



<https://doi.org/10.24245/mim.v38i1.4811>

Factores psicosociales y formación académica. Percepción de residentes y profesores

Psychosocial factors and academic training. Resident and teachers perception.

Martín Acosta-Fernández,¹ María de los Ángeles Aguilera-Velasco,² Teresa Margarita Torres-López,³ Blanca Elizabeth Pozos-Radillo⁴

Resumen

ANTECEDENTES: La formación académica de médicos residentes es un proceso educativo-laboral en el que se enfrentan factores psicosociales de riesgo que pueden afectar su salud.

OBJETIVO: Analizar los factores psicosociales de riesgo que enfrentaron los residentes durante su primer año de formación, identificar los contextos y situaciones más recurrentes de exposición y las temáticas asociadas con la implementación del programa operativo.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio cualitativo interpretativo, con seguimiento, análisis de contenido y temático de residentes y profesores, realizado de marzo de 2019 a febrero de 2020. Se utilizó como referente la Norma Oficial Mexicana NOM-035-STPS-2018. Se realizaron entrevistas en profundidad.

RESULTADOS: Participaron 11 residentes (5 mujeres y 6 hombres), con edad promedio de 26.5 años, solteros y foráneos respecto a la subsección médica donde se realizó el estudio, y 2 profesores, un hombre (titular) y una mujer (adjunta), con edad promedio de 40 años, casados, con vivienda en la misma ciudad de localización de la subsección. Residentes y profesores identificaron en los dominios carga de trabajo y relaciones sociales en el trabajo los contextos y situaciones más recurrentes de exposición a factores psicosociales de riesgo. Destacaron las temáticas: condiciones adversas para la formación, uso instrumental de los residentes, violencia y desatención y descuido de la salud.

CONCLUSIONES: Las percepciones de ambos grupos describieron un contexto y situaciones recurrentes de exposición repetitiva, sistemática y constante a factores psicosociales de riesgo y temáticas que destacaron un entorno organizacional no favorable para la formación académica.

PALABRAS CLAVE: Educación de posgrado en medicina; residencia médica; medicina interna; investigación cualitativa.

Abstract

BACKGROUND: Resident academic training is an educational-labour process in which they face psychosocial risk factors that can affect their health.

OBJECTIVE: To analyse the psychosocial risk factors faced by the residents during their first year of training, to identify the most recurrent contexts and situations of exposure and the themes associated with the implementation of the academic-operational program.

MATERIALS AND METHODS: Interpretive study with content monitoring, content and thematic analysis of residents and teachers, done from March 2019 to February 2020. Mexican Official Standard NOM-035-STPS-2018 was used as a reference.

RESULTS: There were included 11 residents (5 women and 6 men), with mean age of 26.5 years, single and foreigner about the medical campus where study was done, and 2 professors, a man (head) and a woman (adjuvant), with mean age of 40 years, married, living in the same city of the campus. Residents and teachers identified

¹ Doctor en Ciencias de la Salud en el Trabajo. Centro Universitario de Ciencias Económico Administrativas.

² Doctora en Ciencias de la Salud en el Trabajo.

³ Doctora en Antropología Social.

⁴ Doctora en Psicología de la Salud. Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara, Jalisco, México.

Recibido: 30 de septiembre 2020

Aceptado: 2 de mayo 2021

Correspondencia

Martín Acosta-Fernández
martin.acosta@cucea.udg.mx

Este artículo debe citarse como:

Acosta-Fernández M, Aguilera-Velasco MA, Torres-López TM, Pozos-Radillo BE. Factores psicosociales y formación académica. Percepción de residentes y profesores. Med Int Méx 2022; 38 (1): 51-66.

the most recurrent contexts and situations of exposure to psychosocial risk factors in the domains of workload and social relations at work. The themes stood out: adverse conditions for training, instrumental use of residents, violence, inattention and health neglect.

CONCLUSIONS: Both groups' perceptions described a context and recurrent situations of repetitive, systematic and constant exposure to psychosocial risk factors and themes that highlighted an unfavourable organizational environment for academic training.

KEYWORDS: Graduate medical education; Medical residency; Internal medicine; Qualitative research.

ANTECEDENTES

La formación académica de los médicos residentes puede ser analizada desde lo normativo, lo organizacional, lo académico y lo psicosocial. Los tres primeros enfoques están más orientados a lo educativo, mientras que el psicosocial encuadra a la formación académica de los médicos residentes como un escenario donde convergen tanto lo educativo como lo laboral. En todos los enfoques figuran como protagonistas los residentes y los docentes.

El Sistema Nacional de Residencias Médicas es regulado, para su organización y funcionamiento, por la Norma Oficial Mexicana NOM-001-SSA3-2012,¹ Educación en Salud, el Plan Único de Especializaciones Médicas (PUEM)² y el Código de bioética para el personal de salud.³

Con respecto a lo organizacional, la relación docente-alumno provee a los residentes de los supuestos fundamentales, valores, comportamientos, normas y artefactos propios de la cultura médica. Y, mediante el clima, de las prácticas institucionales que se expresan en formas de comunicación, gestión de conflictos,

liderazgo y sistemas de reconocimiento que caracterizarán su formación académica.⁴ Asimismo, los residentes comparten responsabilidad con los docentes en el ejercicio de actos de gestión médica y administrativa en los diferentes servicios por los que rotan en atención a las necesidades y demandas de salud de los pacientes.⁵

En lo académico, el aprendizaje de la medicina reclama de los residentes una inmersión en un ambiente educativo clínico que troquelará su ser, sentir, pensar, decir y hacer como médicos especialistas. Sea por lo que representa el hospital, los intercambios entre ellas y ellos con sus docentes (currículum oculto),⁶ o por el exceso del trabajo asistencial que les acercará a lo administrativo y les alejará de lo académico.⁷

Las condiciones psicosociales que surgen durante la formación académica de los médicos residentes integran dimensiones normativas, organizacionales y académicas, se manifiestan en el programa operativo en el que los residentes, como estudiantes y trabajadores⁸ se enfrentan a exigencias psicológicas y formas de organización, conocidas como factores psicosociales de riesgo, que se expresan mediante la interacción del ambiente físico del trabajo, los factores



propios de la actividad, la manera en cómo se organiza el tiempo de trabajo, el liderazgo y las relaciones sociales y el entorno organizacional.⁹ Exposiciones repetitivas, sistemáticas y constantes, en tiempo e intensidad, a factores psicosociales de riesgo pueden ocasionar daños en la salud física y mental de quien las percibe y enfrenta.

Para Lifshitz las condiciones normativas, organizacionales, educativas y psicosociales más recurrentes en la formación académica de los médicos residentes en México son: códigos disciplinares inadecuados, sedes con organización castrense, predominio de las actividades asistenciales sobre las académicas, abandono de alumnos en las unidades médicas por parte de las instituciones de educación superior, asignación de tareas extra-curriculares a los residentes que no se corresponden con lo médico, prácticas clínicas sin observación, horarios excesivos, escasas horas de sueño, fractura de la vida familiar y social, maltrato, violencia y acoso psicológico.⁶ Con base en lo anterior, en este trabajo se buscó conocer qué condiciones psicosociales se manifestaban en residentes de primer año de la especialidad de medicina interna.

Se realizó una investigación cualitativa basada en los modelos “demanda-control-apoyo social”¹⁰ y “equilibrio esfuerzo-recompensa”¹¹ con el propósito de analizar a la formación académica de los médicos residentes como un proceso educativo-laboral (programa académico y programa operativo) y conocer las percepciones de residentes y profesores de medicina interna con respecto a la exposición de los primeros a factores psicosociales de riesgo durante su primer año de formación académica.

Se decidió realizar el estudio con residentes de la especialidad de medicina interna, tanto por oportunidad en el contacto con los participantes, como por la prevalencia de síndrome de desgaste

profesional¹² reportado con una prevalencia del 76%, una de las tasas más altas de agotamiento por número de horas trabajadas (55.3%) y probabilidad de muerte por suicidio.¹³ Otros residentes de esta misma población destacaron la nula o inexistente retroalimentación de los profesores, la prolongación de la jornada laboral y la alta responsabilidad que implica tener a su cargo pacientes hospitalizados graves, factores asociados con la aparición de síntomas depresivos.^{14,15} Debido a que son pocos los estudios que consideran los puntos de vista de los docentes en torno a la exposición a factores psicosociales de riesgo presentes en el proceso educativo-laboral de las residencias médicas, se decidió incluir también a esa población.¹⁶

Se implementó el modelo “demanda-control-apoyo social” que identifica, describe y analiza las condiciones psicosociales y los posibles riesgos a la salud por el trabajo. Mientras que el modelo “equilibrio esfuerzo-recompensa” analiza la correspondencia entre el esfuerzo físico y psicológico realizado en el trabajo, las retribuciones económicas o sociales proporcionadas al trabajador y su sentimiento de pertenencia a la organización.

Considerando a la formación académica de los médicos residentes un proceso educativo-laboral nos preguntamos: ¿cómo perciben los residentes de medicina interna la exposición a factores psicosociales de riesgo durante su primer año de formación académica y cómo la perciben sus profesores?

El objetivo de este trabajo fue analizar los factores psicosociales de riesgo que enfrentan los residentes durante su primer año de formación para:

- a. Identificar y describir los contextos y situaciones más recurrentes de exposición a factores psicosociales de riesgo de los residentes.

- b. Conocer las diferencias o semejanzas en la percepción de exposición a factores psicosociales de riesgo entre residentes y profesores.
- c. Identificar, describir y analizar las temáticas asociadas con la implementación del programa académico y programa operativo.
- d. Demostrar la importancia de encuadrar a la formación académica de los médicos residentes como un escenario educativo-laboral y caracterizarlo como un proceso de trabajo susceptible de intervenciones que privilegien la menor exposición posible a factores psicosociales de riesgo de los residentes.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio interpretativo, seguimiento y análisis de contenido y temático efectuado con residentes de medicina interna y profesores de una institución pública para conocer su percepción respecto a la exposición de residentes a factores psicosociales de riesgo durante su formación académica de los médicos residentes.

La selección de participantes fue propositiva (se eligió entre sujetos posibles con la característica residente de medicina interna y profesor), secuencial (el tamaño de la muestra se decidió hasta lograr la saturación de información) y de cadena (cada participante nos remitió a otro más).¹⁷ Se usó solo un criterio de inclusión; para residentes: formar parte de una misma generación y, para docentes, haber fungido como profesores de los residentes entrevistados.

Se diseñaron dos guías de entrevista sobre la exposición a factores psicosociales de riesgo, una para residentes y otra para profesores. Se realizaron 13 entrevistas en profundidad.

El análisis se realizó acorde con las fases establecidas por Vaismoradi y colaboradores,¹⁸ quienes definen al análisis de contenido como “la posibilidad de hallar un tema basado en su frecuencia de ocurrencia” y al análisis temático como “la interpretación integrativa del contenido manifiesto y latente”.

1. Familiarización con los datos: Todas las entrevistas fueron transcritas literalmente y se conformaron 13 documentos. Se identificaron fragmentos de texto que expresaran formas de percibir, pensar, sentir y actuar de los entrevistados con respecto a la exposición a factores psicosociales de riesgo de los residentes durante su formación académica.
2. Generación de categorías o códigos iniciales: Se elaboró un listado de códigos teóricos basado en las dimensiones psicosociales que integran la Guía de Referencia III de la Norma Oficial Mexicana NOM-035-STPS-2018.
3. Para el análisis de contenido.
 - a. Identificación de situaciones, relaciones y comportamientos de exposición a factores psicosociales de riesgo.
 - b. Agrupación, clasificación y listado de los testimonios por dimensión, dominio y subcategoría con base en la NOM-035-STPS-2018. **Cuadro 1**
 - c. Descripción, comparación y listado por dimensiones, dominios y subcategorías por grupo de las tendencias de contenido con respecto a contextos y situaciones más recurrentes de exposición a factores psicosociales de riesgo. **Cuadro 2**
4. Para el análisis temático.



Cuadro 1. Número y porcentajes por categoría, subcategoría y dominio y número de testimonios de residentes y profesores de medicina interna por dimensión para factores psicosociales de riesgo durante la formación académica de médicos residentes

Categoría	Subcategoría	Dominio	Dimensiones	Núm. de testimonios		Total	
				Residente de medicina interna	Profesor de medicina interna		
Factores psicosociales de riesgo durante la formación académica de médicos residentes (732) 100%	Ambiente de trabajo (23) 3.1%	Condiciones en el ambiente de trabajo (23) 3.1%	Condiciones peligrosas e inseguras	2	0	2	
			Condiciones deficientes e insalubres	21	0	21	
	Factores propios de la actividad (342) 46.7%	Carga de trabajo (262) 35.8%	Trabajos peligrosos	Trabajos peligrosos	0	0	0
				Cargas cuantitativas	65	34	99
				Ritmos de trabajo acelerado	4	4	8
				Carga mental	2	7	9
				Cargas psicológicas emocionales	9	11	20
				Cargas de alta responsabilidad	50	13	63
				Cargas contradictorias o inconsistentes	48	15	63
				Falta de control y autonomía sobre el trabajo	12	10	22
Organización del tiempo de trabajo (76) 10.4%	Falta de control sobre el trabajo (80) 10.9%	Limitada o nula posibilidad de desarrollo	Limitada o nula posibilidad de desarrollo	26	1	27	
			Insuficiente participación y manejo del cambio	0	0	0	
			Limitada o inexistente capacitación	23	8	31	
			Jornadas de trabajo extensas	30	14	44	
Liderazgo y relaciones sociales en el trabajo (266) 36.3%	Interferencia en la relación trabajo-familia (32) 4.4%	Influencia del trabajo fuera del centro laboral	Influencia del trabajo fuera del centro laboral	24	3	27	
			Influencia de las responsabilidades familiares	4	1	5	
	Relaciones en el trabajo (64) 8.7%	Liderazgo (104) 14.2%	Escasa claridad de funciones	Escasa claridad de funciones	34	6	40
				Características del liderazgo	58	6	64
Entorno organizacional (25) 3.4%	Reconocimiento del desempeño (21) 2.9%	Relaciones en el trabajo (64) 8.7%	Relaciones sociales en el trabajo	43	11	54	
			Deficiente relación con los colaboradores	8	2	10	
			Violencia laboral	74	24	98	
			Escasa o nula retroalimentación del desempeño	10	0	10	
			Escaso o nulo reconocimiento y compensación	10	1	11	
			Insuficiente sentido de pertenencia e inestabilidad (4) 0.5%	Limitado sentido de pertenencia	0	0	0
Inestabilidad laboral	4	0	4				
Total				561	171	732	

Cuadro 2. Tendencias de contenido por grupo, subcategoría, dominio y dimensiones para factores psicosociales de riesgo durante la formación académica de médicos residentes

Grupo	Subcategoría	Dominio	Dimensiones	Testimonios		
				Núm.	%	
Residente de medicina interna	Factores propios de la actividad (239) 46.7%	Carga de trabajo (178) 32%	Cargas cuantitativas	65	12	
			Cargas de alta responsabilidad	50	8.9	
			Cargas contradictorias o inconsistentes	48	8.6	
	Liderazgo y relaciones sociales en el trabajo (217) 39%	Liderazgo (92) 16%	Características del liderazgo	58	10	
			Relaciones en el trabajo (125) 22%	Relaciones sociales en el trabajo	43	7.7
				Violencia laboral	74	13
Profesor de medicina interna	Factores propios de la actividad (103) 60%	Carga de trabajo (84) 49%	Cargas cuantitativas	34	20	
			Cargas de alta responsabilidad	13	7.6	
			Cargas contradictorias o inconsistentes	15	8.8	
	Organización del tiempo de trabajo (18) 11%	Jornada de trabajo (14) 8.2%	Jornadas de trabajo extensas	14	8.2	
			Liderazgo (12) 7%	Características del liderazgo	6	3.5
				Relaciones en el trabajo (37) 22%	Relaciones sociales en el trabajo	11
		Violencia laboral	24		14	

- a. Búsqueda de temas: En cada documento primario se identificaron y seleccionaron fragmentos de texto que manifestaran temáticas de actividades, comportamientos y situaciones relacionadas con el desarrollo del programa operativo durante la formación académica de los médicos residentes.
- b. Delimitación, denominación y descripción de temas y subtemas.

Cuadro 3

- 5. Elaboración del reporte final: se redactó un reporte de los testimonios de los entrevistados vinculados con el trabajo operativo de los residentes.

La NOM-035-STPS-2018 cuenta con cinco guías de referencia y establece lineamientos para el diagnóstico de seguridad y salud en el trabajo, medidas de prevención y acciones de control, políticas de prevención para el desarrollo e implementación de una cultura de trabajo digno y decente, y para la mejora continua de las condiciones de trabajo.

Para el análisis de datos se utilizó el programa Atlas.ti® v.8.4.3. Se consiguieron 732 testimonios alusivos a exposición a factores psicosociales de riesgo. Se calculó número y porcentaje total y grupal de testimonios por categoría, subcategoría, dominio y dimensiones.

Se evaluó la consistencia del análisis por la capacidad interpretativa de la codificación teórica,



por la similitud en la identificación de temáticas entre investigadores,¹⁹ su significado en el contexto y su posibilidad de transferencia.²⁰

Aspectos éticos

Se observó la Ley General de Salud (2018) en lo relativo a la Investigación para la Salud. Artículos 96 numeral I y 100 numeral IV, referentes al conocimiento de procesos psicológicos en los seres humanos y al consentimiento informado. Se presentaron objetivos, confidencialidad de la información y derecho a retirarse del estudio

voluntariamente. El proyecto fue evaluado y aprobado por las Comisiones de Investigación y Ética de Investigación de la institución de adscripción de los investigadores con registro CI/076/015.

RESULTADOS

Participaron 11 residentes de un total de 14 posibles. Cinco mujeres y seis hombres, edad promedio de 26.5 años, solteros y foráneos respecto a la subselección médica donde se realizó el estudio. Dos profesores, un hombre (titular)

Cuadro 3. Líneas temáticas, sub-temas y testimonios de residentes y profesores de medicina interna (continúa en la siguiente página)

Línea temática	Sub-tema	Testimonios
Condiciones adversas para una formación académica de calidad	Estado físico de las instalaciones	"Cuando conocimos la clínica, vimos que está mal cuidada. No hay muchos servicios, no hay material, no hay personal. Y pensé: "si éste es el lugar en donde vamos a hacer la residencia, no podremos hacer mucho". (E10;H)
		"La mayoría de los hospitales de zona están pasando por una crisis económica. No se cuenta con las mejores instalaciones ni con los mejores recursos; con muy poco se quiere hacer mucho". (PAd)
	Áreas de descanso	No se tiene un área exclusiva para descansar de mujeres y de hombres como debería de ser. Era una nada más y tenía solo seis camas para los más de 30 residentes e internos por guardia". (E8;M)
		"El programa también dice que el residente debe tener cierto descanso, pero bueno, en la práctica eso ha sido un problema. Pues en el hospital no hay un espacio adecuado para que los residentes puedan dormir un rato". (PT)
	Áreas y equipo de trabajo	"Pues no se tenían áreas para trabajar en ninguno de los servicios. Medicina interna era el único que tenía mesa. Al final, los últimos 2 meses, ya tuvimos un área donde trabajar con sillas y con mesa". (E7;M)
		"No tienen hojas donde hacer sus ingresos, no hay impresoras. Ellos traen sus propias laptop para hacer sus ingresos, porque si no, pues sería imposible el tener material con que trabajar. Hay dos máquinas de escribir, pero sin cintas. Sí, hay mucha carencia de recursos en ese aspecto". (PAd)
Carencia de aulas	"Hemos tomado clases en la biblioteca, sentados frente a una computadora en una pantalla de 14 pulgadas y platicando bajito para no molestar". (E1;H)	
	"Solo hay un auditorio, generalmente lo ocupa enfermería o trabajo social. Entonces muchas veces teníamos que posponer las clases porque no teníamos un lugar dónde recibir la clase". (E6;H)	
	"Es muy difícil, porque hay que bajar con el de enseñanza para que nos aparte una semana antes el aula. Y muchas veces ya está apartada para otro evento. En todos los servicios pasa lo mismo, porque no tenemos un lugar fijo para tener clases". (E10;H)	
		"Que se tenga la disponibilidad de aulas para poder dar las clases aquí es un problema frecuente." (PAd)

Cuadro 3. Líneas temáticas, sub-temas y testimonios de residentes y profesores de medicina interna (continúa en la siguiente página)

Línea temática	Sub-tema	Testimonios
Entorno de enseñanza-aprendizaje	Desvinculación universidad-hospital	“Creo que la universidad debería de preocuparse más por el aspecto de la formación académica de sus residentes. Al menos con nosotros, solo hubo acercamiento cuando hicimos un escrito para ellos y para la delegación de cómo estaban las cosas en el hospital. Vinieron, pero no más se lavaron las manos, ya no volvieron; todo sigue igual”. (E5;M)
		“La representante de universidad (...) vino al hospital y vio todas las carencias que había y se sorprendió; dijo que no estaba enterada. Se supone que las sedes deben cumplir ciertos requisitos para recibir estudiantes y el hospital no los cumple”. (E7;M)
		“Estamos muy desvinculados. Yo diría que ése es quizá uno de los problemas más importantes. La universidad tiene muchos recursos bibliográficos, tiene muchos cursos, pero nunca nos ponen en la mesa todo lo que se pueda ofrecer para que el alumno tenga más herramientas”. (PT)
		“La universidad está muy alejada de nuestros médicos, solo le interesan cuando se inscriben, ahí se acaba el contacto. Ofrece muy poco apoyo; su colaboración es mínima. Tanto para mí como profesor y mucho menos para ellos como alumnos”. (PT)
	Programa académico	“No había un sistema bien establecido de clases. No había un calendario bien estipulado, las clases eran a demanda. Eso es algo negativo”. (E2;H)
		“En la mañana el único que nos apoyaba era nuestro profesor titular. Pero tenía mucha consulta y pacientes hospitalizados. Iniciábamos clase sin él y se integraba cuando podía. Nadie de los demás doctores lo apoyaba con las clases”. (E11;M)
	Poca participación de médicos adscritos en la docencia	“Sí hay un programa académico, el PUEM, pero sin planeación didáctica. Entonces eso, y no existir, es prácticamente lo mismo”. (PT)
		“Pocos médicos se preocupan, van y nos coordinan. Otros, solamente van y nos escuchan. Ellos no aportan nada de su experiencia”. (E6;M)
		“A la mayoría de los médicos de base no les importa enseñar, me parece que se lavan las manos y dicen: ‘que ellos lo resuelvan’. Eso es algo que yo creo que está mal”. (E3;H)
		“El equipo docente siempre ha sido reducido, faltaría que también se involucrara más el médico de base. Algunos no lo hacen por la carga de trabajo. Otros porque no les interesa”. (PT)
Uso inapropiado de las jerarquías	“No todos los adscritos participan en la formación del residente, no hay reciprocidad”. (PAd)	
	“Una ocasión pedí apoyo a una enfermera para sacar una muestra de sangre. Y me dijo: ‘no se confunda doctor, yo no saco muestras’. El adscrito, nada más por jerarquía, me dijo: ‘¡tú lo tienes que hacer!’”. (E9;H)	
		“En primer año los residentes se topan con personalidades difíciles y autoritarias, para quienes las jerarquías son importantes, pero abusan de esa situación”. (PT)



Cuadro 3. Líneas temáticas, sub-temas y testimonios de residentes y profesores de medicina interna (continúa en la siguiente página)

Línea temática	Sub-tema	Testimonios
Uso instrumental de los residentes	Mano de obra	“Siento que nosotros, todo mundo lo sabe, somos mano de obra barata. Con nosotros cubren todo lo que los demás no hacen. Uno trabaja por todas las personas que no contratan”. (E6;M)
		“Hablando específicamente de este hospital, sin residentes y sin internos yo no sé cómo funcionaría”. (E2;H)
		Te tratan como si fueras un obrero, no como un médico”. (E2;H)
		“Honestamente, si no estuvieran los muchachos, los residentes o los médicos internos, la capacidad de trabajo sería difícil para la institución. Digamos que son, sonará feo, mano de obra barata. Sin ellos será difícil que los procesos que debe llevar el hospital se lleven a cabo”. (PT)
		“El residente en el primer año tiene poco tiempo para estudiar. La carga de trabajo, al menos en instituciones como ésta, es mucha y no se dedica de pleno a lo académico”. (PAd)
Violencia	Acoso	“El jefe de servicio tenía la particularidad de la humillación pública. Su filosofía era cortar una cabeza por promoción. Agarraba de bajada a alguien que hizo algo mal y lo exponía todo el tiempo para atemorizar a los demás”. (E6;H)
		“Yo creo que bajo ninguna razón es justificable el acoso y menos que venga de digamos ‘gente culta’; de los propios jefes”. (PT)
	Hostigamiento	“En la entrega de guardia, el jefe del servicio se va sobre residentes e internos, parejo. Nos grita groserías y nos reclama sobre cosas que no nos corresponden a nosotros”. (E11;M)
		“Hay personal con el que los residentes batallan mucho. Son personas con una actitud que no es de cooperación. Es de todo el tiempo achacarles que todo lo malo que sucede en el hospital es por su culpa”. (PT)
	Maltrato	“En nuestro primer día, el jefe de enseñanza estaba despidiendo a los que se iban a R2. Volteó y nos dijo: ‘¿Ah, ustedes son los nuevos? ¡Vengan!’ Hizo una señal para que los R2 se retiraran. Iban a recoger las botellas que había en la mesa, y él dijo: ‘¡Déjenlas ahí!’ Y nos dijo: ‘¡Ustedes, limpien!’ Nos pusimos a recoger la basura, a mover las máquinas y dijo: ‘Ahora sí, ¿ya entendieron que, como nuevos, cuál es su papel?’”. (E8;M)
		“Los adscritos permitimos ese tipo de cosas, cuando vemos alguna falta de respeto al residente, pues nos quedamos callados” (PAd).

Cuadro 3. Líneas temáticas, sub-temas y testimonios de residentes y profesores de medicina interna (continuación)

Línea temática	Sub-tema	Testimonios
Desatención y descuido de la salud de los residentes	Sin programas de atención	“Yo no recuerdo que jamás nos dijeran algo o que nos ofrecieran ir con psiquiatra, con psicólogo, ni nada. De hecho, a nadie. No, a nadie de mis compañeros, ni a mí”. (E1;H)
		“No hay un programa específicamente diseñado para la detección oportuna o preventiva de estrés o problemas de depresión mayor, no, no lo hay. Yo diría que a través del tiempo ha sido así, y lo hemos visto como algo normal”. (PT)
	Daños a la salud	Es el <i>burnout</i> lo que poco a poco acaba con tu paciencia. Y aunque muchas veces quería renunciar, no puedes dejar de ir al hospital”. (E5;M)
		Es un cansancio horrible, muchas veces me he sentido muy ansiosa, Tanto, que quiero salir corriendo”. (E7;M)
	Comportamientos de autocuidado	“Cuando se es residente, como que tiende uno a deprimirse. Sentimos que todo mundo está en contra nuestra. Termina esa etapa y sí, lo ve uno muy diferente. Es malo, pero uno dice: ‘me sirvió, finalmente aprendí’”. (PAd)
		“Los primeros cuatro o cinco meses, por el tiempo que estaba en el hospital, comía solo un alimento al día. Era dar prioridad a las actividades académicas y no a comer”. (E2;H)
		“Como que te acostumbras a no tomar agua, no te acuerdas, no tienes tiempo y muchas veces pues te dan infecciones de vías urinarias”. (E7;M)

E: entrevistado; M: mujer; H: hombre; PT: profesor titular; PAd: profesora adjunta.

y una mujer (adjunta), edad promedio 40 años, casados, con vivienda en la misma ciudad de localización de la subsede. En el **Cuadro 1** se expresa el número y porcentaje por categoría, subcategoría y dominio y número de testimonios por dimensión de residentes y profesores para factores psicosociales de riesgo durante la formación académica de los médicos residentes.

Los residentes y profesores identificaron y describieron dos tendencias de contenido con respecto a los contextos y situaciones más recurrentes a exposición a factores psicosociales de riesgo: a) factores propios de la actividad y b) liderazgo y relaciones sociales en el trabajo.

Residentes

a) Los factores propios de la actividad expresaron su predominio a través de altas cargas de trabajo (cuantitativas, de alta responsabilidad y contradictorias o inconsistentes) principal, pero no

únicamente, durante la realización de las guardias. Asimismo, por la cantidad de pacientes por atender, procedimientos a realizar y el número de actividades administrativas encomendadas. De igual forma, por percibir una alta responsabilidad sobre el estado de salud y número de pacientes a los que aún no se sentían capaces de atender con la calidad y claridad requerida sin el acompañamiento permanente de algún superior jerárquico. Y por enfrentar el dilema de privilegiar el cumplimiento de los requerimientos administrativos (por ejemplo: tener listo el censo de pacientes para la entrega de guardia) exigidos por el jefe de servicio, o ponderar la atención clínica de los pacientes que les restituyera su salud o preservara la vida.

b) El liderazgo y relaciones sociales en el trabajo se expresó por la percepción de un liderazgo que se caracterizó por no proveer apoyo y orientación sobre cómo organizar el trabajo o resolver los problemas que se les presentaron a los residentes



de medicina interna durante las guardias, sea por la ausencia, “la antipatía o no deseos de cooperación”^a de algunos médicos adscritos, o por la comunicación no asertiva del jefe de servicio. Lo que, desde la perspectiva de los residentes, dio como resultado que les fueran atribuidas a ellos algunas de las insuficiencias de organización y mal funcionamiento del hospital y ello pudiera derivar en la exposición a situaciones y comportamientos de violencia verbal del jefe de servicio.

Profesores

a) Los factores propios de la actividad expresaron su predominio a través de altas cargas de trabajo (cuantitativas, contradictorias o inconsistentes y de alta responsabilidad). Sin embargo, a diferencia de los testimonios expresados por los residentes, la carga cuantitativa de trabajo se atribuyó tanto a la mala planeación, mal funcionamiento e incapacidad de la institución para cubrir de manera oportuna y eficiente con la demanda de atención a los derechohabientes, como por una práctica recurrente de la institución para delegar y sobrecargar de trabajo operativo a los residentes.

Por otra parte, la carga de trabajo contradictoria e inconsistente se asoció con la falta de recursos (materiales, humanos y de medicamentos) que sufría la institución. Condición que comprometía, limitaba o impedía a los residentes el cumplimiento oportuno y efectivo de su responsabilidad de ofrecer una atención médica que preservara la salud y la vida de los pacientes.

b) El liderazgo y relaciones sociales en el trabajo se expresó por la percepción de relaciones sociales calificadas como autoritarias y poco respetuosas, comunicación tendiente a la descortesía, limitado o ausente apoyo social de médicos adscritos y el jefe de servicio, y situa-

ciones y comportamientos de exclusión hacia los residentes por parte de médicos adscritos, personal de enfermería y de camillería.

Una diferencia entre los testimonios de los residentes y los profesores fue que los profesores reportaron un valor relativo mayor que los residentes para la relación carga de trabajo con jornadas de trabajo extensas. Y la asociaron con la duración de las guardias (que consideraron “algo antididáctico y antinatural”^b) y la consideraron una limitante para la dedicación a lo académico y generaba en los residentes cansancio físico y mental. **Cuadro 2**

Con base en las tendencias de contenido, se identificaron cinco líneas temáticas que reflejaron la relación entre la precariedad material y de recursos que enfrentaba el hospital, la desvinculación entre universidad y hospital, las implicaciones en la calidad de la formación académica y operativa, la condición de vulnerabilidad de los residentes y las afectaciones a su salud.

Condiciones adversas para una formación académica de calidad

Los residentes y profesores señalaron al deterioro de la infraestructura y la escasez de recursos materiales y humanos en el hospital como un obstáculo que limitó la calidad de la formación académica de los médicos residentes.

Los testimonios de los residentes no se enfocaron a apreciaciones estéticas o de confort; apuntaron a carencias tan relevantes como no tener un aula con disponibilidad permanente para el desarrollo de sus clases, no contar con sillas donde sentarse para realizar sus notas o hacer una pausa y descansar. O, durante las guardias, no tener disponible una cama para dormir. Ca-

^a Expresión literal de la profesora adjunta.

^b Expresión literal del profesor titular.

rencias que motivaron a los residentes a hacerse cargo de gestionar un aula donde recibir sus clases, usar sus propias computadoras portátiles y, con su propio dinero, sufragar la compra de hojas de papel y tinta para imprimir sus notas. Para ambos casos, los residentes expresaron su desazón con expresiones como: “nos exigen mucho y recibimos muy poco”.

En consonancia con lo anterior, los profesores atribuyeron a la crisis económica que atravesaban los hospitales de zona como la causa de las malas condiciones e insuficiencia de recursos que se requieren para una formación académica de calidad de los residentes.

Entorno de enseñanza-aprendizaje

Residentes y profesores coincidieron en que el entorno de enseñanza-aprendizaje estuvo marcado por la desorganización entre la universidad y el hospital, la no correspondencia entre las exigencias planteadas en el programa académico y el programa operativo, la incompatibilidad de la carga de trabajo con el rol docente y el desinterés para la docencia de algunos médicos de base.

Los residentes manifestaron situaciones relacionadas con lo que consideraron desconocimiento, desinterés y carencia de respaldo de su universidad para mejorar las condiciones adversas que enfrentaron durante su formación académica. La falta de estructura y continuidad del programa académico y, sobre todo, el menoscabo que representó el desinterés de algunos médicos adscritos por la formación académica.

La opinión de los docentes, con respecto a la desvinculación de la universidad y el hospital y la escasa participación de los médicos adscritos en la enseñanza-aprendizaje, fue más contundente y crítica. El profesor titular la describió como

una relación más interesada en la retribución económica (pago de matrícula) que en el desarrollo académico de los residentes. Mientras que la profesora adjunta recalcó la no reciprocidad de algunos médicos adscritos quienes, a pesar de delegar su responsabilidad de la atención de los pacientes en los residentes y, en consecuencia, pudieran tener tiempo disponible para la docencia, poco se interesaban por compartir sus conocimientos a sus residentes, pues no asistían a las sesiones de revisión bibliográfica o exposición de casos.

Uso instrumental de los residentes

El uso instrumental refiere a privilegiar el rol del residente como trabajador y asignarle responsabilidades y funciones que le alejan de su papel y compromisos como estudiante. Sea a través de la sobrecarga de trabajo, la duración y extensión de las jornadas laborales y para cubrir la carencia de personal en la unidad médica receptora.

Los residentes manifestaron ser tratados como mano de obra barata y afirmaron que, sin su participación, era difícil que el hospital funcionara. Así como un sentimiento de no ser reconocidos ni por su esfuerzo, ni en su persona. Situación y comportamientos que fueron ratificados por los profesores.

Violencia

Como ya se mencionó en el análisis de contenido, la violencia se identificó como uno de los riesgos psicosociales mayormente percibidos, tanto por los residentes como por los profesores. Desde el punto de vista temático, destacaron las modalidades en las que hubo violencia; acoso, hostigamiento y maltrato psicológico o verbal. Sin embargo, los profesores reconocieron que era un problema que muchas veces es visto como normal e inherente a la formación académica.



Desatención y descuido de la salud de los residentes

Como resultado de las cargas excesivas de trabajo y la violencia, los entrevistados refirieron las afectaciones que ello trajo para los residentes en su salud. Destacaron testimonios que nos permitieron comprobar la ausencia de programas de promoción o prevención de la salud de los residentes. Asimismo, testimonios que reflejaron características de la cultura y algunos hábitos frecuentes durante la formación médica, como el estigma para quien manifestaba sentirse enfermo; generalmente interpretado como un signo de debilidad. Por otra parte, destacó la imposibilidad o renuncia al autocuidado de la salud, si bien atribuible a las excesivas cargas de trabajo, aunque instalado como una práctica recurrente en los residentes.

DISCUSIÓN

Considerar la formación académica de los médicos residentes un proceso educativo-laboral sitúa al médico residente en su rol de estudiante-trabajador, al profesor como educador y al hospital como escenario del proceso. Las percepciones en ambos grupos describen un contexto y situaciones recurrentes de exposición repetitiva, sistemática y constante a factores psicosociales de riesgo y temáticas que destacan un entorno organizacional no favorable para la formación académica.

Las situaciones de exposición a factores psicosociales de riesgo más reiteradas por ambos grupos son: carga de trabajo, con un efecto acumulativo similar en cargas cuantitativas, cargas de alta responsabilidad y cargas contradictorias o inconsistentes. Y se diferencian en el efecto sumativo de las características del liderazgo y su expresión en comportamientos de violencia percibidos por los residentes y, por los profesores, la asociación entre comportamientos de violencia y jornadas de trabajo extensas.

Con respecto a las temáticas, ambos grupos coincidieron en referir un entorno organizacional no favorable para la formación académica por: a) incumplimiento de las condiciones materiales y de funcionamiento exigibles por normativa a la subsección; b) atribuyeron las causas de la inoperancia del hospital a la carencia de recursos y su deficiente organización; c) criticaron la desvinculación entre la universidad y la institución de salud; d) ante las altas cargas de trabajo asociadas con la falta de recursos materiales y humanos, advirtieron la dificultad de cumplir con su compromiso por privilegiar y procurar la salud de los pacientes.

En lo que corresponde a los aspectos relacionados con la cultura médica y clima, destaca el uso instrumental de los residentes y su asociación con el uso inapropiado de la jerarquía y la emergencia de situaciones y comportamientos de violencia. Con respecto a lo académico, el predominio de actividades administrativas sobre las clínicas y, por último, la ausencia de una política de promoción de la salud y prevención de riesgos psicosociales y violencia en el trabajo para los residentes.

No conocemos de estudios cualitativos enmarcados en los modelos “demanda-control-apoyo social” y “equilibrio esfuerzo-recompensa” que analicen cómo perciben los médicos residentes de medicina interna su exposición a factores psicosociales de riesgo en su primer año de formación académica y cómo la perciben sus profesores. Sin embargo, en un estudio de análisis de contenido y análisis temático en residentes de diferentes especialidades y en sus profesores,¹⁶ que buscó conocer las opiniones de ambos para prevenir el agotamiento, encontramos algunas coincidencias. Particularmente, en la falta de apoyo social, relaciones de trabajo inapropiadas, agotamiento del profesorado, altas cargas de trabajo, uso inapropiado de la jerarquía y sobrecarga de trabajo administrativo

como factores impulsores del agotamiento en los residentes. No obstante, nuestro estudio se diferencia en dos aspectos: *a)* no se busca prevenir un daño de origen psicosocial a la salud de los residentes. Nosotros ponderamos la identificación de las causas en la exposición a factores psicosociales de riesgo y así, procurar eliminar o disminuir al mínimo posible la exposición. De esa manera, privilegiamos las intervenciones en el proceso de trabajo y no en el fortalecimiento de la capacidad de adaptación del estudiante-trabajador a las condiciones adversas; *b)* en lo que respecta a asociar agotamiento e indisposición para la docencia de los médicos adscritos, los testimonios obtenidos lo atribuyen más al desinterés de éstos en colaborar con la formación académica de sus residentes.

En relación con las condiciones materiales y de funcionamiento del hospital y su efecto en las perspectivas de los residentes con respecto a su formación académica, hay estudios que identifican a la deficiente organización,²¹ largas jornadas de trabajo, cargas de trabajo inconsistentes y la percepción de condiciones de incertidumbre^{22,23,24} como algunos de los efectos de la inadecuada planeación y organización de las actividades académicas y operativas en los hospitales. En nuestro estudio encontramos datos similares, aunque consideramos la necesidad de señalar el uso instrumental de los residentes como una práctica institucional arraigada para solventar la falta de recursos humanos. Lo que, en consecuencia, genera una dependencia del hospital hacia los residentes²⁵ y en la exposición de éstos a altas exigencias de trabajo y pocos recursos para realizarlo.

Por otra parte, algunos estudios que reconocen en la carga de trabajo uno de los factores psicosociales de riesgo que más afectan la salud y el bienestar de los residentes sugieren la disminución en la carga horaria de las jornadas de

trabajo,^{26,27,28} propuesta que acompañamos parcialmente. En nuestra opinión, esta disminución no resuelve el problema. Pues bajo los modelos “demanda-control-apoyo social” y “equilibrio esfuerzo-recompensa”, una acción aislada, como la sola disminución de la duración de las jornadas de trabajo, no libera a los residentes de la exposición acumulativa y sumativa a los factores psicosociales de riesgo asociados.

Otro planteamiento con el que manifestamos afinidad es la sugerencia de capacitación de los directivos y docentes involucrados en la formación de residentes en habilidades directivas, como liderazgo, manejo de conflictos y trabajo en equipos.^{28,29,30} Pues igual pensamos que con ello se contribuiría a la instauración de una cultura de respeto³¹ y uso adecuado de las jerarquías.

Para finalizar, también encontramos similitudes en el abandono de los comportamientos de autocuidado de los residentes.¹⁶ Mas no acompañamos la idea de que ello esté ligado solo a un extravío en los afectados de esos hábitos, sino que consideramos que la fuente del problema está más en la ausencia en la institución de programas de promoción del bienestar que ofrezcan tiempo y espacio a los residentes para ello y enfatizen en el cuidado de su salud.

CONCLUSIONES

Las percepciones de residentes y profesores describen condiciones materiales precarias y recursos materiales y humanos insuficientes que genera en los residentes: *a)* sentimientos de incertidumbre y adversidad con respecto a la calidad y eficacia de su formación académica; *b)* una exposición a exigencias de trabajo que no se corresponden con los recursos disponibles; *c)* violencia y maltrato, *d)* inexistencia de programas de cuidado y protección de su seguridad y salud.



Ningún estudio identifica a las “crisis económicas” y abandono presupuestal de los hospitales como la causa de los daños en la infraestructura, falta de mantenimiento, contratación de personal y adquisición de equipo, insumos y medicamentos, como condiciones que influyen de manera desfavorable en la formación académica de los médicos residentes.

Consideramos que el principal aporte teórico de este trabajo es el encuadre sólido y consistente de los modelos “demanda-control-apoyo social” y “equilibrio esfuerzo-recompensa”, desde los cuales se concibe a la formación académica de los médicos residentes como un proceso educativo-laboral; solo así es posible conocer las relaciones entre los factores psicosociales de riesgo y sus efectos acumulativos (entre dimensiones de un mismo dominio) y sumativos (entre dimensiones de distintos dominios).

Por otra parte, desde lo conceptual, nuestro estudio abona a vencer la resistencia a reconocer a los médicos residentes como estudiantes y como trabajadores. De persistir la conceptualización alumno-escuela, se impedirá reconocer la relación contractual y de subordinación trabajador-hospital de los residentes, e ignorar la exposición de éstos a factores psicosociales de riesgo por el trabajo, con lo que persistirá la omisión en el cuidado de su seguridad y su salud.

En un sentido práctico, y como consecuencia de lo anterior, los modelos teóricos utilizados y una conceptualización precisa, privilegian intervenciones situadas y específicas para los residentes centradas en el proceso de trabajo, ofrecen herramientas más concretas que contribuyen a exponer a los residentes al menor riesgo psicosocial posible.

Finalizamos con la certeza de que la especificidad de nuestros hallazgos no contradicen su consistencia y replicabilidad para sugerir

estudios en otros grupos y escenarios, pues están encuadrados en los modelos teóricos que alimentan a la NOM-035-STPS-2018; norma que reclama aplicabilidad en todo el territorio nacional y en todos los grupos laborales.

Limitaciones

La escasez de estudios de corte cualitativo y basados en los modelos “demanda-control-apoyo social” y “equilibrio esfuerzo-recompensa” nos impidió una discusión más amplia y profunda. Asimismo, la especificidad del escenario y el número de participantes pueden considerarse las limitaciones a destacar. Sin embargo, es necesario precisar que justo ésa es la característica de estudios de corte cualitativo interpretativo.

REFERENCIAS

1. Diario Oficial de la Federación. Norma Oficial Mexicana NOM-001-SSA3-2012. Educación en salud. Para la organización y funcionamiento de residencias médicas. [Internet]. 2018 Oct 23 [citado 2020 Ago 20] Disponible en: https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5544617&fecha=23/11/2018.
2. Universidad Nacional Autónoma de México. Plan Único de Especializaciones Médicas en Medicina Interna. [Internet]. 2020 [citado 2020 Ago 20]. Disponible en: <http://www.sidep.fmposgrado.unam.mx:8080/NoBorrar/recursos/programas/medinterna.pdf>.
3. Comisión Nacional de Bioética. Código de bioética para el personal de salud. [Internet]. 2002 [citado 2020 Ago 20] Disponible en: http://www.conamed.gob.mx/prof_salud/pdf/codigo_bioetica.pdf.
4. 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 (10): 74-84.
5. Fajardo-Ortiz G, Robledo H. Gestión de la atención médica, herramienta fundamental para médicos residentes. *Cir cir* 2018; 86: 71-78. DOI://dx.doi.org/10.24875/CIRU.M18000005.
6. Lifshitz A. Hacia un modelo de enseñanza clínica. *Med Int Méx* 2020; 36 (2).
7. Hamui A, Flores F, Gutiérrez S, Castro S, Lavalle C, Vilar P. Correlaciones entre las dimensiones de los ambientes clínicos de aprendizaje desde la percepción de los médicos residentes. *Gac Med Mex* 2014; 150: 144-53.

8. Diario Oficial de la Federación. Ley Federal del Trabajo. [Internet]. 2018 Oct 23 [citado 2020 Ago 24] Disponible en: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/125_020719.pdf.
9. Diario Oficial de la Federación. Norma Oficial Mexicana NOM-035-STPS-2018, Factores de riesgo psicosocial en el trabajo: Identificación, análisis y prevención. [Internet]. 2018 Oct 23 [citado 2020 Ago 20] Disponible en: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5541828&fecha=23/10/2018.
10. Karasek R, Theorell T. Healthy Work. Stress, productivity, and the construction of working life. En: Ministerio de la Protección Social. Bateria para la evaluación de factores de riesgo psicosocial. Bogotá: Ministerio de la Protección Social; 2010. 402 p.
11. Siegrist J. Effort-reward imbalance at work: Theory, measurement and evidence. En: Ministerio de la Protección Social. Bateria para la evaluación de factores de riesgo psicosocial. Bogotá: Ministerio de la Protección Social; 2010. 402 p.
12. Balcázar-Rincón LE, Montejo-Fraga LF, Ramírez-Alcántara YL. Prevalencia del síndrome de desgaste profesional en médicos residentes de un hospital de Mérida, Yucatán, México. *Aten Fam* 2015; 22 (4): 111-114. DOI:10.1016/S1405-8871(16)30064-5.
13. Edmondson EK, Kumar AA, Smith. Creating a Culture of Wellness in Residency. *Acad Med* 2018; 93 (7): 966-8. doi: 10.1097/ACM.0000000000002250.
14. Pereira-Lima K, Gupta RR, Guille C, Sen S. Residency program factors associated with depressive symptoms in internal medicine interns: A prospective cohort study. *Acad Med* 2019; 94 (6): 869-75. doi: 10.1097/ACM.0000000000002567.
15. Krug MF, Golob AL, Wander PL, Wipf JE. Changes in resident well-being at one institution across a decade of progressive work hours limitations. *Acad Med* 2017; 92 (10): 1480-4. doi: 10.1097/ACM.0000000000001675.
16. Ironside K, Becker D, Chen I, Daniyan A, Kian A, Saheba N, Hollander R. Resident and faculty perspectives on prevention of resident burnout: A focus group study. *Perm J* 2019; 23: 18-185. doi: 10.7812/TPP/18-185.
17. Martínez-Salgado C. El muestreo en investigación cualitativa. Principios básicos y algunas controversias. *Ciênc. Saúde Colet*. [Internet]. 2012 [consultado el 14 de febrero del 2020]; 17; 3: 613-619. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000300006>.
18. Vaismoradi M, Turunen H, Bondas T. Content analysis and thematic analysis: Implications for conducting a qualitative descriptive study. *Nurs Health Sci* 2013; 15 (3): 398-405. doi: 10.1111/nhs.12048.
19. Mieles MD, Tonon G, Alvarado SV. Investigación cualitativa: el análisis temático para el tratamiento de la información desde el enfoque de la fenomenología social. *Univ Humanist* [Internet]. 2012; [consultado el 12 de febrero del 2020]; 74: 195-225.
20. Leininger M. Criterios de evaluación y crítica de los estudios de investigación cualitativa. En: Morse JM, editora. *Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa*. Medellín: Universidad de Antioquia; 2003. p. 114-137.
21. Economou C, Giorno C. Improving the performance of the public health care system in Greece. *OECD Economics Department Working Papers*, No. 722. Paris: OECD Publishing; 2009. 42 p. DOI:10.1787/221250170007.
22. Msaouel P, Keramaris NC, Tasoulis A, Kolokythas D, Syrmos N, Pararas N, Thireos E, Lionis C. Burnout and training satisfaction of medical residents in Greece: Will the European work time directive make a difference? *Hum Resour Health* 2010; 8: 16. <https://doi.org/10.1186/1478-4491-8-16>.
23. Panagopoulou E, Montgomery A, Benos A. Burnout in internal medicine physicians: Differences between residents and specialists. *Eur J Intern Med* 2006; 17: 195-200. doi: 10.1016/j.ejim.2005.11.013.
24. Anagnostopoulos F, Demerouti E, Sykioti P, Niakas D, Zis P. Factors associated with mental health status of medical residents: a model-guided study. *J Clin Psychol Med Settings* 2015; 22 (1): 90-109. doi: 10.1007/s10880-014-9415-2.
25. Zis P, Anagnostopoulos F, Sykioti P. Burnout in Medical Residents: A Study Based on the Job Demands-Resources Model. *ScientificWorldJournal* 2014: 1-11. doi: 10.1155/2014/673279.
26. Prieto-Miranda SE, Jiménez-Bernardino CA, Cázares-Ramírez G, Vera-Haro MJ, Esparza-Pérez RI. Jornadas laborales y sus repercusiones en médicos residentes en un hospital de segundo nivel. *Med Int Méx* 2015; 31: 669-79.
27. Beltempo M, Clement K, Lacroix G, Bélanger S, Julien AS, Piedboeuf B. Association of resident duty hour restrictions, level of trainee, and number of available residents with mortality in the Neonatal Intensive Care Unit. *Am J Perinatol* 2018; 35 (9): 911-18. doi: 10.1055/s-0038-1627442.
28. Schumacher DJ, Slovin SR, Riebschleger MP, Englander R, Hicks PJ, Caraccio C. Perspective: beyond counting hours: the importance of supervision, professionalism, transitions of care, and workload in residency training. *Acad Med* 2012; 87 (7): 883-8. doi: 10.1097/ACM.0b013e318257d57d.
29. Jennings ML, Slavin SJ. Resident wellness matters: optimizing resident education and wellness through the learning environment. *Acad Med* 2015; 90 (9): 1246-50. doi: 10.1097/ACM.0000000000000842.
30. Ziegelstein RC. Creating structured opportunities for social engagement to promote well-being and avoid burnout in medical students and residents. *Acad Med* 2018; 93 (4): 537-9. doi: 10.1097/ACM.0000000000002117.
31. Leape LL, Shore MF, Dienstag JL, Mayer RJ, Edgman-Levitan S, Meyer GS, Healy GB. Perspective: a culture of respect, part 2: creating a culture of respect. *Acad Med* 2012; 87 (7): 853-8. doi: 10.1097/ACM.0b013e3182583536.