotaciones hospitalarias.* En el grupo de mujeres: Enfrentar la muerte de paciente durante rotación por el servicio de urgencias. Estancia durante guardia de pediatría sin médico adscrito. Sacar trabajo de otros servicios. Obtener deficiente evaluación para la rotación. Enfrentar a otros especialistas que dudan de su saber. Tiempo excesivo durante la rotación en urgencias. En el grupo de hombres: Primer día durante el primer año, estar en la guardia de urgencias sin tener médico adscrito. Durante el primer año, enfrentar la muerte de un paciente durante la guardia en el servicio de cardiología, mientras aplicaba el cuestionario para la tesis. Ser responsable sobre el tratamiento y la evolución del paciente. Realizar consultas. Los procedimientos. Demostrar que sabe. Ser responsable del servicio de urgencias por parte del adscrito.

6.- *Inconvenientes por las guardias ABC.* En el grupo de mujeres residentes: No saber como actuar durante las guardias de urgencias. Entregar la guardia al servicio de urgencias. Ausencia de recursos para brindar atención a los usuarios. Falta de medicamentos. Burocracia. Dificultades para resistir el cansancio. Adaptación a las guardias. Quedar como responsable del servicio durante la guardia. Desconocer al personal de apoyo: laboratorio, rayos X y otros médicos especialistas. En el grupo de hombres residentes: Cansancio, ser tratado como médico interno de pregrado (MIP), sacar el trabajo del servicio, poco aprendizaje, dificultades durante la rotación y guardias por el servicio de medicina interna.

7.- *Aspectos económicos.* (Cuadro III3).

Cuadro III.

Aspectos económicos	
Grupo de mujeres residentes	Grupo de hombres residentes
Adaptarse a la residencia genera costos. Dificultad para hacer guardias por contar con otro bebe, o por embarazo.	Ocurren cambios en el estilo de vida ya que antes contaba con dos trabajos de base, se deteriora su ingreso debido que antes tenia dos empleos en el área médica, dificultad para adaptarse a las limitaciones económicas.

8.- Para mujeres: *obstáculos por el embarazo.* Esta categoría como se comprende, solamente se aplica al subgrupo de mujeres residentes. Hallamos referencias sobre la dificultad para hacer guardias y ya tenia otro bebé.

Discusión

Resulta urgente estudiar aspectos subjetivos en la formación de los recursos humanos para la salud sobretodo entre los médicos que empiezan a ser estudiados, principalmente en los países desarrollados, sobretodo su compromiso vocacional, la satisfacción laboral, su identidad profesional, su rendimiento laboral, el estado de su salud física, emocional, vida familiar y personal. En nuestro trabajo detectamos problemas en la organización de la residencia, Sepúlveda encontró desproporciones en los turnos laborales, exceso de actividades asistenciales y administrativas⁷, además de dificultad para trabajar en equipo.

Al determinar el número de horas de actividad médicas, contra el número de horas de recreación realizadas por semana, se observó que siete de cada diez residentes, realizan entre dos y tres turnos y ocho de cada diez, realizaban más de 50 horas de actividades médicas, el 67% realizaba menos de 6 horas de recreación y el 26% tuvieron menos de 2 horas de recreación¹⁵⁻¹⁷. En este trabajo identificamos conflictos no resueltos al interior del grupo de residentes, el reconocimiento de estos factores es muy importante pues permite desarrollar estrategias que favorezcan la satisfacción de los médicos con su profesión⁷. Detectamos problemas en la organización hospitalaria, el ambiente laboral, caracterizado por una pobre comunicación entre el personal del hospital, así como la falta de recursos y ausentismo laboral propiciando aumento en las cargas de trabajo para los residentes⁹⁻¹¹.

La residencia produce rupturas sentimentales y familiares, existe mayor insatisfacción cuando se tienen hijos⁷. El apoyo familiar es indispensable como núcleo generador de motivación hacia la profesión¹². Según esta investigación impacta en la economía de los residentes, ya que uno de los principales motivos de insatisfacción es el bajo salario recibido en las instituciones de atención médica^{7,13}.

Se deben generar estrategias para corregir aspectos negativos durante la formación del médico; en la residencia, la relación médico-paciente es un aspecto fundamental de la atención médica; en varios trabajos, se encontraron preocupantes deficiencias al respecto, por esta razón, al servicio de psiquiatría de un hospital le pareció importante conocer las estrategias de afrontamiento al estrés empleadas por los residentes y ponderar la influencia que algunos factores pudieran tener sobre las mismas, ya que esto sería un primer paso para la adopción de medidas que puedan modificar de forma significativa al estrés del médico durante su residencia, permitiendo reducir la tensión y restablecer el equilibrio¹⁸. La investigación cualitativa en salud es un método que en su abordaje y aportes a las ciencias, indaga presentar elementos que permitan dar respuestas y definiciones sobre actos, eventos o acontecimientos que rodean y abordan al profesionista médico, a través del uso de una codificación lingüística y de orden estructural significativa tal y como lo abordan los científicos holísticos; esto es integrar, la diversidad de elementos o datos en los que se destaca el contexto que rodea el evento de análisis tiene un valor, el cual por medio de la observación, inducción-deducción y conceptualización de lo que percibimos, da apertura al modo de establecer juicios y criterios¹⁹.

Referencias

- 1.- McWhinney I. Los orígenes de la Medicina Familiar. En: La Medicina de Familia: La clave de un nuevo modelo. Ceitlin, Gómez. semFYC y CIMF. Madrid. 1997.
2. Ramírez OF. Método cualitativo para investigación en Medicina Familiar: una alternativa. Atención Familiar 2005;
3. Cook TD, Reichardt CS. Métodos cualitativos y cuantitativos en investigación evaluativa. Madrid: Morata; 1986.
4. Del Rincón D, Arnal J, Latorre A, Sans A. Técnicas de investigación en ciencias sociales. Madrid: Dykinson; 1995.
5. Denzin NK, Lincoln YS. Handbook of qualitative research. London: Sage; 1994.
6. Arias CJ. Modos de afrontamiento al estrés en residentes de medicina. Rev Med Hered 9(2), 1998; 63-69.
7. Sepúlveda Vildosa AC. Insatisfacción durante la residencia en pediatría. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2006; 44(5): 423-432.
8. Leigh JP, Kravitz RL, Schembri M, Samuels SJ, Mobley BS. Physician career satisfaction across specialties. Arch Intern Med 2002; 162: 1577-1583.
9. Bohle A, Baumgartel M, Gotz M, Muller E, Jocham D. Burnout of urologists in the County Of Schelegwig-Holstein, Germany: a comparison of hospital and private practice urologist. J Urol 2001; 165: 1158-1161.
10. Vermeulen M, Mustard C. Gender differences in job strain, social support at work, and psychological distress. J Occup Health Psychol 2000; 5: 428-440.
11. Guevara CA, Henao DP, Herrera JA. Síndrome de desgaste profesional en Médicos internos y residentes. Hospital Universitario del Valle, Cali, Agosto 6, 2004; 1-10. <http://colombiamédica.univalle.edu.co/Vol35No4/BODY/CM35N4A2.HTM>.
12. Cujec B, Orancia T, Borhm C, Johnson D. Career and Parenting Satisfaction Among Medical students, residents and physician teachers at a Canadian Medical School. CMAJ 2000; 162(5): 637-640.
13. Campion EW. A symptom of discontent. N Engl J Med 2001;344:223-225.
14. Milles MB, Huberman AM. Producing reports. In Qualitative Data Analysis. Thousand Oaks California: Sage, 1994, p. 298-306.
15. De Pablo R, Suberviola J. La prevalencia del síndrome de Burnout o desgaste profesional en Médicos de Atención Primaria 1998; 22: 550-584.
16. Atance J. Aspectos epidemiológicos del síndrome de Burnout en personal hospitalario. Rev Esp Salud Pública 1997; 71: 293-303.
17. Thommasen H, Lavanchy M, Connelly I, Berkowitz J, Grzybowski S. Mental health, job satisfaction, and intention to relocate. Opinion of physicians of rural British Columbia. Can Fam Phys 2001; 47: 737-744.
18. Mulanovich V. La relación médico paciente en dos hospitales docentes de Lima (Tesis de Bachiller). Lima Perú: Universidad Peruana Cayetano Heredia, 1990.
19. Moreno García, David. La investigación en salud. Revista de salud pública y nutrición de la Universidad Nacional de Nuevo León. 2000;1(2).