



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

**El Internado Médico de Pregrado: un análisis
desde la perspectiva de los recién egresados.**

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
MÉDICO CIRUJANO

P R E S E N T A
ELIAS NAIN PERALTA CORTES

Directora: Dra. Leticia Osornio Castillo

Dictaminadores: Dr. Adolfo René Méndez Cruz
Mtra. María Isabel Mendoza Ramos



Facultad de Estudios Superiores
IZTACALA

Los Reyes Iztacala, Tlalnepantla, Estado de México, 2023



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Para Carmen ...

La mujer más importante en mi vida... eres ejemplo de esfuerzo, amor y apoyo incondicional, gracias por confiar en mí, por darme la vida, por tus abrazos y por acompañarme en este desafiante camino. Estoy orgulloso de todos los retos que hemos superado juntos, por eso y más... ¡Gracias infinitas!

Para Daniel ...

Por apoyar cada uno de mis sueños, por arriesgarte conmigo cada que te necesito, por todos los consejos y hacer de mí, una persona honesta y trabajadora. Eres ejemplo de trabajo, esfuerzo y amor por tu familia... ¡Lo estamos logrando Dany!

Para ambos ...

Les dedico este trabajo, fruto de siete años de estudio, carrera llena de alegría y de grandes retos; sin importar que, ambos han estado a mi lado para impulsarme a ser mejor persona y profesional. No puedo estar más agradecido con la vida por los padres que tengo, gracias por soñar conmigo... Los amo.

Para Chita ...

Gracias por siempre cuidar de mí y apoyarme en mi formación universitaria, por ser ejemplo de lealtad, esfuerzo y por demostrar a tu manera, el infinito amor que nos tienes a tus nietos... Te amo.

Para Chito ...

Por cuidarme todo el tiempo que estuvimos juntos, por haber hecho de mí, una persona responsable y un niño muy alegre. Me encantaría que estuvieras aquí para celebrar juntos este logro... donde quiera que estés, tu nieto te recuerda con amor y admiración.

Para Arif ...

A mi cómplice de estudio, por todas las noches estudiando anatomía y bioquímica juntos; por darme la oportunidad de ser un hermano orgulloso de un ser tan libre y alegre como tú, sé que lograras todo lo que te propongas, te admiro.

Para Rodrigo ...

Por ser mi compañero de aventuras durante gran parte de mi carrera, por siempre motivarme y tomar mi mano cada que lo necesito... Gracias Ro por todas las risas y buenos momentos que hemos pasado juntos, Te Amo.

A Lucrecia ...

Por acompañarme en mis desvelos y hacerme sentir mejor cada que lo necesitaba, has demostrado que eres la verdadera definición de amor y lealtad.

Para mí ...

Por todo el esfuerzo depositado durante mi formación académica, por tomar riesgos y cumplir cada una de mis metas... hace siete años un bachiller soñaba con ser universitario en la máxima casa de estudios, hoy estoy a nada de concluir esta maravillosa etapa.

Agradecimientos

A la Universidad Nacional Autónoma de México ...

Por darme la oportunidad y recursos para formarme como Médico Cirujano. Gracias a cada uno de los profesores que fueron parte de mi formación académica y que sembraron en mí esa necesidad de nunca dejar de aprender para el bienestar de mis pacientes.

“Por mi raza hablará el espíritu”.

A la Dra. Leticia Osornio Castillo

Por confiar en mí desde el inicio de mi formación académica. Gracias por ayudarme a reconocer las habilidades con las que cuento, por incentivar-me a ser una mejor persona y un profesional preparado con la capacidad de dar mejores resultados a los establecidos. Sin su apoyo este trabajo no sería posible, ¡gracias!

A las y los Dres. Méndez, Mendoza, Sánchez y Espinosa

Por acceder a ser lectores y evaluadores de este proyecto, gracias por la orientación y por confiar en la calidad de este trabajo. Todos son ejemplo de constancia y esfuerzo en búsqueda de mejorar las condiciones educativas de las nuevas generaciones de médicos.

A los Médicos Pasantes de la FESI – UNAM

Gracias a todos mis compañeros pasantes que accedieron formar parte de esta investigación, por permitirme conocer un poco más de sus experiencias. No tengo duda que serán agentes de cambio en las áreas en las que se perfilen.

A Fátima, Jennifer, Pilar y Vanessa...

Colegas y amigas, que ahora son parte importante en mi vida. Gracias por confiar en mí todo este tiempo, por motivarme a continuar esta investigación, por volver la universidad un espacio lleno de risas y buenos momentos, por los consejos y horas de estudio compartido. Admiro la calidad de mujeres y profesionales que son, no dejen de luchar por sus sueños.

A Dios ...

Por hacer posible este proyecto y mi formación académica como médico, por todos los retos, pero también por todas las bendiciones a lo largo de mi vida.

Ad Jesum Per Mariam.

| | |
|---|------------|
| Contenido | |
| INTRODUCCIÓN | 1 |
| CAPÍTULO I: EL INTERNADO MÉDICO DE PREGRADO: ANTECEDENTES HISTÓRICOS Y CONTEXTO ACTUAL | 4 |
| 1.1 El internado Médico de pregrado en México: contexto histórico, inicio y actualidad | 4 |
| 1.2 Regulación nacional del Internado Médico: NOM-EM-033-SSA3 | 5 |
| <i>1.2.1 Características del Internado Médico en México</i> | <i>6</i> |
| <i>1.2.2 Derechos y Obligaciones de los médicos internos</i> | <i>7</i> |
| <i>1.2.3 Regulación sobre las horas de trabajo y guardias complementarias</i> | <i>8</i> |
| 1.3 Plan de estudios establecido por la FES Iztacala para la formación de Médicos | 9 |
| 1.4 Descripción del Internado Médico de Pregrado en alumnos de FES Iztacala | 10 |
| <i>1.4.1 Departamento Regulador en la FES Iztacala</i> | <i>10</i> |
| <i>1.4.2 Plan de Estudios del internado médico en la FESI</i> | <i>11</i> |
| CAPÍTULO II: EL CURRÍCULO FORMAL Y OCULTO EN EL INTERNADO MÉDICO | 12 |
| 2.1 Currículo formal y currículo oculto en el Internado Médico de Pregrado | 12 |
| 2.2 Descripción del currículo formal y el currículo oculto durante el internado médico de pregrado. | 16 |
| 2.3 El Proceso enseñanza-aprendizaje durante el internado: rol del profesor y del alumno. | 17 |
| CAPÍTULO III: APRENDER DE MUJERES Y HOMBRES: LA IMPORTANCIA DEL ENFOQUE DE GÉNERO EN LA EDUCACIÓN MÉDICA | 20 |
| 3.1 Género, Sexo y Enfoque de género | 20 |
| 3.2 Enfoque de género en la educación universitaria | 21 |
| 3.3 Enfoque de Género en la educación médica | 22 |
| <i>3.3.1 Feminización de la medicina</i> | <i>23</i> |
| CAPÍTULO IV: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | 25 |
| Antecedentes y Justificación | 26 |
| Objetivos | 27 |
| CAPÍTULO V: METODOLOGÍA | 28 |
| Tipo de estudio | 28 |
| Muestra | 28 |
| Instrumentos y procedimientos de recopilación de registro de datos | 28 |
| Análisis de datos | 28 |
| CAPÍTULO VI: EL INTERNADO MÉDICO DE PREGRADO DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS RECIÉN EGRESADOS | 30 |
| I. FUNCIONES Y DERECHOS DEL MÉDICO INTERNO | 30 |
| II. FUNCIONES DEL MÉDICO ADSCRITO, RESIDENTE Y DOCENTE | 58 |
| III. RELACIONES INTERPERSONALES | 90 |
| CONCLUSIONES | 117 |
| REFERENCIAS | 123 |
| ANEXOS | 136 |

INTRODUCCIÓN

La educación tiene por objetivo que los seres humanos desarrollen sus capacidades y cuenten con las habilidades necesarias para responder a los cambios constantes de la globalización; particularmente la educación médica resulta de la cooperación entre las facultades de medicina y las instituciones de salud quienes tienen por objetivo la formación de recursos humanos que cuenten con capacidad de responder a los problemas de salud- enfermedad en la población. En consecuencia, el proceso de enseñanza médica se encuentra sujeto a la elaboración, modificación y evaluación de diseños curriculares que permitan la formación de médicos de alta calidad, con conocimientos sólidos en el ámbito científico, humanístico, ético y social. Por esta razón, la investigación educativa es necesaria para que las facultades de medicina y las instituciones de salud, cuenten con iniciativas y programas que proporcionen evidencia de la calidad de los programas curriculares, lo que permita el diseño y modificaciones a los programas de estudio y con ello, asegurar que los objetivos curriculares se cumplan, además de determinar el impacto de la práctica docente y en los alumnos. Este proceso de verificación permite profundizar en la comprensión de los mecanismos que facilitan o dificultan la enseñanza de la medicina (González et al., 2010 y Sánchez et al., 2021). El presente estudio, forma parte del Programa de Investigación en Educación Médica de la carrera de Médico Cirujano, FESI - UNAM y pertenece a la línea de investigación de evaluación curricular y proceso educativo. Pretende analizar el proceso formativo del Internado Médico de Pregrado a partir de la experiencia de los médicos pasantes, a través de una metodología cualitativa desde el enfoque de género.

Este enfoque permite observar, analizar y promover transformaciones respecto a la construcción de roles entre mujeres y hombres en la sociedad, al ser una contribución teórica significativa explica la diversidad entre hombres y mujeres mediado por la compleja interacción de instituciones económicas, sociales, políticas y educativas. De esta manera, permite entender cómo se visualizan los fenómenos de una realidad científica, académica y social, teniendo en cuenta las implicaciones y efectos de las relaciones sociales de poder entre el género femenino y masculino (Serret, 2008).

En consecuencia, aplicar el enfoque de género es desafiante y potencialmente beneficioso al otorgar una visión que demuestra lo que sucede al interior de los sistemas sociales, culturales y académicos al comprender como el peso relativo de cada género puede cambiar en relación con los conjuntos de cada valor cultural y las fronteras sociales establecidas, impulsando a su vez el reordenamiento de todas las demás categorías sociales y culturales (PUEG, 2013 y Carrillo et al., 2013), en este caso dentro del internado médico de pregrado en la carrera de Médico Cirujano.

Este trabajo pretende aportar en el ámbito de la Investigación en Educación Médica un análisis del proceso formativo del Internado Médico de Pregrado, de las repercusiones del currículo formal y oculto en los médicos en formación; asimismo, busca aportar elementos que coadyuven a la mejora continua durante este ciclo académico, para lograr una formación de calidad. Por lo que el objetivo del presente trabajo fue analizar el proceso formativo del internado médico de pregrado y el currículo oculto, a partir de la experiencia de médicos pasantes, específicamente a través de la descripción y el análisis de las funciones que desarrollaron los médicos internos, las funciones y responsabilidades de los médicos en su rol de docente, el proceso enseñanza- aprendizaje y las relaciones interpersonales con el equipo de salud.

Es una investigación de tipo cualitativa, que pretende recuperar las vivencias de los médicos pasantes, a través de una entrevista a profundidad y se realizaron en apego a lo establecido para las consideraciones éticas de investigación.

La investigación se estructura en siete capítulos, en el primero titulado “*El Internado Médico de Pregrado: antecedentes históricos y contexto actual*”, narra los sucesos más importantes dentro del contexto histórico que da origen al internado médico a nivel mundial y en nuestro país, mostrando el panorama actual de este ciclo académico en las facultades y escuelas de medicina a nivel nacional; posteriormente se hace referencia a los organismos y normas operativas nacionales que regulan y supervisan este ciclo formativo con relación a los derechos, obligaciones y actividades académicas que competen a los médicos internos dentro de sus sedes, para finalizar se realiza una síntesis del plan de estudios y programa operativo del internado según lo establecido por la FESI.

En el segundo capítulo “*El currículo formal y oculto en el Internado Médico*” se establecen los conceptos referentes al currículo y el currículo oculto, su importancia en la creación, modificación de planes y programas en educación médica. Del mismo modo, se hace referencia al impacto que tiene el currículo oculto dentro de la enseñanza clínica.

En el tercer capítulo titulado: “*Aprender de mujeres y hombres: la importancia del enfoque de género en la Educación Médica*” aborda los conceptos básicos de género, sexo y perspectiva de género con el fin de delimitar la trascendencia del enfoque de género en la educación superior y en la educación médica.

El cuarto capítulo “*Planteamiento del problema*”, sustenta la importancia de la realización de este proyecto de investigación y la delimitación del mismo. El *quinto capítulo* describe la metodología de la presente investigación.

Parte esencial de esta investigación se encuentra en el sexto capítulo, titulado: “*El Internado Médico de Pregrado desde la perspectiva de los recién egresados*”, describe el análisis de los resultados y la discusión.

El principal hallazgo de la presente investigación demuestra que el internado genera notables aprendizajes en los médicos en formación con el desarrollo del análisis y juicio clínico durante la realización de actividades asistenciales; de la misma forma, este progreso académico se debe a la interacción dinámica entre internos y médicos adscritos que posibilita el proceso de enseñanza-aprendizaje en diferentes escenarios clínicos.

Durante el proceso de enseñanza clínica la presencia del currículo oculto toma lugar y tiene un impacto positivo al permitir el desarrollo de conocimientos y habilidades no contempladas en los programas operativos; por otro lado, tiene repercusiones negativas en los médicos internos debido a prácticas “normalizadas” en las que se les somete a exceso de trabajo, espacios clínicos de aprendizaje con violencia, acoso y discriminación, así como enseñanza de otras actitudes poco profesionales; que al presentarse durante su proceso formativo pudieran llegar a reproducir en su desempeño profesional. La presente investigación demuestra que el internado es un reto para los internos, quienes tienen que adaptarse a estrategias de aprendizaje diferentes y a un nuevo estilo de vida que influye en su salud física y mental.

CAPÍTULO I: EL INTERNADO MÉDICO DE PREGRADO: ANTECEDENTES HISTÓRICOS Y CONTEXTO ACTUAL

El propósito de este capítulo consiste en contextualizar el origen histórico del internado médico de pregrado a nivel internacional y en México, de la misma manera describe las características sobresalientes de este ciclo académico, otorgando un panorama general de los derechos, obligaciones y programa operativo regulado por las instituciones de salud y educativas correspondientes.

1.1 El internado Médico de pregrado en México: contexto histórico, inicio y actualidad

El internado médico de pregrado es considerado parte de la última etapa curricular en la formación del médico, es un periodo obligatorio a cursar, que antecede al servicio social, dicha etapa busca que el alumno consolide los conocimientos teórico-prácticos adquiridos durante su formación en semestres anteriores; al incorporar al alumno a los servicios de salud del país se espera que desarrollen competencias relacionadas a la atención del paciente con aplicación de medidas preventivas, diagnósticas y terapéuticas, a través de diversas rotaciones por las especialidades básicas. Por lo tanto, durante esta etapa el interno se encuentra a la expectativa de lo que será su vida profesional, incorporándose al gremio médico adquiriendo las características y valores específicos de esta profesión (Sánchez et al., 2008).

La enseñanza en hospitales de Europa a finales del siglo XIX fue el antecedente para la instauración del internado de pregrado en nuestro país, posteriormente la estrategia de enseñanza paso a nuestro continente en Estados Unidos dando lugar formalmente a la implementación del internado y residencias médicas, durante dicho siglo, en México la enseñanza de la medicina no era regulada, se distribuía a los alumnos en diversos hospitales, sin tomar en cuenta las capacidades de las sedes hospitalarias, sin un control de asistencia y con poca supervisión (Vázquez et al., 2022).

Es por ello que surge la necesidad de reglamentar educación médica, en 1897 en el Diario Oficial de la Federación (DOF) se reconoce por primera vez la necesidad de la práctica intrahospitalaria; sin embargo, fue hasta 1901 que Justo Sierra manifestó la necesidad de reglamentar estas prácticas al finalizar la carrera de medicina. En 1906 en el Diario Oficial de la Federación se establece un nuevo plan de estudios, en el que se determinó que durante el quinto año los alumnos debían realizar prácticas dentro del hospital. Posteriormente, el término “internado”, se establece en un nuevo plan de estudios publicado en el mismo medio durante 1912, en el cual se especificó que el sexto año de la carrera de Medicina, consistía en permanecer dentro del hospital para atender bajo su responsabilidad los casos médicos según las disposiciones reglamentarias.

Posteriormente, en 1934 se estableció que dichas prácticas debían realizarse durante un año con jornadas diarias de 10 horas, donde los alumnos tenían la oportunidad de escoger las áreas o especialidades en función de sus intereses. Es hasta 1934 que, por decreto presidencial, todas las instituciones de salud dependientes del estado debían unirse al entrenamiento de nuevos recursos humanos en salud. Durante 1956 la Comisión Nacional de Internado y Residencias, estableció que las prácticas del hospital durante el sexto año de la carrera llevan el nombre de Internado Rotatorio de Pregrado, con permanencia y rotación en los servicios asistenciales básicos (Tapia et al., 2007).

Particularmente el contexto histórico de la Universidad Nacional Autónoma de México, fue hasta 1959 que se estableció en el plan de estudios que el sexto año se realizaría exclusivamente en hospitales, se nombró al ciclo como internado y es en 1961 que se estructuró definitivamente el internado médico en los hospitales con alumnos de la UNAM, determinando las fechas de inicio y termino, se otorgó el carácter de pasante, y se definió la cantidad de ellos según el número de camas de cada sede hospitalaria (Gasca-González, 1997, cit. por Vázquez, et al, 2022).

Asimismo, se establece un monto de trescientos pesos, como compensación económica por trabajar en un horario en días hábiles de 8:00 a 20:00 horas, así como guardias complementarias esporádicas de 20:00 a 8:00 horas. Es importante mencionar que los pasantes estaban bajo el cargo de los sub-residentes y residentes de cada servicio. Posteriormente, la primera generación a iniciar el ciclo académico realizó una contrapropuesta a la Facultad sugiriendo cambios con una disminución en el pago y disminución al horario laboral con una totalidad de seis horas por día, acompañado de guardias con duración de veinticuatro horas si fuera necesario. Sin embargo, la universidad declino esta petición argumentando que dicho ciclo académico era necesario para la adquisición de habilidades y requisito indispensable junto con el servicio social y examen profesional para obtener el título. Junto a ello se argumentó que uno de los objetivos era demostrar que el interno en su posición de pasante tenía las habilidades y podía desarrollar las actividades de un médico general de forma continua en un hospital, con posibilidades de que al terminar la licenciatura pudieran ocupar las plazas disponibles con un cargo laboral (Gasca-González, 1997, cit. por Vázquez, et al, 2022).

Actualmente el internado médico, continua como una etapa obligatoria dentro del plan de estudios de las facultades y escuelas de medicina a nivel nacional.

1.2 Regulación nacional del Internado Médico: NOM-EM-033-SSA3

Posterior a los eventos y cambios en la estructura del internado médico en México, es hasta 1983 que se crea la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud (CIFRHS), con el fin de ser un espacio de coordinación interinstitucional entre el sector salud, y el sistema educativo, asesorando a la secretaría de salud, secretaria de educación pública y a las

instituciones educativas formadoras de recursos humanos en salud (Ledesma, 2004).

Así como en diversos procesos, además de las comisiones e instituciones que pueden coordinar dichas actividades, existen normas gubernamentales que funcionan como elementos reguladores y que en conjunto actúan sinérgicamente para observar y determinar que las funciones establecidas se lleven a cabo correctamente, según la Secretaría de Salud (2015), define a las Normas Oficiales Mexicanas como “regulaciones técnicas de observancia obligatoria expedidas por las dependencias competentes, que tienen como finalidad establecer las características que deben reunir los procesos o servicios cuando estos puedan constituir un riesgo para la seguridad de las personas o dañar la salud humana”, es por ello que en 2005 se creó la primera Norma Oficial para el desarrollo del internado, misma que se actualizó en el año 2022, con el título: NORMA Oficial Mexicana de Emergencia NOM-EM-033-SSA3-2022, Educación en salud. Criterios para la utilización de los establecimientos para la atención médica como campos clínicos para ciclos clínicos e internado de pregrado de la licenciatura en medicina.

El documento considera que los cambios en la norma son necesarios, a fin de que los internos desarrollen habilidades y destrezas necesarias para dar respuesta a las necesidades de salud de la población, de igual forma determina que las unidades formadoras de recursos humanos deben contar con recursos físicos, humanos y materiales que garanticen su proceso de enseñanza aprendizaje, así como con la garantía de respeto y seguridad para los pacientes e internos. (NOM-EM-033-SSA3, 2022)

1.2.1 Características del Internado Médico en México

La norma NOM-EM-033-SSA3, 2022, define al Internado de Pregrado como “al ciclo académico teórico-práctico que se desarrolla en campos clínicos y forma parte del plan de estudios de la licenciatura en medicina”, este ciclo se implementa durante el quinto o sexto año del plan de estudios de la licenciatura, según sea el esquema curricular de la universidad que se analice (Fernández, 1996). Se encuentra establecido unificadamente en todas las facultades nacionales, por lo que cuenta con fechas de inicio y termino establecidas aplicables para todos los alumnos que cumplen con los requisitos para su ingreso, así se establece que el inicio semestral del internado es el primer día del mes de enero y julio según sea el caso de ingreso, contando así con fechas de termino, en el último día del mes de diciembre y junio respectivamente, formando así un ciclo lectivo con duración anual.

Durante el internado, el alumno se encuentra con la posibilidad de permanecer en contacto con pacientes en unidades de primer y segundo nivel de atención, aplicando medidas preventivas, de diagnóstico, terapéuticas y de rehabilitación de los problemas de salud más comunes en la población,

con relación a las especialidades de Pediatría, Gineco-Obstetricia, Cirugía General, Medicina Interna, Urgencias y Medicina Familiar, dando un carácter rotatorio al ciclo académico (Tapia et al., 2007).

Según diversos manuales, las universidades nacionales establecen que las actividades durante el internado son estructuradas en secuencia y horarios por cada unidad sede a través de un programa operativo, tomando en cuenta sus recursos y funcionamiento, otorgando en todas las sedes un carácter rotatorio por las especialidades antes mencionadas con una duración de 2 meses entre cada una, cumpliendo así 12 meses establecidos para esta etapa formativa. De igual manera, se especifica que las estrategias de aprendizaje se centran en el alumno y a través del aprendizaje basado en problemas, siendo los casos clínicos observados en cada una de las rotaciones, un incentivo para buscar soluciones ante cada problema de salud que los pacientes presenten, con aprendizaje autodirigido y desarrollo de habilidades clínicas para la atención del paciente (Instituto Politécnico Nacional [IPN], 2016 y Universidad Nacional Autónoma de México [UNAM], 2021).

1.2.2 Derechos y Obligaciones de los médicos internos

Los médicos internos durante el desarrollo de sus actividades deben cumplir con un reglamento que es establecido en el programa operativo de cada sede, sin embargo, la Norma Oficial Mexicana instaure las bases sobre estos derechos y obligaciones que posee el alumno. Un tema que aborda el documento es con relación a la planeación didáctica y operacional del programa de internado, donde busca que el alumno desarrolle sus actividades en un espacio con horarios establecidos, profesores a cargo de la evaluación y supervisión durante su estancia en las instituciones, así como la existencia de un canal de comunicación entre la sede y la universidad de procedencia del alumno, lo cual se encuentra establecido desde el punto 6.1 al 6.6 de la norma antes mencionada:

“Establecer, en coordinación con las instituciones de educación superior, las actividades de supervisión, asesoría y evaluación del desempeño de los estudiantes o internos en campos clínicos, durante las cuales se debe corroborar que los establecimientos para la atención médica cumplan con las condiciones necesarias de infraestructura, mobiliario, equipamiento, seguridad e insumos, de acuerdo con lo establecido en la presente Norma” (NOM-EM-033-SSA3, 2022)

Junto con los derechos respecto a su evaluación y supervisión durante su estancia en el campo clínico, la norma establece derechos del becario, con relación a su estadía, suministro de servicios básicos de alimentación y salud, expuesto en el punto 8.6 del documento oficial (NOM-EM-033-SSA3, 2022):

“Establecer las obligaciones y prerrogativas de los internos otorgadas en forma coordinada por la institución de salud y la de educación superior, de conformidad con los instrumentos

consensuales que al efecto se suscriban y las disposiciones aplicables, las cuales deberán ser, entre otras, las siguientes:

- Asistencia legal en caso de incurrir en alguna responsabilidad objetiva durante las actividades propias de internado de pregrado;
- Atención médica, quirúrgica y farmacológica al interno;
- Seguro de vida o su equivalente, y
- El pago de la beca, apoyos de vestuario y alimentación en los horarios contemplados en el programa operativo.”

Así mismo, el documento establece las obligaciones del alumno durante su estancia en el campo clínico, lo que determina que las actividades que se realicen deben establecerse en el programa operativo que determine cada institución sede, de igual forma aborda la importancia de la participación del interno en la integración del expediente clínico, esto se encuentra en los puntos 8.7.3 y 8.8 respectivamente (NOM-EM-033-SSA3, 2022):

- “El interno debe cumplir únicamente las prácticas clínicas complementarias previstas en el programa operativo, respetando roles, servicios, módulos y asignaturas;
- Los internos deben participar en la integración del expediente clínico bajo la supervisión del personal médico de la sede o subsele y atendiendo a lo dispuesto por la norma oficial mexicana citada en el inciso 3.1 del Capítulo de Referencias normativas de la presente Norma”.

1.2.3 Regulación sobre las horas de trabajo y guardias complementarias

En un inicio al contextualizar históricamente el proceso referente a la instauración del internado, se especificaron los horarios y características de las jornadas que debía cumplir el alumno, esto ha sido objeto de reformas hasta establecerse por medio de esta norma, lo cual determina actualmente, la dinámica de horarios entre turnos y guardias complementarias, junto con ello la duración de estas en día hábil y jornadas de fin de semana, inscrito en el punto 7.8 de la norma (NOM-EM-033-SSA3, 2022):

“Las prácticas clínicas complementarias deben calendarizarse en el programa operativo, incluyendo la frecuencia, horario y duración; ocurrirán dos veces por semana como máximo y tendrán intervalos de por lo menos tres días entre cada una de ellas, en caso de requerirse alguna otra modalidad en el esquema de prácticas clínicas complementarias, el promedio anual de horas semana no podrá exceder las ochenta horas de servicio, incluyendo las actividades académico-asistenciales, considerando que:

- En días hábiles inician a la hora que termina el turno matutino y concluyen a la hora establecida para iniciar el turno matutino siguiente, de acuerdo con la normativa de la institución de salud;
- Su duración los sábados, domingos y días festivos debe ser por un máximo de veinticuatro horas, iniciando y concluyendo actividades según se especifique en la normativa de la institución de salud. El interno que finalice su práctica clínica complementaria en día hábil debe continuar las actividades descritas para el turno matutino en el programa operativo”

Es así como la Norma Oficial Mexicana, establece las bases, para que cada institución sede, determine a través de sus programas, la dinámica de trabajo de los médicos internos por medio de diversos ejes entre los que se encuentran, el disciplinar con relación al aprendizaje, el metodológico relacionado al servicio y actividades que realizan los becarios, y el eje referente a las relaciones humanas.

1.3 Plan de estudios establecido por la FES Iztacala para la formación de Médicos

La formación médica independiente de cualquier institución universitaria se basa en un plan de estudios, el cual establece la duración total del currículo, modalidad de estudio, así como las etapas formativas que debe cursar y aprobar el alumno para recibir el título de Médico General.

En el caso de la FES Iztacala el plan de estudios fue aprobado en el año 2016, es un plan modular con un total de diez ciclos, de modalidad presencial y duración semestral. Los primeros cuatro ciclos forman parte de la formación básica con módulos que concentran temas de interés biomédico, metodológicos, socio psicológicos, humanísticos y clínicos, posteriormente al aprobar las asignaturas correspondientes, el alumno ingresa a los siguientes seis ciclos, los primeros cuatro pertenecen a los módulos de clínica integral, donde el alumno acude a diversas unidades médicas de primer y segundo nivel, para cursar asignaturas clínicas, en contacto directo con la atención del paciente y todas las actividades que conlleva el proceso de atención médica.

Al concluir los módulos antes mencionados, el alumno ingresa a la última etapa de su formación curricular, correspondiente a los ciclos nueve y diez, conocidos como Internado Médico de Pregrado, el cual representa la mayoría de los créditos en el plan de estudios en comparación con las demás asignaturas (Universidad Nacional Autónoma de México [UNAM], 2022). Es necesario aprobar y cursar dicho ciclo puesto que es requisito para iniciar el servicio social médico, periodo de un año obligatorio a nivel nacional, que, según la secretaria de Salud a través del Diario Oficial de la Federación, define de la siguiente forma “al trabajo de carácter temporal y mediante retribución, que ejecutan y prestan los pasantes en interés de la sociedad y del Estado” (NOM-009-SSA3, 2013). Al término de este, el alumno puede obtener el título de Médico Cirujano, a través de diversas

modalidades de titulación que ofrece la institución; el proceso formativo con una duración aproximada de seis años, cumple con las características antes mencionadas, con el objetivo de “Formar profesionales médicos capaces de atender con efectividad, humanismo y calidad las necesidades de salud de la población, comprometidos con el desarrollo sustentable, científico, tecnológico y social de México” (Universidad Nacional Autónoma de México [UNAM], 2022).

1.4 Descripción del Internado Médico de Pregrado en alumnos de FES Iztacala

Como se menciona en el programa operativo del Internado Médico de Pregrado de la FESI “El internado combina dos funciones; un periodo educativo y una actividad de asistencia a los enfermos que se realiza en las unidades del Sector Salud o privadas. Esta doble función trae como consecuencia una responsabilidad compartida entre el Sector Educativo y el Sector Salud en la formación del futuro profesional, por lo cual es fundamental hacer énfasis que la función educativa es primordial en el proceso enseñanza-aprendizaje del Internado de Pregrado” (Universidad Nacional Autónoma de México [UNAM], 2022). Frente a esta valoración, es importante considerar a la FES Iztacala, como un escenario de análisis en este trabajo, describiendo los puntos esenciales que el programa se propone.

Al considerar al Internado Rotatorio como un periodo de prácticas médico-quirúrgicas, estructurado a través de la educación en servicio, se esquematiza una organización curricular donde el aprendizaje se enfoca hacia la autoformación, la integración docencia-servicio y la multidisciplinariedad, generando así recursos humanos que impacten al mejorar en la calidad de la atención médica que otorguen, esto último, siendo tema central de los objetivos que el programa se propone (Universidad Nacional Autónoma de México [UNAM], 2022).

1.4.1 Departamento Regulador en la FES Iztacala

El proceso de evaluación, coordinación, gestión de plazas, así como la comunicación continua entre instituciones de salud e institución educativa, se encuentra a cargo de la sección de Internado de Pregrado de la FESI, tal como lo establece el reglamento general de internado “La sección de Internado de Pregrado de la FES Iztacala es la única instancia oficial con la facultad para tramitar, autorizar y validar todo lo referente al Internado de Pregrado conforme se estipula en el Reglamento de Internado de Pregrado de la FESI y en la Secretaría de Salud” (Universidad Nacional Autónoma de México [UNAM], 2022).

Al tener la facultad de coordinar el ciclo rotatorio, se encuentra capacitado para determinar las estrategias a implementar con relación a las problemáticas que presenten los alumnos a nivel evaluativo y durante su estancia en las sedes hospitalarias, teniendo como base el reglamento general de Internado para la consulta e implementación de estrategias, así como sanciones según lo amerite.

Dicho documento establece a través sus puntos, los estatutos con relación a diversos temas, en los que se encuentran: los requisitos de ingreso, la mecánica de elección de sede hospitalaria, los requisitos de permanencia, así como los métodos de amonestación aplicables, según se requieran.

1.4.2 Plan de Estudios del internado médico en la FESI

Es importante describir el plan de estudios del internado rotatorio, establecido por la FESI, debido a que nos otorga un panorama general de la aplicación del programa en los alumnos, de igual forma determina los métodos de evaluación bimestral y final durante el ciclo académico, delimitando los requisitos para aprobar de forma ordinaria o extraordinaria dicha etapa formativa.

A través del programa operativo (p.12), la facultad establece los contenidos teórico-prácticos, necesarios a desarrollar durante cada una de las 6 rotaciones por las que debe participar el interno: Ginecología y Obstetricia, Medicina Familiar, Urgencias, Pediatría, Medicina Interna y Cirugía, junto con el desarrollo de las actividades teóricas, el documento enuncia las funciones generales que debe cumplir el alumno, durante su paso por las especialidades antes mencionadas:

- “Se incorporará al equipo de salud bajo un ambiente de armonía, respeto y cooperación con sus compañeros, profesores y personal en general.
- Elaborará historias clínicas.
- Organizará y actualizará los expedientes clínicos.
- Pasará visita a los enfermos con el grupo médico del servicio.
- Conocerá el estado de salud de los pacientes de su servicio siguiendo su evolución.
- Participará en la realización de estudios auxiliares diagnósticos, procedimientos terapéuticos y preventivos según el área de rotación.
- Se incorporará a la asistencia médica en la consulta externa.
- Participará en programas de salud comunitaria, realizando las actividades asistenciales, docentes y de investigación ya establecidas.
- Participará en todas las sesiones del hospital y del servicio al que esté adscrito.
- Revisará los temas señalados en el programa.
- Consultará bibliografía complementaria, promoviendo su autoaprendizaje.
- Empleará técnicas didácticas que faciliten el proceso enseñanza aprendizaje.
- Presentará las evaluaciones indicadas en el Programa”.

El describir la estructura del internado rotatorio a través del plan académico propuesto por la FESI, permite analizar en un segundo momento, las estrategias educativas que aplican las instituciones de salud para la formación de recursos humanos, para analizar el proceso de enseñanza-aprendizaje durante las rotaciones establecidas según los programas operativos.

CAPÍTULO II: EL CURRÍCULO FORMAL Y OCULTO EN EL INTERNADO MÉDICO

El presente capítulo pretende clarificar los conceptos que aluden al currículo y el currículo oculto, determinando la presencia del primero en la creación o en la modificación de planes de estudios y la manera paralela en que el currículo oculto se hace presente en la educación médica y en particular en la enseñanza clínica durante el internado.

2.1 Currículo formal y currículo oculto en el Internado Médico de Pregrado

Los cambios actuales en el mundo y en particular en nuestro país con relación a la medicina, hacen que la sociedad requiera de profesionales competentes en la aplicación de sus conocimientos, para actuar sobre estas necesidades se han generado diversas estrategias para la formación de recursos humanos, que buscan la mejora constante demostrada en eficacia y calidad en el que hacer médico (González et al., 2010).

Es por ello que la educación médica y los sistemas de salud responden a los fenómenos económicos, sociales y políticos referentes a la globalización, así como también se encuentra influenciada por el desarrollo de la ciencia y en particular por los avances constantes de las ciencias médicas (Moreno, 2001, cit. por Díaz et al., 2005).

Según Hamui (2013), el campo de la educación se encuentra atravesado por los intereses de las instituciones de salud que demandan un perfil enfocado al médico general, el cual constituye la oferta laboral más importante del país para esta profesión, aunado a la globalización que exige médicos con capacidad de adquisición de conocimientos, flexibilidad, manejo de la tecnología entre otras. Las transformaciones de estos sistemas generan cambios en el campo de la educación lo que modifica constantemente las propuestas curriculares de las escuelas de medicina, para hacer frente a la actualización constante en la generación de productos y servicios sociales (p.34)

Actualmente la concepción del hombre como objeto de estudio en la Medicina, se toma a través de un enfoque biopsicosocial que incluye al individuo, familia, comunidad y medio ambiente, con el objetivo de implementar acciones de prevención y promoción de la salud siendo de total importancia por ser una estrategia anticipadora de la enfermedad, sin embargo, las actividades de curación y rehabilitación son parte esencial en el modelo antes mencionado (Díaz et al., 2005). Según los mismos autores, este tipo de práctica constituye una guía formativa de los médicos, por ello el currículo es una expresión de las necesidades sociales de cada momento histórico, estableciendo una relación entre práctica y educación médica, tomando una subordinación de esta última respecto a la primera.

Para Glazman (2001), el currículum “involucra un marco-referente social y político amplio e importante que alude a la fundamentación y construcción teórica, en cuanto los fines sociales, identitario y pedagógicos de la formación que se propone en su elaboración, significa experiencias, procesos y vivencias conscientes o no, explícitas o no de lo que un programa se propone” (p.146). De Alba (1991) define al currículum como “la síntesis de elementos culturales (conocimientos, valores, costumbres, creencias, hábitos) que conforman una propuesta político-educativa, pensada e impulsada por diversos grupos y sectores sociales (cit. por Hamui, 2013).

Por lo tanto, el currículo debe tener en consideración, aquello que los docentes deben enseñar y el estudiante va a aprender, evaluar los contenidos y buscar soluciones a las contradicciones que se puedan generar en el futuro, así debe estar vinculado a los efectos de la globalización y a la existencia de la competencia profesional, acompañado de revisiones periódicas que mantengan su dinamismo (Flores, 2019).

El currículo en las escuelas de medicina se enfoca en áreas específicas que abarcan desde la biomedicina hasta las habilidades colaborativas interprofesionales (Wesley et al., 2018). Para lograr el enfoque curricular a través del aprendizaje activo, el desarrollo del plan curricular implementa diferentes estrategias que incluyen sesiones grupales, aprendizaje basado en problemas, aprendizaje autodirigido, entre otras, lo cual es necesario para incluir todo el contenido necesario y que los alumnos desarrollen las habilidades adecuadas para el ejercicio de la medicina en la actualidad (Buja, 2019).

Asimismo, se establece que el desarrollo de reformas en los planes curriculares responde a los objetivos actuales de la medicina, en los que se busca que los médicos recién egresados tengan capacidad de implementar planes de atención individualizados, con conocimientos básicos de fisiología, utilización de medicina basada en evidencia, así como habilidades de comunicación con el paciente y capacidad de implementar manejo y decisiones interdisciplinarias (Stevens, 2018, cit. por Buja, 2019). Es evidente que los cambios en el currículo son necesarios para dar respuesta a las necesidades sociales, económicas y educativas con el fin de desarrollar habilidades profesionales que demuestren una mejora en las demandas que se manifiesten, sin embargo, es importante analizar las condiciones junto con los recursos humanos y materiales, debido a que los cambios curriculares se llevan a cabo entre los docentes y de acuerdo con las necesidades de los alumnos (Hamui, 2013).

Es por ello, que la aplicación de estos cambios se enfrenta a las bondades, resistencias y conflictos que se manifiestan a través de expresiones educativas, innovadoras, pero también antiguas, ante la creatividad y de igual forma a las estrategias conocidas, que determinan avances, retrocesos y

aquellas situaciones que permanecen sin cambios (Hamui, 2013). Es importante definir términos relacionados con la expresión del currículo que permanecen vigentes en el modelo médico, es así que, según Lemp y Clive (2004), el currículum manifiesto “es aquel que plasma explícitamente la estructura, la programación de contenidos, las estrategias didácticas para la enseñanza y las modalidades de evaluación” a diferencia el currículum oculto “constituye un conjunto de influencias que funcionan a nivel de la cultura de la organización, así como las reglas implícitas, con las cuales los sujetos sobreviven en la institución” ejemplificadas como costumbres, rituales y aspectos que se dan por hecho (cit. por Hamui, 2013).

Rodríguez de Castro (2012) define currículum oculto como “un trasfondo de normas y valores educativos latentes en la evolución formativa que los educandos deben asumir, adoptar, implementar y hacer propio, para adaptarse a un entorno o ambiente educativo y laboral, donde se forman” (p.13), de una forma consciente o inconsciente los docentes transmiten a los médicos en formación normas, valores que a menudo no corresponden a los objetivos formales que se proponen los programas curriculares, lo que causa un impacto directo a las metas que se proponen estos cambios.

Según Flores (2019), “puede motivar al reforzamiento de las desigualdades sociales existentes mediante la enseñanza de temas y comportamientos en función de la clase y estatus social de los estudiantes” (p.50) incluyendo la transmisión de valores humanos, creencias y actitudes acompañado del respeto de las normas, aunque mayormente todas estas enseñanzas no vayan a la par de los objetivos establecidos.

La formación médica se realiza mayormente en escenarios prácticos, a través de la interacción con el paciente, con el fin que el alumno desarrolle sus conocimientos aplicando la resolución de problemas, así mismo el aprendizaje por modelamiento vigente establece una relación significativa entre el docente y el alumno, donde el educando desarrolla el *habitus* médico por medio de la imitación (De la Portilla, 2017).

Flores (2019) establece, que el desarrollo de actividades en el ámbito hospitalario incluye diversos actores, el equipo médico, enfermería y el propio paciente acompañado de sus familiares, la interacción entre ellos determina actividades dinámicas inmersas en un entorno que se rige por situaciones estresantes lo que genera respuestas y conflictos de diferente naturaleza, es en ese momento donde el currículum oculto se hace presente a través de actitudes poco profesionales manifestadas a través de faltas de respeto hacia el paciente, existencia de jerarquías y maltrato hacia los residentes e internos, así como la falta de competencia médica, entre otras (Arora et al., 2010). Los médicos internos en su rol como estudiantes atrapados entre estas experiencias y en busca de ser

aceptados para formar parte del equipo, acompañado del temor en las repercusiones académicas, replican y consienten dichas actitudes considerándolas erróneas para encajar dentro del equipo, asimilando rápidamente este tipo de cultura comenzando a percibirlo aceptable, con el riesgo de propagar dichas prácticas en futuras generaciones de médicos (Liao et al., 2014).

Mendoza (2020) ayuda a visualizar que el currículum oculto cumple un papel esencial en la enseñanza práctica de la medicina “como una estructura que construye no solo saberes técnicos, también ideológicos en esquemas rutinarios, en los cuales no solo se forman a los estudiantes para brindar atención moldeada por la biomedicina, sino para promover una relación jerárquica de saberes, donde el saber médico oficial y profesionalizado es el predominante” (p.26), es así como ejemplifica la existencia del conocimiento autorizado o aquel que “cuenta” en donde ante los conocimientos que el estudiante pueda tener sobre un tema sustentado por la medicina basada en evidencia, siempre el conocimiento del profesor sin ser el más actualizado, será aquel que tenga mayor valor en el contexto hospitalario.

La autora hace alusión al Modelo Médico Hegemónico para entender las condiciones que permiten el proceso formativo de los médicos internos dentro del contexto hospitalario donde los estudiantes están sujetos a reglamentaciones, labores y actitudes que en algunas situaciones se centran en el maltrato haciendo referencia nuevamente al currículo no establecido, Foucault refiere que “esta manera de ser médico se centra en asumir y aprender relaciones jerárquicas y praxis autoritarias que son producto de una ideología que se origina en la ciencia y refiere a la relación conocimiento-poder” (Foucault, 1973, cit. por Mendoza, 2020).

En la formación del médico interno, el *habitus* médico tiende a transmitirse entre generaciones, durante la estadía dentro del campo médico, Castro (2014) formula que el campo médico formula subjetividades entre las que destaca el *habitus* médico siendo “un conjunto de predisposiciones que resultan de la incorporación de estructuras objetivas dentro del campo médico, durante la formación en los hospitales de enseñanza, las cuales recrean cotidianamente y originan las conductas que dan lugar a un sentido práctico, generando prácticas cotidianas, espontaneas e intuitivas que permiten realizar conductas eficaces para los fines del campo” (p.191) es por ello que el autor realiza una vinculación entre las enseñanzas, mensajes, recriminaciones, descalificaciones, regulaciones y jerarquizaciones que los internos atestiguan durante su formación.

2.2 Descripción del currículo formal y el currículo oculto durante el internado médico de pregrado.

Según Frenk (1984), el Internado Médico de Pregrado presenta una serie de características que lo distinguen de las etapas previas en la formación de médicos, partiendo de los planes de estudio, los internos permanecen como alumnos de una facultad o escuela de medicina, sin embargo, en pocas o nulas ocasiones asisten a ella con fines de aprendizaje, al mismo tiempo con el desarrollo de actividades prácticas dentro de una unidad médica los internos ocupan una posición laboral en dicho establecimiento, sin adquirir derechos laborales otorgando una doble posición de estudiante y trabajador simultáneamente (cit. por Ríos et al., 2005).

Los programas académicos del internado se enfocan esencialmente en dos subprogramas que caracterizan a este ciclo formativo; el primero referente al aprendizaje autodirigido, se encuentra en relación con la doble posición que se le impone al becario, dicha estrategia otorga mayor importancia al cumplimiento de las tareas y funciones respecto a la atención del paciente sobre las actividades educativas que se proponen los objetivos formativos del internado, el segundo referente a la educación en servicio o de práctica se desarrolla diariamente al rotar en cada servicio establecido en el programa operativo, donde se incluyen las actividades, destrezas y habilidades que se espera desarrollen los estudiantes, por lo tanto, se caracteriza por la carga de trabajo que realizan los internos, siendo el más visible y el que mayor importancia otorgan las instituciones sedes y educativas. (Ríos et al., 2005)

Aprender a ser médico consiste en adoptar las normas de la profesión, asimilando el impacto social que tiene la conducta de los miembros en el entorno en el que se desarrollan, los internos tienden a interiorizar los valores de la comunidad médica, por lo tanto, la educación durante el internado es un proceso de transformación de identidades precisando ajustes en los principios idealizados transportándolos en el contexto real, es así que el currículo oculto ejerce un mecanismo de socialización dentro del hospital que enseña a los estudiantes, dinámicas de poder fundamentadas a través de la asimetría del conocimiento (Rodríguez de Castro, 2012). La influencia del currículo oculto debe analizarse en diferentes aspectos a través de las situaciones que se manifiestan diariamente en la práctica.

El internado médico se caracteriza por un conjunto de actividades académicas, asistenciales y de investigación que se deben cumplir según lo estipulado en los programas académicos y operativos, sin embargo, convergen aspectos informales respecto a las funciones establecidas (Martínez et al., 2017). Es un periodo con alta carga de trabajo que orilla a los internos a permanecer largas horas dentro del hospital desempeñando turnos y guardias que van desde ocho a treinta y seis horas continuas, acompañado de una alta carga de pacientes, incluyendo así a las funciones

informales, durante este tiempo los médicos internos deben desempeñar diversas funciones que abarcan el trabajo administrativo, atención y cuidado del paciente con aplicación del método clínico, participación en procedimientos invasivos y en áreas como quirófano, consultorio y hospitalización.

Los médicos internos consideran al hospital como el lugar idóneo para concluir su formación, donde encuentran los medios necesarios de superación y apoyo de sus mentores, sin embargo, el hospital es también un espacio en que se determinan jerarquías entre los médicos, donde el interno se encuentra “por debajo del residente y del médico adscrito” colocándolos en una situación de vulnerabilidad, sometidos en ocasiones a órdenes del resto del personal, que les obliga a realizar tareas poco relacionadas con su formación (Sánchez et al., 2008). Por ello el interno se enfrenta a un medio con situaciones diversas y un ambiente desconocido, formando relaciones con múltiples personas, donde cada uno cumple con funciones, tiempos, responsabilidades y cuenta con una historia y pautas culturales distintas, lo que genera una distribución de poder normada dentro de la jerarquía y subordinación volviéndolos susceptibles a todos los estímulos y relaciones (Mariscal et al., 2007)

2.3 El Proceso enseñanza-aprendizaje durante el internado: rol del profesor y del alumno.

El aprendizaje en la medicina y en particular durante el internado médico de pregrado resulta desafiante en ocasiones, debido a que el proceso de enseñanza aprendizaje requiere de la interacción del interno en su rol como estudiante, el médico adscrito como profesor y los contenidos propuestos como objetivos de aprendizaje, como se ha descrito anteriormente el estudiante desarrolla un aprendizaje autodirigido con el fin de desarrollar un pensamiento y razonamiento clínico crítico, aplicable al análisis y solución de los problemas de salud de los pacientes.

Del mismo modo, el profesor debe planificar, promover y evaluar estrategias que fomenten el aprendizaje significativo en los estudiantes, para generar la capacidad resolutoria de los problemas de salud de la población, los últimos reflejan los contenidos propuestos al ser demandas y necesidades actuales de salud en la población (Martínez et al., 2017).

Ruvalcaba et al., (1990) y Ríos (2005) mencionan que las actividades de aprendizaje en el proceso educativo del internado médico de pregrado comprenden a la educación en servicio y el estudio mediante la auto enseñanza. Así mismo mencionan que el primer punto hace referencia a la práctica clínica previo adiestramiento y bajo supervisión del personal médico adscrito o residente, el alumno colabora en el proceso diagnóstico y terapéutico del paciente, desarrollando habilidades médico-quirúrgicas en los diferentes niveles de atención, así mismo la auto enseñanza tiene como objetivo la actualización de los contenidos complementando así el proceso educativo del interno con sesiones bibliográficas, discusión de casos y seminarios.

Por lo tanto, la metodología de este proceso educativo se basa en el papel tutelar del profesor y el trabajo de forma activa del educando, la cual se sustenta en los principios del aprendizaje, el cual se considera proceso activo que se cumple de forma adecuada si el alumno se enfrenta a situaciones problema que se relacionen con sus conocimientos y habilidades, lo que genera iniciativa en la búsqueda de soluciones y respuestas (Ruvalcaba et al., 1990).

Harden y Crosby (2000), coinciden en que la educación médica experimenta cambios importantes, donde el énfasis en la autonomía del estudiante de medicina ha modificado los roles establecidos entre profesor y alumno, dejando de lado los términos de enseñanza y profesor, tomando ahora como punto central el aprendizaje y el alumno, este interés en el alumno en algunas ocasiones es vista por el profesor como una pérdida de control sobre el educando generando así sentimientos de incertidumbre (Bashir, 1998 cit. por Harden y Crosby, 2000). Sin embargo, el autor señala que la enseñanza y el aprendizaje se encuentran relacionados siendo un proceso, donde el propósito de la enseñanza es mejorar el aprendizaje.

Según Ruvalcaba et al., (1990) este proceso en la enseñanza clínica está representado por el alumno, el médico y el objeto de estudio, cada uno cuenta con características que pueden o no dar paso al aprendizaje, por lo tanto, incluye que una situación de aprendizaje se encuentra en un contexto en donde interactúa un individuo en su rol explícito de enseñar y personas que se proponen aprender contenidos o habilidades psicomotoras, donde los pacientes representan el objeto de estudio; es así como el proceso necesita de estas interacciones y el desempeño de los participantes.

Retomando el papel del docente en este proceso, los médicos en su rol como profesor desempeñan funciones y actividades para lograr la misión y visión de cada institución, deben ser competentes para seleccionar, desarrollar y utilizar estrategias, métodos y técnicas que faciliten el aprendizaje significativo en los alumnos, creando un ambiente de colaboración con dinámicas adecuadas para que los estudiantes compartan conocimiento profesor-estudiante y estudiante-estudiante (Martínez, et al, 2017).

Cox y Ewan, (1988); Harden et al., (1997) y Newble et al., (1995) han descrito los roles del profesor en la educación médica a través de seis áreas de actividad entre las que se encuentran: el rol de docente como proveedor de información, modelo, facilitador, asesor, planeador y como desarrollador de recursos, el médico en su rol como educador trabaja con el médico interno como asesor y proveedor de información, así como también ejerce su papel como modelo, al mismo tiempo ejerce su papel como planeador y generador de recursos al trabajar directamente con el currículo y las oportunidades de aprendizaje implementando estrategias y modificaciones para que el aprendizaje

significativo se obtenga de forma adecuada (cit. por Harden y Crosby, 2000).

En este sentido el profesor en su rol como modelo para el estudiante, permite la transmisión del *habitus* médico, entendido por Castro (2014) como el conjunto de predisposiciones de las estructuras objetivas del campo médico las cuales se recrean y reformulan cotidianamente a través de una práctica profesional que los hace construir conductas específicas. Por lo tanto, el autor considera que el *habitus* médico es un conjunto de mensajes, enseñanzas, conminaciones, clasificaciones, etiquetaciones y jerarquizaciones que los estudiantes viven, atestiguan y hacen parte de su formación dentro del currículo no formal que adquieren durante el proceso de enseñanza-aprendizaje dentro de un espacio específico: las instituciones hospitalarias.

De igual forma el alumno al ser parte de este proceso, debe mostrar disposición hacia su propio aprendizaje, de forma independiente a sus características biológicas y sociales. Ruvalcaba et al., (1990) refieren que durante el internado la incorporación de conocimientos es un hecho aislado puesto que han sido entregados en los primeros años de los programas de estudio, por lo tanto, depende del interés del interno el buscar conocimiento a través de la educación en servicio que le permita cubrir los objetivos del programa y sus propósitos individuales. De otro modo, si el estudiante demuestra apatía, conducta receptiva y rasgos de irresponsabilidad representarán factores negativos que pueden llevar a un impedimento en su aprendizaje.

Esta breve descripción sobre el currículo formal y el currículo oculto relacionado con el proceso de enseñanza aprendizaje permite establecer bases teóricas sobre la formación durante este ciclo y nos permite retomarlo en capítulos posteriores durante el análisis.

CAPÍTULO III: APRENDER DE MUJERES Y HOMBRES: LA IMPORTANCIA DEL ENFOQUE DE GÉNERO EN LA EDUCACIÓN MÉDICA

El presente capítulo pretende establecer las bases en torno al enfoque de género y su importancia de este en la investigación en educación médica, aquí se aborda de manera general los conceptos que permiten comprender esta herramienta conceptual.

3.1 Género, Sexo y Enfoque de género

El género como categoría de análisis es una de las contribuciones más significativas del feminismo contemporáneo, esta perspectiva ha permitido evidenciar la desigualdad que subyace a la existencia de la diferencia de género, como señala Rubín (cit. Osornio y Palomino, 2015) las relaciones que se construyen en cada momento histórico son las responsables de construir significados, en el terreno de la diferencia de los sexos; la autora considera la organización de la vida social con base en la existencia de sistemas sexo/género. En el presente trabajo se considera que es una forma de interpretar la realidad humana a partir de problematizar las relaciones entre los sexos como relaciones de poder construidas históricamente y que a lo largo del tiempo han sedimentado una serie de discursos centrados en lo masculino que atraviesan no solo las relaciones individuales, sino que a la par son fundamentales de las instituciones.

Lagarde (1996) refiere que el género es una categoría que abarca lo biológico, pero además incluye una categoría bio-socio-psico-econo-político-cultural, que implica al sexo, pero no agota ahí sus explicaciones. De acuerdo con Valenzuela (2020) género corresponde a la representación propia de una persona y su comportamiento como masculino o femenino, de acuerdo con la estructura sociocultural en la que se encuentra insertada. Es así que para Rohlfs et al., (2000) el género es un constructo analítico que se fundamenta en la organización social de los sexos y puede ser utilizado para analizar y entender mejor los determinantes y condiciones de vida entre mujeres y hombres a partir de las características que cada sociedad asigna a los individuos en función de su sexo.

Lagarde (1996) y Rohlfs et al., (2000) explican que la definición de género tiene un proceso socio histórico que lo analiza a través del enfoque biológico, económico y social, donde los conceptos de masculinidad y feminidad se asumen como herencias naturales del sexo biológico y las teorías de género son necesarias para definir al individuo, pero insuficientes para la afirmación del género.

Valenzuela (2020), considera que el concepto de género se asocia estrechamente a la identidad de género la cual corresponde a un constructo multidimensional en el cual el individuo se identifica como miembro de una de las categorías de género de su determinada cultura. Por lo tanto, al ser un constructo social, permite que, al realizar investigaciones, y proyectos sociales se pueda

otorgar un enfoque de género, lo que nos permite analizar los fenómenos sociales que se atribuyen a los grupos sociales.

Para Borrel et al., (2004) es el análisis de las relaciones sociales entre hombres y mujeres, el cual revela la existencia de desigualdades. Lamas (1996) determina que el enfoque de género implica reconocer entre la diferencia sexual y las atribuciones, ideas, representación y perspectivas sociales que se construyen tomando como referencia las diferencias sexuales.

De igual forma Lagarde (1996) afirma que el enfoque de género permite analizar y comprender las características que definen a las mujeres y hombres de manera específica, así como sus semejanzas y diferencias, por lo tanto, analiza a las mujeres y hombres, el sentido de sus vidas, sus expectativas y sus oportunidades, las relaciones entre diversos grupos, así como los conflictos institucionales que deben enfrentar.

3.2 Enfoque de género en la educación universitaria.

Actualmente la política educativa, se encamina en búsqueda de la igualdad y en particular a la inclusión, con el objetivo de eliminar las desigualdades por medio de la educación, aunque este proceso inicia con la visibilidad de la desigualdad la cual está relacionada con el género y otros factores económico y sociales (García, 2021).

La feminización de la educación superior genera una mala apreciación debido a que al considerar una alta participación de mujeres en las universidades se atribuye un sinónimo de igualdad; sin embargo, para Buquet (2011) el aumento de las mujeres en las universidades no supone en sí mismo condiciones de equidad entre hombres y mujeres, debido a la existencia de segregación expuesta, en la baja participación de la mujer en espacios en la toma de decisiones en instituciones educativas, menor proporción en nombramientos académicos de alta jerarquía entre otras. Los sistemas educativos aún presentan capacidades deficientes para resolver los índices de inequidad, por lo que es indispensable establecer estrategias con enfoque de género (Trejo et al., 2015).

Según Bourdieu la escuela es la transmisora de lo que se denomina cultura legítima, la cual hace distinción de las diferentes clases sociales en diversas maneras y con distintos efectos, así mismo el sistema educativo establece el reconocimiento de la cultura, siendo el género masculino y su ilegitimidad la cultura dominante (Bourdieu, cit. por Trejo et al., 2015). Por lo tanto, la educación puede mejorar las condiciones para el desarrollo de la mujer, debido a que el sistema educativo es una agencia en la formación de estructuras para el mantenimiento de las relaciones de poder, dichas relaciones se ejemplifican en diversos mecanismos como elementos pedagógicos implementados en el currículo formal y oculto, así como en las estructuras jerárquicas. (Trejo et al., 2015).

En este sentido, implementar el enfoque de género en el currículo favorece el proceso de institucionalización al plantear dos objetivos, el primero dotar de elementos teórico-metodológicos para la comprensión de la realidad social, el segundo con relación al análisis de las diferencias y diversidad de identidades. Logrando así la formación de recursos humanos con capacidad de comprensión y deconstrucción de las problemáticas sociales, fomentando una cultura de equidad (Buquet, 2011).

Por lo tanto, las instituciones deben ser ambientes equitativos que favorezcan la igualdad de oportunidades, creación y transmisión de conocimiento científico y valores sin restricción alguna (Buquet, 2011).

3.3 Enfoque de Género en la educación médica

Se han descrito las características y la importancia del enfoque de género en la educación universitaria, sin embargo, el análisis que incluye el género y la profesión médica cumple con particularidades necesarias que se deben estudiar. La medicina es un saber y una profesión con múltiples contenidos y factores biopsicosociales a estudiar, respecto en lo relativo al género, no es una profesión más, a través de su saber científico en su origen tuvo relación con la constitución del modelo de dos sexos, vinculado con histerización y maternalización de las mujeres (Pozzio, 2017).

Valenzuela et al., (2019) mencionan que el género es un término que describe las características entre hombres y mujeres basado en factores psicológicos y sociales, estos aspectos tienen efectos en la salud de la persona debido a la interacción existente entre lo psicosocial y lo biológico expresado en diferencias en la salud y enfermedad de personas de distintos géneros. En la enseñanza de la medicina estos términos forman parte de la novedad en el currículo, manteniéndose muchas veces distante a los médicos en formación. Actualmente en México y el mundo las mujeres conforman la mayoría de la matrícula en las escuelas y facultades de medicina, conocido como un proceso de feminización, sin embargo, el modelo de enseñanza en ciencias de la salud en la mayoría de programas de estudio se sigue considerando a través del hombre promedio, lo que causa que los futuros recursos humanos en salud no tengan bases suficientes para identificar la importancia de los contextos biopsicosociales de hombres y mujeres respecto a su salud.

En consecuencia, las diferencias relacionadas con el sexo y los sesgos de género en la atención sanitaria originan resultados positivos, negativos o neutros entre los géneros, lo que origina el cuestionar la reproducción de estos sesgos en los canales formales de enseñanza, debido a que los estudiantes como sujetos morales en formación interpretan la realidad de acuerdo a procesos de socialización devenidos de diversas instituciones, razón necesaria para incorporar el análisis de sexo y género en la educación médica, con el objetivo de mejorar de enriquecer el conocimiento en el área

de las ciencias de la salud y en particular en la medicina (Juárez, et al, 2021).

Con el objetivo de eliminar los prejuicios con base al género en los planes curriculares se recomienda fomentar la habilidad de percibir inquietudes y diferencias de género, adquirir conocimiento en torno a estas temáticas y mantener conciencia de los estereotipos con base al género y su impacto en la salud y enfermedad. El integrar la medicina de género en el currículo formal influye en las habilidades sociales respecto a la atención del paciente, con la capacidad de identificar las diferencias biomédicas y psicosociales relevantes entre hombres y mujeres, entendiendo el rol de su propio género en su profesión, tendrán la capacidad de generar estrategias y acciones con sensibilidad de género, por lo tanto, el currículo utiliza su función de construir la identidad de cada uno de los médicos en formación, con la capacidad de sensibilizar a los estudiantes dentro de estas temáticas socioculturales (Valenzuela et al., 2019).

3.3.1 Feminización de la medicina

En los últimos treinta años la proporción de mujeres que se incorporan al estudio de la medicina ha crecido de forma constante en diversos países de América y Europa, este proceso conocido como feminización, comienza en la universidad y se extiende al ámbito del ejercicio profesional (Borracci et al., 2018).

Euguchi (2017) define el concepto de feminización de la medicina como “el aumento de la cantidad de mujeres con relación a los varones en el ejercicio de la profesión médica” (p.6), considerada una tendencia mundial en la que nuestro país no es ajeno. Por ejemplo, en Europa el 75% de la matrícula estudiantil de Medicina corresponde a mujeres, mientras que en América del Norte representa el 50%. En particular sobre nuestro país, según cifras de la Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior en 2018 la matrícula de ingreso a la licenciatura en Medicina a nivel nacional fue de veinte mil estudiantes aproximadamente, de los cuales 42% fueron hombres y 57% mujeres, (ANUIES, 2018, cit. por Fernández et al., 2021), concretamente según los datos actualizados por ANUIES (2022) reportan que del total de la matrícula a nivel nacional en cuestión de estudios de medicina, el 60% corresponde al sexo femenino, confirmando así la persistencia del creciente proceso que abarca la feminización de la medicina en México.

A pesar de la feminización de la medicina y de la apertura al trabajo colaborativo entre mujeres y hombres con estándares de calidad y excelencia, persiste la segregación horizontal y vertical de la mujer en el ámbito médico. Flores et al., (2019) refieren que se ha especulado sobre las razones por la que las mujeres no logran alcanzar las metas académicas, laborales y económicas de la misma forma que los hombres, relacionándolo al papel que se ejerce culturalmente a la mujer con creencias arcaicas de que las mujeres no tienen capacidades para soportar cargas de estrés y de trabajo

elevados. Este problema según Carr et al., (2015), puede ser analizado bajo cinco factores, el clima laboral, la falta de igualdad, la falta de retención de mujeres en puestos altos, la falta de equidad en ingresos y compensaciones y un desbalance en la carga de responsabilidades y equilibrio entre la vida personal y el trabajo.

Las médicas demuestran que buscan el equilibrio entre la vida personal y profesional mucho más que los hombres, esto debido a que culturalmente es bien visto que el hombre dedique al 100% a su profesión y deje en otro plano diversas actividades relacionadas con la familia y hogar (Flores et al., 2019). Según Freischlag y Silva (2015) las mujeres que han alcanzado posiciones académicas de importancia lo han logrado gracias a su perseverancia y compromiso, consideran que la meritocracia no es equitativa cuando se trata de decidir entre hombres y mujeres médicos, por lo tanto, se requiere que los involucrados en la formación de recursos humanos en salud y las instituciones busquen eliminar los obstáculos de desempeño en la medicina.

Tanto los médicos hombres y las médicas mujeres tienen la responsabilidad de garantizar que la medicina se convierta en una profesión de verdadera equidad de género, tomando en cuenta las responsabilidades profesionales que demanda la medicina (Dacre, 2012).

Aponte (2008) refiere que “superar la desigualdad y exclusión como estrategia para llegar al camino hacia un desarrollo sustentable en las sociedades, es quizás el reto más apremiante e importante de estos tiempos para los países y las instituciones de educación superior” (p.1), en consecuencia las instituciones universitarias deben implementar cambios curriculares y desarrollar políticas y estrategias educativas que tengan como objetivo ilustrar las diferencias de género en la educación y mejorar los resultados educativos.

CAPÍTULO IV: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Actualmente el mundo y en especial el área de ciencias de la salud, se enfrenta a múltiples cambios de forma constante, la transición epidemiológica actual, el desarrollo tecnológico y científico, la necesidad de abordar el proceso salud enfermedad no solo con fines curativos y ahora también acompañado del enfoque preventivo, hace que la sociedad actual requiera de médicos con la más alta calidad, que tengan capacidad de resolver problemas y que permanezcan actualizados en relación con la atención integral del paciente, docencia e investigación, así como la gerencia de servicios de salud, implementando nuevos conocimientos y un mejor desarrollo en su ejercicio profesional.

Siendo el internado médico de pregrado la última etapa durante su formación como médico general, representa un periodo de transición entre la vida universitaria hacia el ambiente hospitalario, en donde el estudiante, se encuentra en el preámbulo de lo que será su vida ocupacional, acompañado con las características, valores, y actitudes específicas de la profesión médica.

El proceso de formación para los médicos se lleva a cabo como en toda carrera universitaria a partir de un plan de estudios, junto con el mismo, el currículo juega un papel esencial en la formación de todos los universitarios, siendo un referente social y político, que alude a la fundamentación y construcción teórica del conocimiento acompañado de procesos y vivencias que pueden ser conscientes y explícitas de lo que los objetivos de los planes de estudio se proponen (Hamui, 2015).

Por lo que este ciclo académico se caracteriza por presentar múltiples situaciones desafiantes con relación a la atención del paciente y el cumplimiento de actividades curriculares, esta última abarca numerosas funciones como carga de trabajo elevada, atención integral del paciente, ambiente de trabajo con dinámica hostil en algunas ocasiones, y en diversos casos métodos de enseñanza aprendizaje mal establecidos.

La relación entre educación y género ha sufrido modificaciones constantes en las últimas décadas, reflejado en la incursión de la mujer en diferentes ámbitos de la vida profesional, donde su inserción en el ámbito médico no es la excepción, este proceso conocido como feminización de la medicina (Euguchi, 2017; Flores et al., 2019 y Carr et al., 2015), según Borracci, et al., (2018) hace referencia al aumento en la cantidad de mujeres con relación a los hombres causando una transformación dentro de las facultades de medicina con respecto a su matrícula estudiantil. Siendo una realidad en el país, la ANUIES (2022) en su último anuario estadístico de la población escolar en educación superior, reporta que, en el último año, del total de la matrícula en el campo de ciencias médicas el 60% corresponde al sexo femenino, ratificando así la existencia de este proceso.

Antecedentes y Justificación

El internado médico de pregrado es una etapa crucial en el proceso formativo de los médicos, donde los métodos de enseñanza aprendizaje se establecen con estrategias totalmente diferentes a las implementadas en el aula durante los primeros años de la licenciatura, en dicha etapa el alumno pone en práctica todos los conocimientos y habilidades adquiridas y desarrolla nuevas competencias en la atención del paciente.

Diversos estudios (Morales, 2007; Fuentes, 2015; Msaouel, 2010 y Duagherty, 1998) reportan que esta etapa formativa se caracteriza por una alta demanda de actividades administrativas, elaboración de documentos medicolegales; prácticas médicas, quirúrgicas e imagenológicas y de la misma forma la revisión de material teórico. En consecuencia, de la gran cantidad, complejidad y diversidad de demandas que exige realizar a los alumnos durante el internado médico, impacta en la salud mental de muchos médicos en formación, presentando episodios de ansiedad, depresión, dificultades de aprendizaje, así como en algunos casos el consumo de sustancias que les permitan cumplir con las funciones y exigencias otorgadas en su sitio de trabajo (Behere, 2011; Vilchez, 2020; Palmer, 2017 y Mendoza, 2021).

La literatura reporta algunos estudios sobre las características y algunos problemas que se desarrollan durante el internado médico de pregrado, estos se realizan desde una metodología cuantitativa (Urbina et al., 2003; Martínez, 2016 y Duagherty, 1998), sin embargo, son insuficientes las investigaciones realizadas desde la perspectiva de los internos (Nogueira, 2006 y Piryani 2019), por lo que es indispensable recuperar desde su subjetividad las experiencias que tuvieron durante el último año de su carrera universitaria.

Actualmente las mujeres representan la mayoría de la fuerza laboral en la medicina, en donde el aumento de estudiantes y egresadas es una constante, siendo la feminización de esta área, un tema de importancia en el ámbito socio médico (Carrillo et al., 2013; Pozzio, 2017 y Eiguchi, 2017). Estas variaciones en las categorías de género ocasionan que los territorios sociales, culturales y profesionales, que son asignados a mujeres y hombres estén en constante cambio, reformando las fronteras sociales. Es importante que tanto hombres como mujeres aseguren que en la profesión exista una verdadera equidad de género, debido a que las habilidades necesarias para ser médico no son dependientes del sexo (Dacre, 2012), siendo el enfoque de género un área propicia para el análisis de la diversidad del ejercicio profesional en el ámbito de las ciencias médicas.

El presente estudio pretende contribuir a las investigaciones que se realizan sobre los médicos en formación, dentro del contexto hospitalario, analizando las repercusiones del internado rotatorio de pregrado en el futuro médico. Busca aportar elementos que en el futuro coadyuven a mejorar tan

importante etapa de su proceso formativo, otorgando a la sociedad recursos humanos en salud de la más alta calidad, que cuenten con capacidad resolutive en la atención del paciente y en todas las atribuciones que a la medicina confiere.

Por lo que surgen las siguientes preguntas de investigación: ¿Qué apreciación tienen los médicos pasantes de servicio social de su proceso formativo durante el internado médico de pregrado?, ¿Qué prácticas no establecidas llevan a cabo docentes y alumnos durante el proceso formativo del internado médico de pregrado?

Objetivos

Generales

- Analizar el proceso formativo del internado médico de pregrado a partir de la experiencia de los médicos pasantes de servicio social de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala
- Analizar el currículo oculto que se da durante la formación de los médicos internos de pregrado.

Específicos

- Describir las funciones que desarrollaron los médicos pasantes durante su formación como médicos internos de pregrado.
- Describir las relaciones interpersonales que desarrollaron los médicos internos entre pares, con médicos adscritos y personal de salud en la sede hospitalaria donde realizaron su internado médico.
- Identificar las funciones y responsabilidades que tienen los docentes durante la formación de los médicos internos de pregrado.
- Analizar el proceso enseñanza-aprendizaje que desarrollaron los médicos internos durante el ciclo formativo del internado médico de pregrado.
- Analizar la repercusión que tuvo el internado médico de pregrado en la formación de los médicos pasantes.

CAPÍTULO V: METODOLOGÍA

Tipo de estudio

La presente investigación fue cualitativa de tipo fenomenológica, se fundamenta en el estudio de las experiencias de vida, respecto de un suceso desde la perspectiva del sujeto (Fuster, 2019), es por eso la investigación recupera desde la subjetividad de los internos de pregrado de medicina, sus vivencias sobre esta importante etapa formativa.

Muestra

La muestra fue intencional, participaron 15 Médicos pasantes de servicio social de ambos sexos. que terminaron el internado de pregrado de la carrera de Médico Cirujano de la FESI-UNAM del plan de estudios 2016. Hernández et al., (2018, p. 390) describe el muestreo intencional o por conveniencia como aquel muestreo en donde la muestra está formada por los casos disponibles a los cuales se tiene acceso, o bien como lo describe Toro y Parra (2006, p. 51), este tipo de muestreo se caracteriza por un esfuerzo deliberado de obtener muestras representativas mediante la inclusión en la muestra de grupos supuestamente típicos.

Instrumentos y procedimientos de recopilación de registro de datos

Los datos se obtuvieron por medio de una entrevista a profundidad, semiestructurada; se elaboraron dos instrumentos específicamente para esta investigación: 1) consentimiento informado (anexo 2) y 2) una guía de entrevista (anexo 1), que constó de 46 preguntas, las cuales se agruparon en tres puntos que indagan sobre las funciones y actividades realizadas por el interno de pregrado, estrategias implementadas en el proceso de enseñanza aprendizaje durante el internado médico, el papel de las instituciones reguladoras en la sede hospitalaria, así como la institución universitaria y relaciones interpersonales (entre pares, con médicos adscritos, residentes y demás personal de salud).

Las entrevistas fueron de manera individual, se aplicaron dentro de las instalaciones de la FESI, después de que los participantes firmaron el consentimiento informado.

Análisis de datos

Se realizó un análisis de tipo cualitativo, requirió de la codificación axial o de segundo nivel, que da lugar a: interpretación de datos, desarrollo de temas y patrones, y codificación selectiva para las explicaciones (Blasco y Pérez, 2007).

De acuerdo con Hernández et al., (2018), el análisis cualitativo nos proporciona los siguientes puntos:

1. Explorar los datos
2. Imponerles una estructura y organización
3. Describir la experiencia de los participantes/ alumnos de acuerdo con su lenguaje y expresiones

4. Describir los conceptos, categorías y temas presentes en los resultados/datos para poderlos entender e interpretar y con ello explicarlos en función del planteamiento del problema
5. Comprender el contexto que rodea a los datos
6. Reconstruir respuestas
7. Vincular los conocimientos con el conocimiento disponible
8. Hacer un comentario general de los datos.

Como una forma de dar mayor validez a los datos obtenidos, (Martínez, 2006) se realizó una triangulación de las fuentes de información. Mediante la colaboración de cinco participantes del presente estudio, a quienes se solicitó la lectura del trabajo en su totalidad, con el objetivo que determinaran la concordancia entre el análisis de datos y la información que ellos proporcionaron, asumiendo que los resultados capturan una visión representativa del fenómeno investigado.

CAPÍTULO VI: EL INTERNADO MÉDICO DE PREGRADO DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS RECIÉN EGRESADOS

En esta investigación a profundidad participaron 15 Médicos Pasantes de Servicio Social de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala del plan de estudios 2016, los cuales realizaron su internado médico de pregrado en instituciones públicas como IMSS, ISSSTE, ISEM e instituciones privadas, todas dentro de la Zona Metropolitana del Valle de México, en el periodo del 01 de julio de 2021 al 30 de junio de 2022.

Como se mencionó anteriormente, para el análisis de contenido de las entrevistas se ha propuesto un sistema de categorías que permitan explorar los contenidos de las entrevistas realizadas a las y los participantes en relación con su apreciación con respecto al internado de pregrado.

Las categorías se organizaron de acuerdo con los objetivos específicos de este estudio: funciones que desarrollaron los médicos pasantes durante el internado médico, las funciones de los médicos adscritos, residentes, jefes de enseñanza y jefaturas de la universidad, relaciones interpersonales que desarrollaron los médicos internos entre pares, con médicos adscritos y personal de salud en la sede hospitalaria donde realizaron su internado médico y la repercusión del internado en su formación.

Para una mejor comprensión de la organización de las categorías, se realizó un diagrama que sintetiza las categorías y subcategorías, como se puede apreciar en la *Figura 1*.

I. FUNCIONES Y DERECHOS DEL MÉDICO INTERNO

Funciones y áreas de trabajo del interno

Con respecto a las funciones desempeñadas por los médicos internos dentro del hospital y campos clínicos anexos a sus sedes, las respuestas se agrupan en cuatro categorías: 1) *áreas y servicios de trabajo*, 2) *actividades diarias*, 3) *guardias* y 4) *actividades no establecidas*.

La primera categoría hace referencia a los sitios dentro del hospital que pertenecen a una o más especialidades donde el interno desarrolló actividades diarias con relación a la atención del paciente: ginecología y obstetricia, cirugía general, urgencias, medicina interna, pediatría y medicina familiar; el interno asistió y realizó actividades que le indicaron en diferentes áreas dentro de la sede hospitalaria, se subdividieron en cuatro categorías: a) *especialidades médicas*, b) *hospitalización*, c) *quirófono y unidad toco quirúrgica* y d) *consulta externa*.

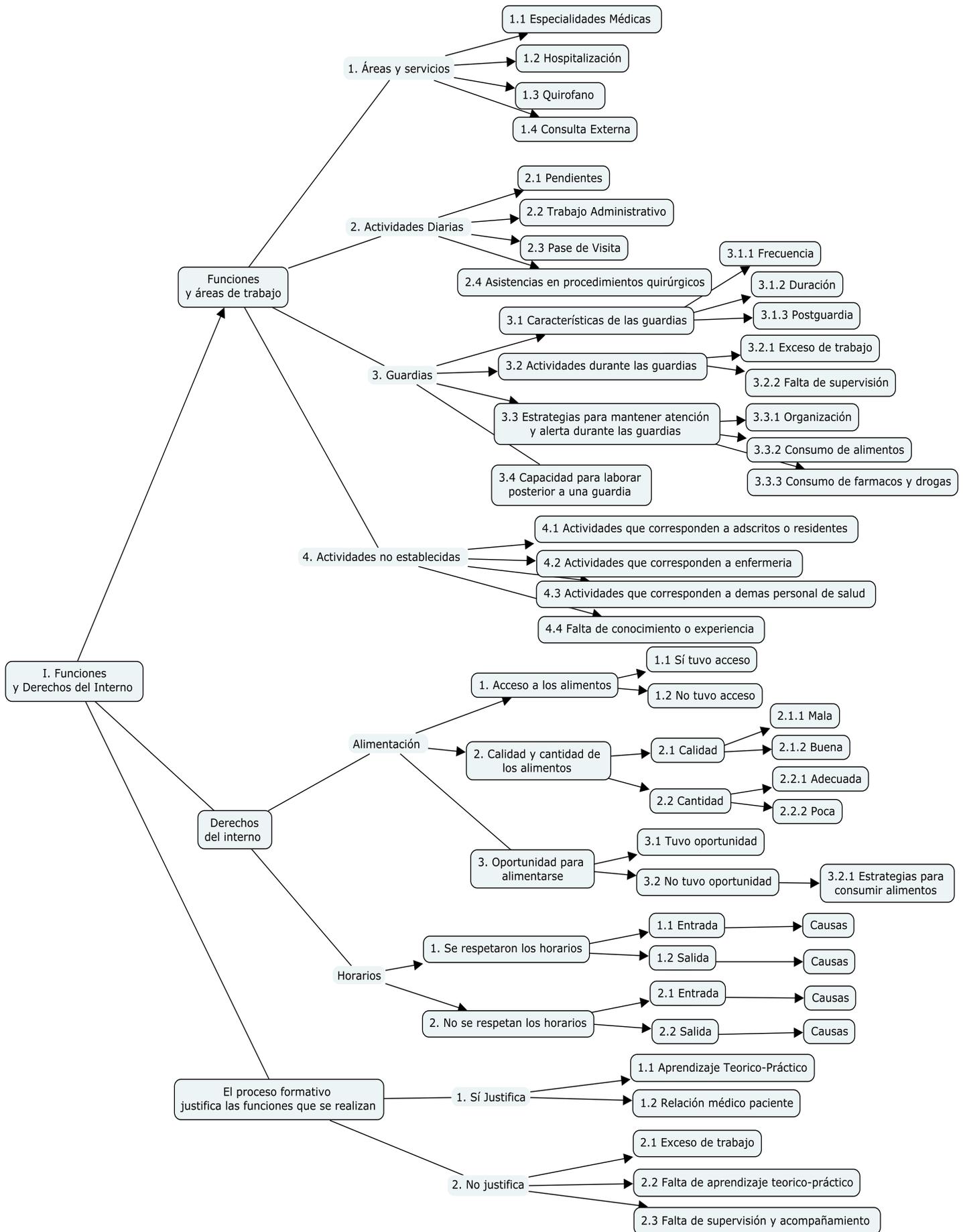


Figura 1. Funciones y derechos de los internos

Los internos realizaron esta etapa formativa en distintas áreas específicas de la medicina. Cada especialidad tiene sus particularidades, población objetivo y padecimientos que estudia; comenzando por Medicina Interna, esta atiende de forma integral los problemas de salud en adultos; sus actividades principalmente se realizan en la zona de hospitalización, área que presta atención médica continua con tratamiento estructurado y múltiple, algunos rotaron particularmente en hospitalización y en terapia intensiva.

“Medicina interna, solamente estábamos en el área de hospitalización y alguna que otra vez en terapia intensiva”.

“Medicina interna, ahí si era todo el piso y diálisis”

“En Medicina interna, únicamente estábamos en hospitalización y no en áreas críticas”

Especialidades como Ginecología y Obstetricia, Cirugía General y Pediatría estudian y tratan patologías médico-quirúrgicas en mujeres en edad reproductiva, adultos y niños respectivamente, de forma similar todas las especialidades brindan atención al paciente en área de consulta, hospitalización y en quirófano para el desarrollo de sus actividades.

“Cirugía siempre estábamos en el quirófano, en piso solo para las curaciones, pero acabábamos y nos íbamos a quirófano”.

“En pediatría, que es en la que más hubo movimiento, estábamos divididos en piso con sus divisiones por edad, cuneros divididos por cuidados, urgencias pediátricas y tococirugía, de igual forma debíamos ayudar en cirugía pediátrica. Cirugía se dividía en piso también y en el quirófano”

“En ginecología, nos dividieron igual en piso y en tococirugía, en Pediatría nos dividieron igual y nuestro coordinador lo dividió por varios servicios como piso, cuidados intensivos y cirugía pediátrica”.

Medicina de urgencias es una especialidad que se enfoca en el diagnóstico y tratamiento de enfermedades que comprometen de manera rápida algunos órganos o incluso la vida del paciente, al ser un área de primer contacto dentro del hospital, hace uso de áreas como consulta y hospitalización, debido a la gran cantidad de pacientes que se atienden diariamente con diferentes patologías y gravedad, los internos otorgan atención al paciente en áreas conocidas como “observación”, “sillas” y “choque”.

“Urgencias fue el servicio que más me gusto, porque me metía a consulta de triage, y hacia procedimientos en el área de hospitalización”.

“En urgencias solamente estuve en sillas, choque y observación, pero sí participábamos en las tres”.

Medicina familiar al ser una especialidad que se enfoca en el diagnóstico y tratamiento de los padecimientos de todos los grupos etarios en un primer nivel de atención, desarrolla actividades respecto a la atención del paciente en consultorio, los participantes exponen que es la especialidad en donde permanecieron totalmente dentro de esta área.

“En medicina familiar estaba en consulta exclusivamente y en cada rotación teníamos dos semanas de Medicina familiar y permanecíamos en consultorio”.

“En medicina familiar no solamente eran consultas, también rotábamos en nutrición, curaciones y salud reproductiva”.

La segunda categoría: *actividades diarias*, describe todas las funciones establecidas y no establecidas en el reglamento y programa operativo del internado médico, las cuales el estudiante llevó a cabo por indicación de médicos adscritos, residentes y demás personal de salud, con el fin de otorgar atención al paciente. Se dividió en: a) *pendientes*, b) *trabajo administrativo*, c) *pase de visita* y d) *asistencia en procedimientos quirúrgicos*. Los pendientes son considerados por los participantes como aquellas actividades prácticas que se desarrollan con el paciente, incluyendo toma de muestras sanguíneas, interrogatorio, exploración física, curaciones, colocación de sondas, catéteres o vendajes, presentación de interconsultas o estudios de gabinete, entre otras.

“Un pendiente son las manos sucias de ciertos procedimientos, como las colocaciones o retiros de sonda, tomar muestras al paciente, preguntarle a veces otras cosas sobre su historia clínica, para poder presentarlo con otro servicio interconsultante”.

“Sacar muestras, solicitar cualquier tipo de estudio de imagen, curaciones, poníamos la sonda gástrica y vesical”.

“No te limitaban los procedimientos, las suturas, curaciones, entrar a quirófano como primer ayudante e inclusive poner central, tú podías hacer todo mientras quisieras y estudiaras”.

Junto a las actividades prácticas antes mencionadas, los participantes mencionan la existencia de otras funciones con relación al *trabajo administrativo*, que hace referencia a los documentos

médico-legales que deben realizarse diariamente en las diferentes áreas del hospital, en dichos documentos se especifican los procedimientos, planes y cambios terapéuticos, así como la evolución de cada paciente. Es conocido entre el equipo sanitario como “papelería” e incluye notas de evolución, indicaciones médicas, notas de ingreso, notas de egreso, entre otros documentos.

“Principalmente, eran pendientes y también hacer notas de evolución y de alta, casi siempre en cada servicio. Donde no hacíamos altas era en medicina interna, pero en todos los demás hacíamos notas de alta, ingreso y evolución”.

“Respecto a la papelería, eran consentimientos, ingresos, historias clínicas, notas y altas”

“Hacia las notas de alta, de evolución, notas de ingreso y en algunos casos hacíamos las notas de defunción”.

El *pase de visita* hace referencia a la actividad realizada por médicos adscritos, residentes e internos donde diariamente se estudia el caso de cada paciente hospitalizado acompañado de una adecuada anamnesis y exploración, para determinar la evolución de cada paciente, modificar o continuar el plan terapéutico y egresar al mismo cuando la patología se ha resuelto.

“El pase de visita era el pan de cada día en el turno de la mañana, en la tarde y en la noche, era como de ley participar, vemos a los pacientes como están, vemos que les falta por hacer o que se les debería de hacer, modificar las indicaciones y lo que el médico de base pidiera”.

En especialidades quirúrgicas, el papel del interno consiste en formar parte del equipo quirúrgico como primer o segundo ayudante dentro del quirófano y durante los procedimientos quirúrgicos.

“En cirugía no pude hacer mucho como primer ayudante, porque había residentes, pero separaba la piel durante el procedimiento”.

La tercera categoría, *guardias*, alude a las jornadas y al conjunto de actividades académico-asistenciales complementarias las cuales se describen y calendarizan en los programas operativos. Estas jornadas deben realizarse de forma adicional a los turnos designados (NOM-EM-O33-SSA3-2022). Para una adecuada descripción de esta categoría se obtuvieron las siguientes subcategorías: a) *características de las guardias*, b) *actividades durante las guardias*, c) *estrategias para mantener atención y alerta durante las guardias* y d) *capacidad para laborar posterior a las guardias*.

La primera subcategoría, *características de las guardias*, hace referencia a la normatividad que deben cumplir los médicos internos en torno a: a) *frecuencia*, b) *duración* y c) *beneficio de postguardía*, respecto a estas jornadas adicionales. Estas características pueden o no estar establecidas en los programas operativos de cada institución de salud.

Respecto a la *frecuencia*, la calendarización de guardias establecida por las jefaturas de enseñanza se realiza a través de roles y esquemas, los cuales son organizados comúnmente a través de las primeras letras del abecedario, otorgando así a cada interno una letra de guardia la cual deberá cumplir según los calendarios. Los principales esquemas de guardia que refieren los participantes son de tipo ABC y ABCD, por lo tanto, en el primer esquema el alumno deberá cumplir con una guardia cada dos días y en el segundo cada tres.

“Eran guardias ABCD, cada tres días, entonces ibas diario a tu turno normal y el día que te tocaba guardia, te quedabas en el hospital trabajando hasta el siguiente día”.

“ABCD cada tercer día, por ejemplo, yo era A y me tocaba guardia el lunes y la siguiente me tocaba el viernes, entonces eran tres días sin guardia y otra vez debía quedarme”.

“Teníamos un rol de guardias ABC, cada dos días nos teníamos que quedar en el hospital en el servicio que nos correspondía, hacíamos tres guardias por semana”.

Algunos participantes refieren que el rol de guardias era variable y dependía de la cantidad de personal que se necesitara en el servicio derivado de situaciones como incapacidades o exceso de pacientes, dando lugar a esquemas de tipo AB donde los internos cumplían con hasta cuatro guardias por semana, estos esquemas aumentan considerablemente la cantidad de horas laborales por semana en los médicos internos, dando un total de más de 100 horas dentro de actividades asistenciales en comparación de las 72 horas contempladas con esquemas de guardias ABCD.

“Originalmente, fueron ABC, pero cuando hubo alza de COVID, por decisión de los jefes de servicio fueron AB [...] enseñanza fue notificado, pero apoyó la decisión de los jefes quienes decidieron ese rol para cubrir la falta de internos, fue muy agotador tener hasta cuatro guardias por semana”.

Respecto a la *duración*, según las normas oficiales, las guardias en días hábiles comienzan al término del turno matutino y finalizan al iniciar el turno matutino del día siguiente, en el caso de días inhábiles tienen una duración de 24 horas. Es decir, cuando se cumple con una guardia programada,

el interno ingresa al hospital durante el turno matutino y debe continuar con el cumplimiento de actividades asistenciales en el turno vespertino y nocturno, al término de los tres turnos el alumno ha permanecido 24 horas dentro de la institución y ahora debe cumplir con las actividades del nuevo turno del día con la posibilidad de retirarse en horarios del turno vespertino según lo determinen las autoridades correspondientes. Los participantes refieren que las jornadas que incluyen turno y guardia presentan una duración variable según cada sede, que pueden ir desde: a) 12-24 horas, b) 24-36 horas y c) más de 36 horas.

“Variaba, llegaron a ser de 12 horas y hasta de 36 horas, dependía de la decisión de enseñanza más que nada por el alza de contagios por COVID”.

“A veces eran de 24, 36 o hasta 40 horas, todo dependía del servicio y de que los doctores te dejaran salir”

“Eran de 36 horas de duración, pero yo de guardia llegué a salir como a las 19:00, teníamos que terminar todo, que los pacientes estuvieran estables y que el adscrito de la tarde decidiera liberarte”.

Respecto a la categoría *beneficio de la postguardía*, hace referencia a la oportunidad que tuvieron los participantes de retirarse de las sedes al término de la guardia, es decir, antes del inicio del nuevo turno matutino o sin cumplir la nueva jornada en su totalidad, lo que modificó la duración respecto a su permanencia prolongada dentro de la sede, las respuestas se agruparon en: a) *Sí tuvo acceso* y b) *no tuvo acceso*.

“Hubo servicios donde sí o en otros te apurabas en tu turno postguardía y te podías retirar a las 10 o 12, eran muy pocos servicios donde te daban permiso”.

“La postguardía solo nos lo dieron en Gineco y Pediatría, en los demás servicios hasta el otro día al terminar los pendientes”.

“No me dieron nunca la postguardía, eran guardias y turnos muy largos y te quedabas hasta más tiempo si tenías errores en las notas”.

“Nunca nos dieron la postguardía, más bien llegaba a salir hasta las 5 o 6 de la tarde, cuando mi turno terminaba a las 3”.

Es importante mencionar que las guardias se caracterizan por aumentar la carga de trabajo al haber una mayor cantidad de pacientes entre una menor cantidad de internos en comparación a un

turno normal, lo que condiciona menor oportunidad para descansar y alimentarse de forma adecuada; por lo tanto, el beneficio de retirarse durante la postguardia resultó positivo al permitirles obtener una cantidad considerable de horas para descansar y alimentarse después de permanecer por más de 24 horas en el hospital.

La segunda subcategoría, *actividades durante la guardia* alude a las funciones establecidas y no establecidas que desempeñaba el interno durante las guardias con el fin de garantizar la atención del paciente en todo momento. Los participantes refieren que las actividades que llevan a cabo son similares a las de los turnos diurnos, sin embargo, al haber menor cantidad de personal médico, estas jornadas se caracterizan por: a) *exceso de trabajo* y b) *falta de supervisión*.

“Es igual todo el papeleo, hacer el ingreso en todos los servicios, el interno se encarga de la hoja frontal, la historia clínica, además de todos los pendientes”.

“Aumentaba la carga porque se quedaban solo tres internos en la guardia”

“En medicina interna llegábamos a dormir solo 15 minutos por la cantidad de trabajo, nos ingresaban pacientes toda la noche”.

Esta última aportación demuestra las condiciones bajo las que se encuentran los médicos internos durante el cumplimiento de guardias. El exceso de trabajo y de pacientes afecta negativamente en los hábitos de sueño al disminuir de forma alarmante la cantidad de horas disponibles para dormir, permanecen el turno nocturno completo equivalente a diez horas sin acceso a horas de sueño y en los casos en los que se presenta oportunidad para descansar tienen acceso a tiempo mínimo que va desde 30 minutos a solo dos horas, lo que condiciona errores en las actividades asistenciales afectando su atención, memoria, habilidades motrices y capacidad de responder ante situaciones urgentes.

La tercera subcategoría, *estrategias para mantenerse atento y alerta durante las guardias*, hace referencia a los métodos utilizados por los médicos internos para realizar las actividades de la guardia durante la noche y madrugada, manteniendo un estado de alerta para responder a las necesidades del servicio y de los pacientes, dichas estrategias se agruparon en: a) *organización y trabajo en equipo*, b) *consumo de alimentos* y c) *consumo de fármacos y estupefacientes*.

Los participantes refieren que el trabajo en equipo y organización, permitieron una adecuada distribución de sus funciones y actividades, aumentado la productividad en el servicio. Sin embargo, dicha estrategia no aseguró la posibilidad de acceder a horas de sueño/descanso adecuadas, manteniendo hábitos que condicionan daños para su salud física y estado de alerta.

“Nos dividíamos tareas y horarios para dormir, llegábamos a dormir hasta dos horas cada uno, sin descuidar el servicio”.

“Acordar tiempos para dormir, pero cuando las guardias eran pesadas, pues, nos ayudábamos para terminar a tiempo, aunque nadie durmiera”.

Otra estrategia utilizada por los participantes se encuentra relacionada con el *consumo de alimentos y bebidas*, refieren que el consumo de alimentos durante las guardias otorgaba energía que les permitía mantenerse despiertos, lo que consideran ayudaba a recuperar la atención respecto a las actividades que debían cumplir durante las noches. El consumo de alimentos hipercalóricos de forma desmedida condiciona problemas alimenticios en los médicos internos, aumentando el riesgo de presentar obesidad, dislipidemia, entre otros.

“Comer lo que podía y tomar agua, eso me servía porque me daba más energía”

“En mi caso me salía como 20 minutos al patio del hospital y comía galletas, dulces o un refresco, la azúcar me daba energía y tomar aire fresco me despertaba”

El objetivo de cumplir con todas las funciones y necesidades del servicio durante los turnos vespertinos y nocturnos condicionados por la falta de personal ocasiona que los médicos internos opten por estrategias poco favorecedoras para su salud y la seguridad del paciente, contrario al consumo de alimentos, algunos participantes refieren *consumir o conocer compañeros que consumían fármacos y estupefacientes* que les permitían mantenerse despiertos. Las causas más comunes para su consumo se derivan del exceso de trabajo, alto ingreso de pacientes y falta de personal.

“Conocí un residente que tomaba metilfenidato, a veces lo combinaba con cafeína”.

“Al inicio tomaba mucho café, pero tuve compañeros que utilizaron drogas como cocaína, es que había veces que no te dabas abasto con los ingresos y pacientes”.

“Muchos compañeros se llevaban litros de café, y muchas veces tomaban además pastillas de cafeína y lo mezclaban con fluoxetina”.

“Mezclaba aspirina con Coca-Cola para despertar y aguantar el montón de ingresos que llegaban”.

Es alarmante la normalización en el consumo de fármacos o estupefacientes con el fin de mantener el estado de alerta, el consumo de estos estimulantes responde favorablemente sobre las

necesidades de los médicos internos para cumplir con sus funciones y obligaciones, sin embargo, condicionan un riesgo en diferentes aspectos respecto a la atención médica. Los médicos internos junto con residentes y adscritos se responsabilizan del bienestar y seguridad del paciente, el consumo de estos fármacos afecta su juicio, concentración, habilidades motoras y cognitivas, pudiendo tener consecuencias graves ante errores que se presenten bajo el efecto de estos fármacos.

De la misma forma, el cumplimiento de guardias condiciona una menor cantidad de médicos adscritos o residentes que supervisen y decidan respecto a la atención del paciente, por lo que el interno se enfrenta a situaciones desafiantes que requieren la toma de decisiones ante situaciones de emergencia; el consumo de cocaína y metilfenidato aumenta la excitación y euforia, pero también puede disminuir su capacidad de evaluar correctamente situaciones y tomar decisiones adecuadas para la atención del paciente. El consumo de estos estimulantes, incluido la cafeína, puede generar una dependencia, dando origen a situaciones como agotamiento y problemas en su salud mental, afectando negativamente la calidad de la atención que brindan.

La última subcategoría, *capacidad para laborar posterior a las guardias*, alude a la percepción de los participantes respecto a su capacidad para cumplir con las funciones del turno siguiente posterior al cumplimiento de una guardia, Una de las principales experiencias que refieren los médicos se relaciona a la frecuencia de accidentes con objetos punzocortantes al realizar venopunciones o procedimientos médico-quirúrgicos, consideran que sus habilidades prácticas se encontraban directamente afectadas por la falta de descanso y alimentación durante las guardias.

“Muchas veces hubo accidentes, generalmente con agujas contaminadas, el no dormir si afecta las habilidades manuales”.

“Paso mucho que los compañeros de postguardía sacaban muestras y se picaban con la aguja”.

“Me llegué a picar con agujas, cuando me tocaban suturas mejor pedía ayuda porque me temblaba la mano del cansancio”.

Las causas de accidentes con objetos punzocortantes pueden ir desde la falta de entrenamiento hasta fatiga y estrés de quien realiza el procedimiento, estas últimas causas resultan comunes entre el personal médico que permanece dentro de las instituciones por más de 24 horas. La falta de descanso y alimentación adecuada por todo un día condiciona alteraciones en el estado de alerta y en la coordinación de los médicos internos, originan una manipulación inadecuada de los objetos punzocortantes causando heridas y punciones accidentales. Según Gopar et al., (2015) a nivel

mundial más de 35 millones de trabajadores de la salud se encuentran en riesgo de presentar accidentes, con la consecuencia común de infectarse por el virus de la hepatitis B y VIH, el presentar este tipo de incidentes condiciona un riesgo a la salud física y mental del personal de salud.

De la misma manera, los participantes refieren que posterior a las guardias la falta de descanso ocasionaba que durmieran durante las clases teóricas y mantuvieran una menor atención a los temas o su interés en el estudio, lo que afecta negativamente en su desempeño académico.

“Como muchas veces no duermes yo me sentía cansada, cuando teníamos clases me terminaba durmiendo”.

“Cuando teníamos clases al iniciar el día, me quedaba dormido o no ponía ni siquiera atención, es horrible el cansancio interno”.

Por último, los participantes consideran que posterior a las guardias, la calidad de la atención médica que otorgan puede verse afectada. Las principales causas se encuentran derivadas de una falta de atención en las actividades que realizan, lo que afecta en la eficacia y un mayor riesgo para cometer errores durante la atención del paciente.

“Ya no puedes hacer las cosas igual de rápido, no pones atención sobre lo que te piden, no lo haces con la misma velocidad y puedes cometer errores al atender al paciente”.

“Estás tan cansado que cuando bajas a quirófano, das todas tus fuerzas, pero aun así el sueño gana que sientes que te caes encima del paciente”.

“Ya estás cansado, ni siquiera te puedes enfocar en los que debes hacer”.

Al cumplir con las guardias programadas semanalmente, la privación del sueño en médicos internos se vuelve un problema acumulativo que causa una privación crónica, afectando su calidad de vida, pero también la calidad de la atención que otorgan, lo que supone un riesgo para la salud del médico y del paciente. Domínguez et al., (2019) mencionan que la privación del sueño en el médico afecta directamente la velocidad de reacción, el estado de ánimo y las funciones psicomotoras; el deterioro de estas capacidades afecta la práctica del médico condicionando accidentes como los mencionados en categorías anteriores, pero también afecta la relación médico paciente al alterar la comunicación y la confianza que se deposita en su atención.

La cuarta categoría *actividades no establecidas*, describe aquellas funciones que realiza el interno por indicación del médico adscrito, residente o demás personal de salud y que con base al reglamento o programa operativo no corresponden a las actividades establecidas en su papel de becario; sin embargo, por múltiples razones el interno debe o accede a realizarlas. El estudio de la evolución de cada paciente hospitalizado debe realizarse constantemente a través del pase de visita, los participantes refieren situaciones donde sin supervisión de ningún residente o médico de base realizaban cambios en el plan terapéutico de los pacientes:

“Me tocó rotar por angiología dos semanas y nunca pasaron visita los doctores, entonces yo tenía que pasar visita sola y tratar de modificar indicaciones, notas y todo lo referente a su atención”

Otra actividad no permitida por la coordinación de enseñanza es con relación a las pruebas COVID, según los protocolos la realización de pruebas a los pacientes hospitalizados es obligación de médicos adscritos o contratados, no obstante, ellos las realizaban:

“La coordinación de enseñanza nos decía que no teníamos permitido tomar pruebas; sin embargo, en la vida real luego no había quien pudiera hacerlo o se escondían, se escudaban los médicos de base y uno terminaba haciéndolo”.

En ocasiones los *médicos adscritos-administrativos o residentes*, indicaron a los internos realizar documentos médicos legales respecto a la atención del paciente. Esto incluye notas de evolución, ingreso, egreso y censos delegacionales, el último debiendo ser realizado por las jefaturas de servicio correspondientes:

“Que yo recuerde siempre decían lo que le toca al interno, pero nunca vi al adscrito hacer papelería”.

“Realizar el censo delegacional eso le tocaba al jefe de servicio o al subdirector, pero en diferentes servicios nos ponían y nos obligaban a hacerlo”.

“En una guardia de fin de semana, eran tres residentes, había 25 pacientes, dijeron que nos íbamos a dividir las notas, los residentes dijeron a nosotros nos toca una nota y ustedes se dividen las demás, nosotros solo venimos a ver a los pacientes graves”.

La falta de conocimientos y experiencia generaba inseguridad respecto a las decisiones que tomaban sobre la atención de los pacientes. La falta de supervisión podía dar lugar a errores; sin embargo, los participantes buscaban estrategias para otorgar una atención de calidad y segura para

los enfermos, mencionan lo siguiente:

“Los pacientes me preguntaban que iba a pasar con ellos, pero no sabía qué decirles por qué yo no tengo los conocimientos que tiene el especialista sobre esos casos, pero yo solita le intentaba”.

“No teníamos tanta experiencia o conocimiento para hacer todo lo que nos indicaban”

“Al presentar pacientes en terapia intensiva, aunque tratabas de saber sobre tu paciente, no tenías idea de cómo presentar un ventilador, medicamentos, soluciones, egresos, entre otras cosas”.

Otro tipo de funciones que realizaron los participantes se relaciona con las del personal de enfermería; la toma de muestras y aseo de pacientes son algunas de las actividades que debían realizar los internos, derivado de la falta de personal o por negativa del mismo.

“Los laboratorios nos tocaba tomarlos, porque enfermería no lo hacía, en diciembre hubo poco personal de laboratorio, entonces también nos correspondía sacar la rutina de todos los pisos”

“La enfermera no quiso depilar el tórax del paciente y tuve que hacerlo para poder tomarle un electrocardiograma”

La movilización de pacientes o su traslado a citas de imagenología e interconsultas corresponde al personal de camillería; los participantes refieren que, ante la falta de personal en fines de semana, días festivos o cambios de turno, tenían que movilizarlos con ayuda de otros compañeros o individualmente, lo que predispone riesgos en la seguridad del paciente.

“Era común en días festivos o fines de semana, los camilleros no estaban o se iban todos a su hora de comida y tú tenías cita para llevar a tu paciente a un estudio, y lo tenías que llevar tú, conseguir la silla de ruedas, luego me apoyaba de compañeros porque la verdad no soy muy fuerte y necesitábamos movilizar al paciente y regresarlo”

“Con los camilleros, tú tenías que llevar a los pacientes a los estudios que había en urgencias, en algunas ocasiones te ayudaban y en otras te tocaba solo”.

La percepción que tienen los participantes y su satisfacción sobre este ciclo académico, puede diferir, debido a las variaciones entre programas operativos según la sede en la que realizaron el internado al existir diferencias entre las rotaciones y oportunidades de participar en distintas áreas de hospitalización o quirófano, donde los internos refieren haber desarrollado actividades con mayor frecuencia; según la experiencia de los participantes las diferentes especialidades clínicas como medicina interna se desarrollan principalmente en áreas de hospitalización; especialidades clínico quirúrgicas se consideran dinámicas al desarrollar actividades tanto en áreas de hospitalización como zonas quirúrgicas, por último, el primer nivel de atención, centra sus actividades dentro de consultorios, cada uno con distintos objetivos, esto coincide con Carlsson, Nilsson, Bergman y Liljedahl (2022), donde los pasantes describieron al internado como un trabajo de constante cambio, al participar en diferentes rotaciones, salas y departamentos tanto clínicos como quirúrgicos, lo que les permitió una oportunidad de obtener una visión general y comprender la organización del sistema de salud. Con respecto a estas rotaciones, Salari et al., (2017) refieren que los servicios y actividades dentro del hospital, debido a las variaciones entre la disponibilidad de instalaciones y diferencia entre planes educativos según la institución son factores que afectan la satisfacción de los internos, (Salari et al., 2017, cit. por Al Kuwait y Subbarayalu, 2020).

Con respecto a las actividades realizadas por el interno durante turnos y guardias, los entrevistados describen la realización de funciones similares; sin embargo, manifiestan que es más pesado el trabajo durante la guardia, debido a una menor cantidad de recursos humanos, un aumento de pacientes y eventualidades en su evolución; esto es similar a lo identificado por Nieto, Taype, Bastidas, Casiano e Inga (2016), quienes reportan que más del 80% de los encuestados en su estudio, refieren una carga laboral excesiva principalmente en rotaciones como Medicina Interna, Cirugía y Gineco-Obstetricia, además de que en Medicina interna, se demuestra una predominancia de trabajo administrativo.

El cumplimiento de guardias es una característica relevante del internado médico, la cual se encuentra determinada en las normas oficiales y en los planes y programas operativos. Las experiencias de los participantes demuestran que las guardias suponen un importante desgaste físico y mental afectando las horas de sueño, alimentación e higiene; el exceso de trabajo para el personal médico se deriva de la sobrepoblación que necesita ser atendida por el sistema de salud mexicano, según datos del INEGI (2021): *“El número de personas ocupadas como médicos por cada 1 000 habitantes en el país es de 2.4, inferior al valor promedio de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) que es de 3.5 médicos por cada 1 000 habitantes”*, además de otros factores como especialidad, campo de trabajo y zonas de mayor vulnerabilidad que condicionan una falta de médicos, es necesario implementar estrategias para aumentar el número de personal por

cada 1000 habitantes, con el objetivo de mejorar las condiciones laborales y así tener un impacto positivo en la calidad de vida del médico así como en la calidad de la atención que otorga.

Es evidente que las guardias se caracterizan por ser frecuentes y tener una duración prolongada, condicionando que la cantidad de horas de servicio asistencial por semana llegue a más de 100 horas; estas cifras permiten identificar que es mucho mayor a esquemas y roles que se implementan en países norteamericanos y europeos, donde la cantidad semanal de horas de actividades asistenciales se encuentra alrededor de las 60 horas, con frecuencia de cinco a seis guardias mensuales, esto contrasta con lo reportado por Jiménez (2023); Lambea, Tejada y Cerdán, 2022 y Cannon (2020).

Identificar las diferencias entre diferentes sistemas de salud permite abordar los desafíos en nuestro país relacionados con el exceso de trabajo y promover estrategias que permitan un equilibrio entre el trabajo y la vida personal de los médicos internos. Dadas las importantes repercusiones que esto tiene en los médicos internos es fundamental mejorar las condiciones laborales, mismas que incidirán en que brinden un mejor servicio y disminuyan las posibilidades de cometer errores, Así mismo, disminuir las horas de trabajo puede ayudar a mejorar la calidad de la atención asegurando que el personal médico de cualquier nivel tenga acceso a tiempo de descanso y actualización de conocimientos. Es fundamental tomar en consideración para desarrollar políticas y prácticas que originen entornos de trabajo con hábitos saludables, mejorando la calidad de vida del personal médico y aumentando la calidad de los servicios médico-asistenciales en México.

El objetivo de cumplir guardias complementarias se centra en que el médico en formación conozca y desarrolle habilidades entorno a la atención y control de pacientes de forma ininterrumpida; de la misma manera, busca garantizar la asistencia y disponibilidad de servicios médicos para la población, es una estrategia de los sistemas de salud para cumplir con las necesidades de salud de la población que condiciona aspectos positivos en la formación del interno que le permiten ser partícipe de procedimientos y actividades con mayor frecuencia a comparación de un turno normal, pero también condiciona aspectos que afectan directamente en su bienestar. El exceso de pacientes y actividades durante las guardias nocturnas impacta en las horas de sueño del estudiante que repercute en aspectos como el bienestar, estado de alerta e interés en actividades académicas en el turno posterior, como se evidencia en este trabajo y coincide con autores como Arora et al., (2008); Yu et al., (2013) y Navarro et al., (2020) quienes consideran que la carga de trabajo durante las guardias es excesiva y dependiente del número de pacientes previos y el de ingresos que impacta en las horas de sueño y en una menor interacción con actividades académicas en el día siguiente.

Los participantes refieren en el presente estudio que las guardias afectan considerablemente en el descanso y en la percepción respecto al estado de alerta durante la noche y el turno posterior a la guardia, lo que condiciona un mayor riesgo e incidencia para presentar accidentes durante la atención del paciente; consideran que la calidad de la atención que otorgan posterior a una guardia se afecta al mostrar una menor productividad, eficacia y atención en las actividades que realiza, condicionando accidentes y una mala percepción de la atención por el paciente, similar a lo descrito por Basner et al., (2017) y Cannon et al., (2020).

El riesgo de presentar accidentes tanto para el paciente como para el interno también se deriva de factores como la falta de atención y concentración; los médicos en formación consideran que posterior a la permanencia de más de 24 horas dentro de la sede estas funciones cognitivas se encuentran alteradas por la falta de alimentación y descanso, similar a lo descrito por Castillo (2017) quien concluye que las guardias afectan la concentración, memoria y atención reflejando un bajo rendimiento del interno posterior a la noche anterior.

De este trabajo se desprende que los médicos internos implementaron diferentes estrategias para descansar y volver eficiente el trabajo durante las guardias; la organización y el trabajo en equipo, así como el consumo de alimentos e hidratación fueron métodos acertados que permitieron al estudiante descansar, recuperar la atención y energía sin poner en riesgo su salud o la seguridad del paciente. Sin embargo, una expresión del currículo oculto y que resulta alarmante es el consumo de medicamentos y estupefacientes como método de los internos para permanecer despiertos y alerta ante el aumento de pacientes y actividades durante la guardia, estas acciones suponen un riesgo para el estudiante y para el paciente aumentando el riesgo de dependencia y la presencia de iatrogenias al estar bajo los efectos de estas sustancias, estos hallazgos coinciden con autores como Carrasco et al., (2019) y Zhang et al., (2022) quienes determinaron que los médicos internos y residentes recurren al consumo de fármacos y drogas para cumplir con las actividades asistenciales durante los turnos nocturnos.

Es importante tomar especial atención a este rubro, los sistemas de salud actualmente se encuentran rebasados con relación al total de personal y la población que necesita atención diariamente, es importante mantener una adecuada supervisión respecto a las acciones que toman diariamente los internos para cumplir con las exigencias de los sistemas de salud. El uso de fármacos puede aumentar la productividad del médico en formación, pero impacta negativamente en su salud, aumentando el riesgo de dependencia, alteraciones sistémicas y de la misma manera causa un efecto negativo en la calidad de la atención que otorga aumentando el riesgo de presentar accidentes en la atención del paciente.

El médico interno en su rol como alumno becario, está en una posición de vulnerabilidad ante situaciones donde médicos y demás personal indican realizar actividades que no corresponden a sus funciones establecidas; ellos mencionan que las realizan con el fin de otorgar un adecuado tratamiento al paciente y para mejorar su evolución y pronóstico, en ocasiones estas actividades no corresponden a su nivel de experiencia o conocimientos, lo que puede originar inseguridad en el interno y errores durante la realización de las mismas. Concuere da con Gome (2008), quien señala que los internos inicialmente presentan inseguridad y se consideran poco preparados en algunos aspectos de sus funciones, principalmente en actividades prácticas como resucitación y aspectos medicolegales como las notas y documentos oficiales. En esta misma línea, Arora et al., (2010), determina que estas actitudes se encuentran en una categoría referente a conductas poco profesionales, en donde la carga de trabajo excesivo y la falta de supervisión, así como la falta de verificación de los conocimientos que tiene el estudiante, son necesarios para evitar una atención inadecuada para el paciente.

Por otra parte, es muy importante reconocer la presencia del currículo oculto, la permanencia bimestral dentro de diferentes servicios y áreas permite al interno aprender muchos más comportamientos a través del aprendizaje modelado en comparación de los aprendizajes formales establecidos, esto implica que la permanencia e interacción con el docente le permita formar una entidad cultural respecto al *habitus* médico. En esta misma línea, el currículo formal establece las funciones que debe realizar el estudiante dentro de su rol como interno, buscando así cumplir con los objetivos que se plantea el programa operativo, la realización de funciones no establecidas es un punto que en ocasiones desconocen directivos o al ser notificados pasan por alto, los médicos buscando que los alumnos realicen las actividades por ellos, justifican la acción con objetivos relacionados a transmitir conocimientos y habilidades; si bien algunas de estas prácticas son consideradas por los alumnos como acciones benéficas hacia su desarrollo como médicos, no obstante refieren que en ocasiones dan lugar a actitudes poco profesionales que los médicos adscritos y residentes permiten o enseñan con el fin de terminar todas las actividades.

Este primer apartado permitió analizar el desarrollo de la identidad profesional de las y los médicos internos a lo largo del ciclo académico para enfrentarse a los retos que se les presentan durante el cumplimiento de las funciones establecidas y no establecidas. El papel de la mujer como profesional médica y su competencia académica son cada vez más reconocidos y es visible por la dedicación que otorgan respecto al cuidado y calidad de la atención a los pacientes, de este trabajo se desprende que las internas buscan estrategias para dar respuesta y cumplir con las necesidades de los pacientes, aunque vulnere su seguridad o la del enfermo. En el caso de los internos se marca una ligera tendencia hacia la competitividad e individualismo con el objetivo de cumplir de cualquier manera las actividades que se le otorgan, ambos casos coinciden con autores como Zavala, Ramírez

y Hernández (2020), quienes refieren que las funciones que desarrollan las y los médicos internos no muestran diferencias; sin embargo, los constructos sociales delimitan diferencias respecto a los objetivos y calidad de atención que puedan otorgar, donde los roles femeninos se relacionan al cuidado y protección y los masculinos en el individualismo y provisor.

Derechos del interno

a) Alimentación

Como se expuso en el referente teórico de esta investigación, según la Normal Oficial Mexicana y los programas operativos de cada universidad e instituciones de salud, los médicos internos inscritos en cada sede tienen derecho a recibir porciones de desayuno, comida o cena, según los turnos que desempeñen, se obtuvieron tres categorías: 1) *acceso a los alimentos*, 2) *calidad y cantidad de los alimentos* y 3) *oportunidad para alimentarse*.

En la primera categoría *acceso a los alimentos*, la opinión se divide en aquellos que hacen referencia al acceso que tienen los internos de recibir porciones de desayuno, comida, cena o colación otorgados por el servicio de comedor de la sede hospitalaria donde realizan sus actividades.

“Sí, como tal, nos dieron el acceso al comedor que era desayuno, comida, cena y en la guardia, colación”.

“En mi hospital sede, si estabas o no estabas de guardia, siempre te daban de comer, a veces para que no se quedara comida, nos regalaban más”.

“Sí, siempre la comida estaba disponible, el desayuno, la comida, la cena y la colación, teníamos derecho a cuatro comidas”.

Por otra parte, quienes refieren restricción de los alimentos durante su estancia en el hospital; entre las causas estaban las decisiones administrativas de la sede y de la jefatura de enseñanza. Un interno mencionó el requerimiento de pago para poder recibir alimentos por no formar parte de la plantilla original de internos de la sede donde se encontraba:

“Cuando nos cambiaron de hospital, ya no podíamos ir a desayunar, comer ni cenar, enseñanza nos dijo, tiene que ir por un vale, pero lo tienes que pagar, por no ser interno original de esta sede”.

Otras causas de restricción fueron derivadas de quejas del personal sindicalizado, quienes manifestaban no recibir alimentos por la presencia de los becarios, dando origen a decisiones

administrativas que limitaron el acceso de los internos a una adecuada alimentación.

“Enseñanza fue la que dijo que ya no podíamos ir a desayunar, ni comer ahí, porque si no por nuestra culpa todo el hospital se iba a quedar sin comida”

“Hubo un tiempo en que los guardias no nos dejaban pasar porque según era la comida solo para residentes y trabajadores”.

“Hubo una restricción por parte de enseñanza, de que solo los que se van a quedar a guardia o salían de ella eran los únicos que tenían accesos a la comida del comedor, era algo malo porque el demás personal llevaba hasta a sus hijos y sus parejas”.

Con respecto a la *calidad y cantidad* de los alimentos, la categoría describe las características de los alimentos otorgados por el servicio de comedor; evalúa rubros como cantidad, porciones, valor nutricional, estado y composición. Respecto a la calidad, nuevamente las opiniones se encontraron divididas, algunos participantes consideran que los platillos que recibían eran adecuados en este rubro.

“La calidad era muy buena, a veces un poco irritante, pero nada fuera de lo normal”

“La verdad, la calidad, si fue buena, nunca vimos algún alimento en descomposición que estuviera como mal cocido o algo así”.

“Me considero afortunado en que la comida no estaba tan mal, no era lo mejor del mundo, pero no estaba mal”.

Contrario a los comentarios anteriores, participantes exponen que la composición de los alimentos en ocasiones no se encontraba en buen estado, lo que podía condicionar consecuencias negativas en la salud de los becarios:

“La calidad no era adecuada, pues había ocasiones donde, el pollo no estaba en buenas condiciones, la carne no estaba en buenas condiciones, estaba muy dura o se veían con mal aspecto”.

“No comía, aunque tuviera mucha hambre, la verdad prefería comer solo la fruta o un panecito, me iba a salir peor en la guardia, luego daban un pollo dudoso, carne dura, casi cruda”.

“Se me hacía estúpido que nos restringieran la comida cuando una vez me dieron una pieza de pollo toda seca, con lechuga en descomposición, no tengo necesidad de mendigar comida y que nos traten de inconscientes”.

Se ha ejemplificado a través de los comentarios de los participantes, sobre la calidad y composición de la comida a la que tenían acceso; sin embargo, en relación con la cantidad de alimentos que recibían, mencionaron que la cantidad de comida era adecuada y que en algunas ocasiones la cantidad era basta o sobrepasaba las porciones adecuadas:

“Las porciones eran adecuadas, inclusive muchas veces sentíamos que era demasiada comida”.

“La comida más buena que me toco fue un bistec con su guarnición de frijolitos, arroz, fruta y agüita de sabor”

Contrario a los comentarios anteriores, algunos participantes refieren que las porciones que recibían no eran adecuadas, recibían poca cantidad de comida para el tiempo en el que deben permanecer activos y realizando actividades.

“Muchas veces considero que lo que eran los valores nutricionales de las comidas y las porciones no eran suficientes, la verdad para guardias de 36 horas no era suficiente”.

“A veces las porciones eran un poco disminuidas y la dieta que teníamos a lo mejor era bastante repetitiva”

“No creo que fuera adecuada la cantidad, creo que como que las cosas que les sobraban en la tarde te la daban en la cena y era solo una cucharadita, si querías pedir más, pues ya no, porque ya te habían dado folio, entonces no me sentía satisfecha”.

De la misma manera, los participantes describen que la comida se otorgaba en una cantidad inadecuada, consideran que las porciones servidas no aportaban los requerimientos nutrimentales adecuados para desarrollar actividades durante turnos y guardias:

“La mayoría de las veces nos daban un pedazo de queso panela con salsa”.

“Dependía del día, a veces servían cosas muy pobres, te daban una rebanada de jamón con una embarrada de lo que sea”.

“A veces eran puras frutas y verduras en la tarde, en la noche también y no llenaban nada”.

La proporción y consumo de alimentos en los comedores de las sedes hospitalarias está condicionado a horarios específicos, las actividades diarias que deben cumplir los internos imposibilitan en ocasiones el poder consumir alimentos en los tiempos establecidos debido al exceso de trabajo, actividades no concluidas y la falta de autorización por médicos adscritos o residentes. Ante estas condiciones en las que debían prestar sus servicios generaron formas de poder alimentarse mejor, de ahí se derivó la tercera categoría: *estrategias para consumir alimentos*, expone la posibilidad del interno para consumir alimentos durante el cumplimiento de sus horarios, así como describe las estrategias que implementó durante el cumplimiento de sus turnos y guardias. Según los participantes, la carga de trabajo excesiva es una causa que no permite en ocasiones asistir a comedor para consumir alimentos:

“No siempre íbamos, por la carga de trabajo no nos dejaba ir a cierta hora, porque a esa hora se cruzaba algo y tenías que ir a presentarlo o entregar”.

“Había veces que los internos se quedaban solos en el servicio y no podíamos dejar solo, entonces no podíamos ir a comer”.

Otra causa fue la prohibición por médicos adscritos o residentes, esta decisión se encontró condicionada de actividades o funciones que debían cumplir los internos en el momento que se indicaba; el exceso de trabajo y los cambios de turno, ocasionaban que los internos realizaran más actividades de las indicadas con anterioridad, por lo tanto, los participantes no podían acceder al servicio de comedor:

“Algunos residentes yo creo entraban en situación de estrés porque no se terminaban sus pendientes y nos decían, no puedes bajar a comer hasta que termines tus pendientes, lo cual sinceramente era imposible porque a veces llegaban más y más pendientes”.

“A veces no podíamos porque los adscritos te decían, es pase de visita, tienes que hacer tus pendientes y no puedes bajar a comer, no puedes bajar a cenar, hasta la colocación”.

Ante la falta de tiempo o autorización para asistir a comedor, los participantes implementaron estrategias para poder consumir alimentos durante el cumplimiento de sus funciones. El llevar alimentos desde casa o el consumo de barras energéticas son algunas de las mencionadas:

“En ocasiones llevaba alimentos, el desayuno mínimo y en las guardias entre todos, pues comprábamos de cenar”

“Lo que empecé a hacer cuando de plano sabía que no podría comer, era llevarme una bolsita de barritas de proteína, me llevaba extras para mis compañeros de guardia, porque a veces no llevaban nada y tampoco iban a comer”

“Me escapaba, como entre todos nos llevábamos bien, decíamos, pues, ya nosotros comimos, ahora vayan ustedes”.

b) Horarios

Los programas operativos según la institución de salud sede, determinan los horarios que debe cumplir el interno diariamente, así como los días que debe asistir para cumplir las actividades que el programa operativo se propone, la sección de enseñanza e investigación médica en su rol de supervisor de los internos debe comprobar y supervisar que los horarios establecidos se cumplan, en este rubro se obtuvieron dos categorías: 1) *se respetaron los horarios* y 2) *no se respetaron los horarios*.

La primera categoría recupera a los participantes que contaban con horarios de entrada y/o de salida, los cuales eran respetados por parte de sus profesores y demás personal dentro de la sede. El horario de entrada es el más respetado y supervisado por la jefatura de enseñanza y los demás profesores de cada servicio. En algunas ocasiones a los internos dependiendo de la sede se les permitían su retiro del servicio horas antes, cuando sus actividades fueron cumplidas:

“La entrada es a las siete y la salida se supone que, a las cuatro, no debería, pero en algunos servicios los médicos siempre nos decían que, si acabábamos los pendientes antes de las cuatro, nos podíamos retirar temprano, entonces muchas veces a las 2:30 o 3:00 nos retirábamos”

“Sí, teníamos un horario establecido de entrada y de salida, sin necesidad de quedarnos en el pase de visita de la tarde, en medicina familiar la coordinadora de enseñanza de la clínica tenía muy apegado el reglamento”.

Contrario al cumplimiento de los horarios establecidos, algunos entrevistados mencionan las situaciones en donde alguno o ambos no se cumplían ya sea por órdenes de sus profesores o demás personal de salud, dependiendo de la carga de trabajo o por indicación de los médicos del turno vespertino.

“No, la salida era a la tres, pero nunca salíamos a las tres, evidentemente siempre salía después de las cuatro, cinco o incluso cuando en medicina interna apenas nos acomodábamos a la carga de trabajo, si llegaba a salir hasta las seis por la misma razón”.

“No se respetaban los horarios, porque llegaba el turno de la tarde y teníamos que pasar visita con ellos, también si subían pacientes nuevos teníamos que hacer todo el procedimiento, meterlos al censo y todo”.

“Nos teníamos que quedar hasta que termináramos todo, los adscritos eran quienes impedían que se cumplieran los horarios, muchos eran bien malos y literal, si te equivocabas en sus notas te regresaban a hacerlo”.

Otra causa para que no se respeten los horarios de salida, se encuentra relacionada con la indicación de médicos adscritos, los cuales establecen el derecho de retirarse del servicio siempre y cuando sus residentes también se hayan retirado.

“Nos dijeron que teníamos que obedecer, más que nada a los residentes, los médicos adscritos eran mucho de la idea de que el interno no se tiene que ir antes que el residente, se tienen que ir al mismo tiempo, sí el residente está atrasado con sus notas y se va hasta las cinco o seis el interno también debe quedarse”.

Como se especificó anteriormente, la coordinación de enseñanza clínica de cada sede es quien se encarga de supervisar el cumplimiento de los horarios, se enuncian algunas de las acciones tomadas por los encargados de estas áreas:

“Enseñanza siempre se mostró en contra, siempre como que se mostraba su postura con comunicados, sobre la salida que era a las 16:00”

“Enseñanza tenía la idea porque nos quedamos dos o tres veces, pero justamente cuando los adscritos empezaban también a echarle bronca a enseñanza. La jefatura de enseñanza nos comenzaba a decir, acabo de ver que no me acaban los pendientes, pues ni cómo ayudarlos para irse, no quiero problema con los adscritos, así que mejor ya no se quejen y terminen, aunque salga tarde”.

El proceso formativo justifica las funciones realizadas

La participación del interno en diferentes servicios junto con las áreas que a cada especialidad corresponde, le permiten al médico en formación adquirir un panorama general del desarrollo de

actividades dentro del ámbito hospitalario, de igual forma según las actividades establecidas en cada programa operativo, tienen el objetivo que el estudiante desarrolle las habilidades necesarias para desempeñar las actividades profesionales que a un médico general le corresponden, el siguiente apartado explora la opinión de los participantes sobre si el proceso formativo justifica las funciones que realizó durante este ciclo académico, se obtienen dos categorías: 1) *Sí justifica* y 2) *No justifica*.

La primera categoría hace referencia a las funciones que realizó el estudiante en diferentes rotaciones, sus experiencias, los llevaron a apreciaciones opuestas, por un lado, está la que considera las actividades prácticas que realizó de manera individual; además del trabajo en conjunto con su profesor para brindar la atención a los pacientes contribuyeron a su formación como médico y le permitieron una formación integral y sólida en diversos rubros en el aprendizaje teórico-práctico y la relación médico paciente.

“Creo que el internado define mucho tu formación académica porque ahí haces diferentes procedimientos, aprendes más cosas. Entonces eso te va a llevar a ser un mejor médico, incluso persona”.

“Sí, porque, aunque suene un poquito patético, pero desde hacer una nota, pues se va articulando, se va ejercitando el lenguaje médico, entonces hasta para eso ahorita que estamos en formación es superútil”

“El fortalecer la relación médico paciente, pues, también es esencial, porque eso no te lo pueden enseñar en las clases”

“Aprendías lo que es enfrentar a una persona que necesita atención médica, aunque no supieras, al final lo terminabas aprendiendo y no es como que son cosas que echas a la basura, al final te sirven para un futuro”.

Contrario a los comentarios anteriores, algunos participantes consideran que esta etapa formativa no contribuyó a su aprendizaje en el área académica, personal y profesional. Consideran que el exceso de trabajo o el rol que tienen relacionado a cumplir con todas las actividades que se les indica, genera que los rubros académicos en torno al aprendizaje teórico se establezcan en segundo plano.

“No, en parte porque en teoría el año de internado médico es un año que al menos por regla es un año meramente educativo, yo sentí que fue más como un año, tal vez sonara exagerado, pero como de esclavitud, te agarraban para hacer de todo y fue muy pocas

las veces en las cuales yo adquirí un conocimiento”.

“Me hubiera gustado aprender un poco más de teoría, pues estábamos en fase de formación como tal, había temporadas en donde una semana ningún tema se tocaba, ningún doctor se daba el tiempo de enseñarte nada, y solo te dedicabas a sacar pendientes”.

De igual forma, consideran que el exceso de trabajo genera una falta de supervisión de los médicos adscritos, lo que hace que la falta de enseñanza sea evidente.

“Somos la mano de obra barata, debería de ser distinto, debería llevarnos por un camino, enseñarnos a hacer los administrativos, pero no dejarlo a nosotros literal”.

Es de llamar la atención que los egresados del internado consideren haber sido tratados como esclavos, en una época en donde la inclusión, el respeto por los derechos, la no discriminación y la búsqueda de la equidad de género sean los estandartes a seguir a nivel mundial.

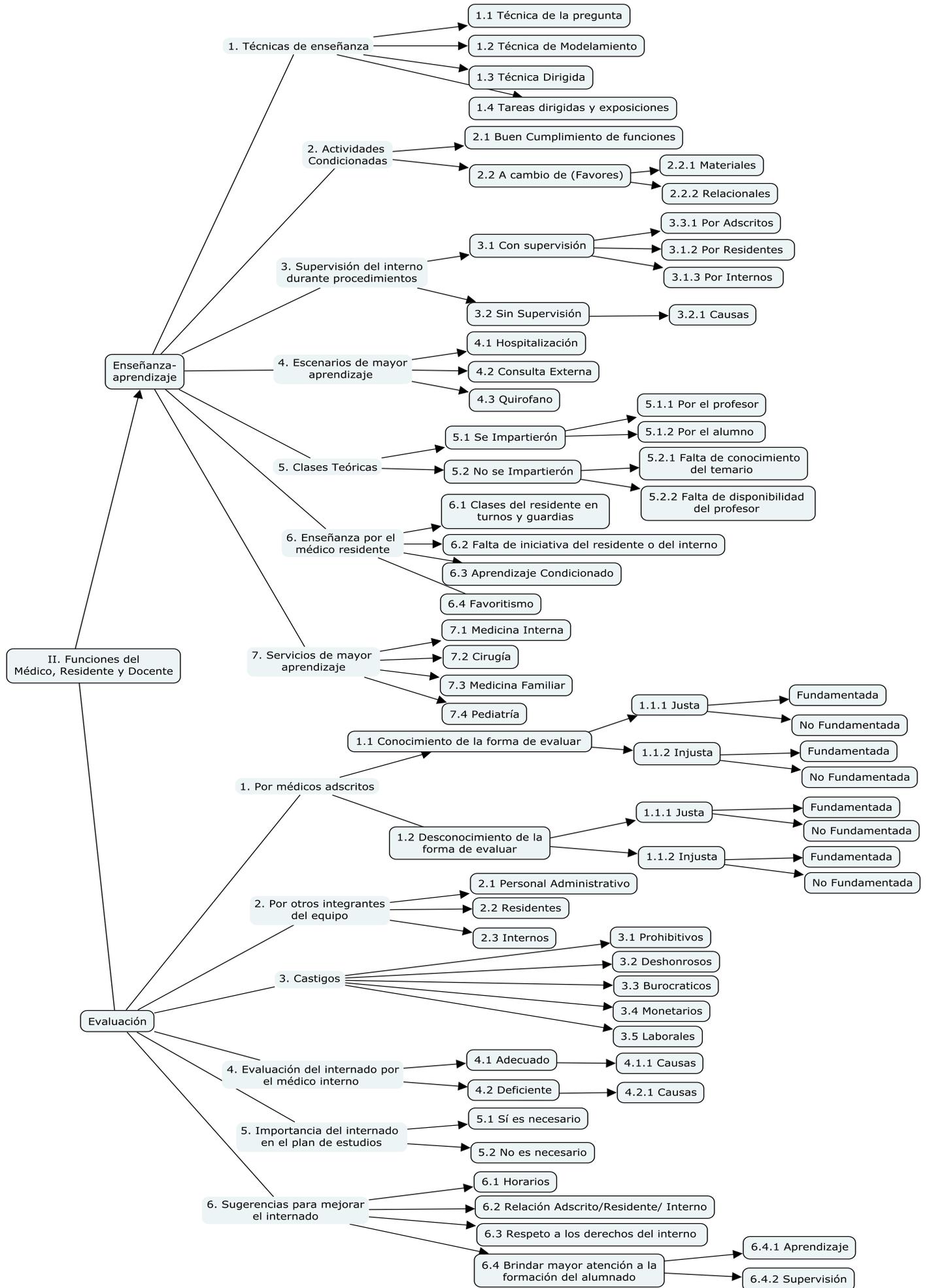
El recibir porciones de comida dentro de la sede durante el cumplimiento de las funciones del interno, es un derecho establecido en las normas oficiales y en los programas operativos, los participantes describieron situaciones en donde sí tuvieron acceso a los alimentos y en ocasiones se vieron restringidos de las mismas, una característica común en las vivencias de los alumnos es entorno a la mala calidad de los alimentos, las porciones consideran no eran adecuadas y en ocasiones el estado de composición de los alimentos no era el más saludable para su consumo, coincide con Nuñez (2020), quien concluyó en su estudio que los médicos internos mantienen una mala percepción de los alimentos servidos en el hospital, mostrando una insatisfacción del 75%, las causas de esta insatisfacción fueron las porciones inadecuadas, el poco balance en los alimentos y los horarios inadecuados para servir los alimentos.

El acceso restringido a los alimentos en los participantes de este estudio estuvo condicionado por múltiples razones, las más comunes están relacionados con exceso de trabajo, la falta de autorización por médicos adscritos o residentes para asistir a comedor y los horarios estrictos del servicio de comedor los cuales correspondían a los horarios de pases de visita y entrega de pacientes. Esto coincide con autores como Montenegro y Rivera (2014), quienes concluyen en su estudio que durante la estancia de los alumnos en el internado el rubro de alimentación fue el que más insatisfacción ocasionó derivado de la falta de acceso al servicio de comedor durante un largo periodo de tiempo, debido al alta carga de trabajo y por decisiones administrativas de suspender el servicio. En esta misma línea, Fuentes et al., (2015), determinan que al 71% de los participantes en su estudio

no les respetaron su horario de comida durante el internado y solo la mitad de los entrevistados tuvieron acceso a dos comidas o menos durante sus turnos y guardias.

Respecto a los horarios durante turnos y guardias, los participantes refirieron que en la mayoría de los casos no se respetaba el horario de salida, el horario de entrada al ser vigilado constantemente por los médicos del servicio y la jefatura de enseñanza es el que más se respetaba, sin embargo, el exceso de trabajo, el cambio de turno matutino a vespertino entre el personal médico aún en horario de funciones de los internos, los pases de visita y las decisiones de los adscritos y residentes fueron las causas más comunes que restringieron a los alumnos del derecho de un horario de salida adecuado. Para los participantes el no mantener y no respetar un horario establecido les afecta de diversas formas, afecta los tiempos necesarios el traslado a su hogar y disminuyen el tiempo y energía necesaria para continuar tareas y/o actividades propias de su rol de estudiantes fuera del hospital. Otros autores, ha reportado datos similares, Lin et al., (2019) en un estudio con médicos internos en Taiwán, encontró que los internos laboran más de ochenta horas por semana, en donde muchos de los participantes tenían un día de descanso a la semana, dentro de las principales causas, fueron el exceso de trabajo y un aumento continuo de pacientes e ingresos cercanos a sus horas de salida; afectando su calidad de vida y su desempeño académico dentro y fuera del hospital. No obstante, opuesto a lo anterior, autores como Williams et al., (2015), consideran que implementar horarios basados en turnos, disminuyen la capacidad de los médicos internos en el compromiso asistencial dentro del hospital, disminuyendo su desempeño como estudiantes y como médicos respecto a la atención que otorgan al paciente.

Haciendo referencia a la satisfacción del estudiante durante su internado, la mayoría de los participantes mencionan que las funciones que realizaron durante este ciclo anual contribuyeron y favorecieron su aprendizaje; consideran que el contacto continuo con los pacientes y participar en procedimientos en el área de hospitalización es una oportunidad única que en ocasiones no se podrá repetir. Por otro lado, algunos participantes aluden que las funciones que realizaron no justifican y no contribuyeron en su aprendizaje afectando directamente en la satisfacción que tuvieron del ciclo, el exceso de trabajo y la poca valoración de sus labores son las causas más comunes, esto coincide con Salomón et al., (2014) quien concluye que los médicos internos de la Universidad Juárez en México se encuentran satisfechos con su formación académica, expresando que las funciones y aprendizajes desarrollados durante esta etapa formativa son adecuados y fomentan su desarrollo profesional en el futuro; sin embargo, el ambiente laboral con exceso de actividades y guardias, así como la carencia de espacios físicos para sus necesidades básicas como alimentación y descanso, no benefician en el proceso de enseñanza-aprendizaje.



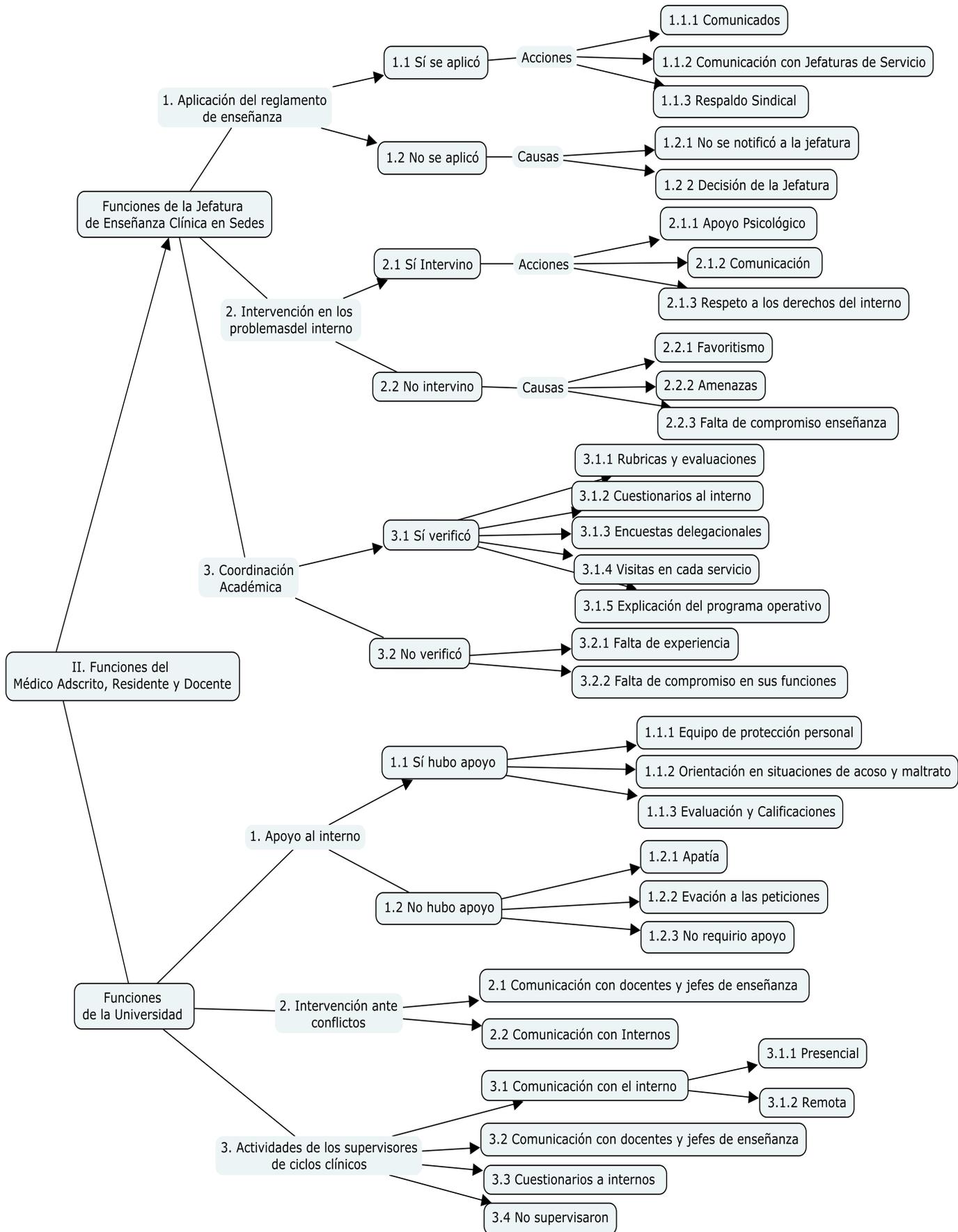


Figura 2. Funciones del docente

II. FUNCIONES DEL MÉDICO ADSCRITO, RESIDENTE Y DOCENTE

Para la representación de la categorización en este segundo apartado, se realizó nuevamente un diagrama para una mejor explicación de la formulación de cada categoría y subcategoría, como se puede apreciar en la *Figura 2*.

Enseñanza Aprendizaje

Con respecto al proceso de enseñanza aprendizaje durante el internado médico de pregrado, las respuestas se agrupan en siete categorías: 1) *Técnicas de enseñanza*, 2) *Actividades condicionadas*, 3) *Supervisión del interno durante procedimientos*, 4) *Escenarios de mayor aprendizaje*, 5) *Clases Teóricas*, 6) *Enseñanza por el médico residente* y 7) *Servicios de mayor aprendizaje*.

La primera categoría, *Técnicas de enseñanza* hace referencia a los métodos o recursos didácticos implementados por los médicos adscritos en su rol como profesor, con el fin de transmitir conocimientos a los alumnos en el ámbito clínico y quirúrgico, este aprendizaje se implementa a través de diferentes técnicas: a) *técnica de la pregunta*, b) *técnica del modelamiento*, c) *técnica dirigida* y d) *tareas dirigidas y exposiciones*.

La *técnica de la pregunta* consiste en formular cuestionarios o emitir preguntas directas al alumno durante el desarrollo de actividades, evaluando el procesamiento de la información del estudiante; los participantes refieren que, en actividades como el pase de visita o cirugías, el médico formula preguntas referentes a la patología del paciente con el fin de repasar y evaluar el conocimiento con el que cuenta el estudiante.

“En el momento de pasar visita, nos hacía preguntas, nos explicaba y nos mandaba a estudiar”.

“Durante el pase de visita, con preguntas de todo tipo, con la finalidad de darte la oportunidad de que digas lo que sepas”.

“Dentro de la cirugía, me hacían preguntas generales de la enfermedad del paciente, de anatomía o incluso terminando la cirugía me hacían preguntas”.

La *técnica de enseñanza dirigida* pretende que el alumno por medio de la explicación comprenda datos, métodos y procedimientos relacionándolo con los conocimientos adquiridos anteriormente; su objetivo es volver más enriquecedor el aprendizaje, los estudiantes refieren que esta técnica era visible cuando los profesores les explicaban como realizar algún procedimiento, aprendiendo a través de la observación y de la interacción entre el médico adscrito y el paciente.

“Había un doctor que me decía, te voy a enseñar esto y te explicaba conforme lo iba haciendo enfrente del paciente”

“En Pediatría muchos te explicaban la enfermedad, conforme revisaban al paciente, te enseñaban en ese momento a calcular dosis y todo el tratamiento”.

“En los procedimientos te decían, mira se hace esto y aquello, te enseñaban una vez y conforme lo ibas haciendo ellos verificaban que fueras mejorando la técnica”.

La *técnica de modelamiento* tiene por objetivo que el estudiante aprenda comportamientos nuevos observando e imitando otras personas conocidas como “modelos”, en el contexto intrahospitalario los médicos adscritos desempeñan el rol de modelo para el estudiante. De la misma forma la interacción docente alumno, permite implementar estrategias basadas en el aprendizaje teórico donde *las tareas dirigidas y exposiciones* son un método utilizado por los médicos adscritos para reforzar las bases teóricas de los estudiantes.

“Los doctores nos decían, vas a exponer este tema, llegado el día lo exponíamos ante todos los compañeros en la oficina de médicos, y el doctor supervisaba”.

“Nos decían, vamos a apurarnos, al final nos sentábamos en la oficina o donde sea y ellos nos comenzaban a dar clase de alguna patología que se vio en el día”.

Los participantes consideran que el internado médico es un ambiente adecuado para desarrollar habilidades en torno a la atención del paciente, las actividades prácticas son parte de los principales conocimientos y habilidades que buscan adquirir; algunos procedimientos invasivos requieren de experiencia o de supervisión para poder realizarse por los estudiantes, el personal médico adscrito o residente en ocasiones condiciona la participación del estudiante a cambio de favores o actividades. La segunda categoría *actividades condicionadas*, describe situaciones que se suscitaron ante los internos con demás personal médico y de la salud con el fin de ser partícipes en actividades prácticas y procedimientos, recibiendo peticiones o requisitos que deben cumplir para obtener dichas oportunidades, se subdivide en dos categorías: a) *a cambio del cumplimiento de funciones* y b) *a cambio de favores materiales o relacionales*.

Los participantes refieren que los médicos daban la posibilidad de participar, siempre y cuando realizaran las demás funciones que habían sido asignadas anteriormente:

“Me decían, te ganas el procedimiento si haces esto o te apuras a sacar el pendiente de algún paciente”

Otra forma de condicionar las actividades era verificando que el estudiante contaba con las bases teóricas para poder realizar los procedimientos, esta condición resulta adecuada para evaluar los conocimientos del interno y para asegurar la seguridad del paciente al recibir atención del estudiante:

“Mis residentes, si me pedían leer las técnicas y luego me dejaban hacerlo, pero nunca me pidieron algo más”.

Aun cuando demostrar aptitudes teóricas y el buen cumplimiento de funciones son piezas esenciales que el docente utiliza para verificar la capacidad del alumno, los médicos solicitan a los internos favores de diferentes características con el fin de volverlos partícipes en dichas actividades prácticas. Un ejemplo de estos requerimientos es la solicitud de favores materiales, principalmente alimentos o regalos, tal como lo mencionan los siguientes participantes:

“Un técnico de imagen nos pedía el café o comida con el fin de aceptarnos los estudios y dejarnos ver la imagen para interpretarla”.

“Sí, nos llegaron a decir, como hiciste esto, ahora nos debes la Coca, o ahora te toca traer la comida para todo el servicio”.

Por otro lado, los participantes refieren que otro tipo de proposiciones era con el fin de establecer relaciones interpersonales con objetivos diferentes a la relación profesional, a través de insinuaciones, invitaciones directas y acoso:

“Una doctora te decían que, si quieres participar, le dieras tu número y la aceptarás en Facebook”

“Los doctores les hacían cumplidos a las compañeras y les decían, si quieres operar mañana estaré en tal hospital, por si me quieres acompañar y aprender”

“Un doctor en la noche les decía a mis compañeras que, si querían aprender de las tomografías, se quedarán con él platicando un ratito, una vez a una compañera la encerró con él, desde ahí ninguna mujer iba a presentar estudios en la noche”.

La tercera categoría, *supervisión del interno durante procedimientos* hace referencia a los momentos donde el estudiante realizó actividades prácticas en el paciente y fue o no supervisado por los médicos. Por actividades prácticas se entiende a procedimientos invasivos como toma de muestras, colocación de sondas, colocación de catéteres, curaciones, suturas entre otras, se subdivide

en dos categorías: a) *con supervisión* y b) *sin supervisión*

Los participantes describen que la supervisión durante los procedimientos fue en ocasiones por los médicos adscritos quienes verificaban que la técnica y habilidades del estudiante fueran correctas, auxiliando y realizando las observaciones necesarias en caso de equivocaciones o dudas.

“Sí, siempre fui supervisado, las primeras veces me supervisaban, pero cuando ya veía que podía hacerlo bien y solo, pues ya lo hacía solo sin nada de supervisión”.

“Al inicio si, cuando era un procedimiento que yo no sabía, ellos estaban conmigo y me explicaban como y si no, pues, ellos me ayudaban”.

Los médicos residentes también eran partícipes de la supervisión de los internos, ya sea por indicación del médico adscrito o por la ausencia de ellos en el servicio; la supervisión y orientación durante la atención del paciente fue parte esencial de la enseñanza del interno por el residente.

“Los adscritos solo decían, hazlo y que el residente te supervise”.

“En procedimientos complejos, los residentes primero nos preguntaban primero la técnica y la teoría, nos supervisaban mientras hacíamos el procedimiento en el paciente”.

“Siempre buscaba que alguien me supervisara, aunque sea un residente, si no estaba el adscrito en el servicio, si no había alguien no hacía ningún procedimiento, porque no quería causarle daño al paciente”.

En algunas ocasiones por indicación de sus profesores o por falta de supervisión, los participantes solicitaban ayuda u orientación a sus compañeros internos, debido a que algunos ya contaban con experiencia previa al haber realizado procedimientos similares.

“Generalmente por un interno que ya lo había hecho antes, entonces te decía el residente, que él te explique, ya lo hizo antes”

“El que me enseñó todo era mi MIP 2, por él aprendí a hacer procedimientos y demás pendientes”.

“Cuando estábamos solos en el servicio, hacía los procedimientos acompañado de mis compañeros internos”.

Por otro lado, algunos aluden que no hubo supervisión durante la realización de los procedimientos derivado de diferentes causas, una de ella es referente a la confianza que perciben los internos hacia sus labores al ser parte del equipo médico, el demostrar sus capacidades y conocimientos durante su permanencia en el servicio les permitía ser partícipes de diferentes procedimientos.

“Pocas veces me supervisaron durante alguna intervención y considero fue porque hay cierta confianza en nosotros”.

Otra causa, fue por el exceso de trabajo que tenían los médicos adscritos o por su ausencia dentro de los servicios, estas situaciones condicionaban que el médico interno realizar los procedimientos sin supervisión, predisponiendo al paciente y al mismo estudiante a riesgos durante la atención médica.

“Llegaban curaciones y no sabía cómo hacerlas, no tenía supervisión porque los médicos adscritos se iban a hacer las notas o se salían a otro lado”

“En las guardias, cuando ya casi no hay médicos adscritos y los residentes están ocupados, te dicen, tú se libre, sabes que tienes que hacer y confiamos en lo que sabes hacer”.

La cuarta categoría *escenarios de mayor aprendizaje*, hace referencia a los lugares dentro del hospital donde los alumnos desempeñaban funciones y que consideran ayudaban a mejorar su aprendizaje adquiriendo nuevos conocimientos y habilidades, áreas como *a) hospitalización, b) consulta externa y c) quirófano* son consideradas como áreas esenciales para interactuar con el paciente y demostrar sus habilidades en torno a la atención de estos.

“En hospitalización nos permitía poder preguntarle al paciente, así como establecer un cuadro clínico, además que los procedimientos en los pacientes hospitalizados permitían desarrollar y demostrar nuestras habilidades”.

“En hospitalización, durante el pase de visita, había momentos donde explorabas al paciente y lo interrogabas, eso permitía que los médicos verificaran tu técnica”.

Otros participantes refieren que consulta externa es el área adecuada para brindar atención al paciente y desarrollar habilidades para comunicar y explicar padecimientos y tratamiento. Este escenario de aprendizaje resulta adecuado para la formación del interno como médico general, al otorgar atención de primer nivel, desarrolla habilidades que cumplen con los objetivos de su perfil.

“En la consulta externa me daba oportunidad explicarles a los pacientes, de explorarlos, eso me daba más confianza de poder aplicar mis conocimientos”.

“En la consulta me ayudaba mucho, porque se veían las patologías a nivel de epidemiología, clínica y tratamiento ambulatorio”.

De la misma forma, consideran que quirófano al participar como ayudante quirúrgico les permite una mayor interacción con el docente, con la oportunidad de repasar temas como anatomía y técnicas quirúrgicas.

“En el quirófano cuando estaba asistiendo en la cirugía te explicaban de anatomía y el procedimiento eso a mí me ayudaba a aprender más”.

Según los planes y programas operativos de las instituciones de salud y universidades, durante el internado de pregrado la educación teórica es primordial y forma parte de los lineamientos, la quinta categoría *clases teóricas*, hace referencia al acceso de los médicos internos de recibir clases de diversos contenidos respecto al temario otorgado en las diferentes rotaciones describiendo la dinámica, frecuencia y calidad de estas. Se subdivide en dos categorías: *a) se impartieron* y *b) no se impartieron*.

En los casos donde *se impartieron* clases teóricas fueron por el docente o el alumno, esto a decisión del médico responsable en cada tema, en ambos casos el ponente explicaba el tema, los demás alumnos escucharon y se daba paso a preguntas o discusiones conforme se analizan los contenidos, en los casos donde el ponente era un alumno, el médico adscrito en su papel de docente supervisaba la clase y aportaba comentarios conforme se explicaban los temas.

“Nos daban un tiempo como tal, quien impartía las clases éramos nosotros, nuestros compañeros, pero si había supervisión por un doctor e incluso por el jefe de servicio, al final de la clase había una retroalimentación”.

“Nosotros dábamos la clase, a veces intervenía el doctor, corregía la exposición y nos preguntaba”.

“El doctor exponía todo, todas sus clases y ya solo preguntaba al final si tenías alguna duda o aportación”.

“En urgencias el doctor nos daba clase, en el pizarrón ponía casos de los pacientes e íbamos desarrollando el tema con él, además de que nos dejaba un resumen de la patología”.

Por situaciones relacionadas con la pandemia por COVID-19 las estrategias para impartir clases fueron diferentes, los médicos adscritos otorgaban clases por vía remota o pregrabadas, con el fin de revisar los temas y cumplir con los temarios establecidos con los planes y programas operativos.

“En Ginecología y en Pediatría nos dejaban las clases grabadas, subíamos tareas en classroom para que ellos verificaran que si veíamos las clases”.

En algunos servicios los participantes mencionan que no tuvieron clases teóricas con sus profesores derivado de múltiples causas, una de ellas relacionado con el exceso de trabajo tanto de los médicos internos como adscritos, lo que condicionaba la disponibilidad del profesor para coordinar las sesiones.

“En cirugía íbamos a tener, pero nuestro coordinador era jefe de servicio, entonces no tenía tiempo para darnos clases ni supervisar las exposiciones”.

“En urgencias nos dieron un temario, siempre preparamos las clases, pero al final nos decían, el doctor no pudo, está en procedimiento, por lo tanto, nunca completamos el temario”.

Otra causa que dificultaba la coordinación de clases, fue relacionado con la existencia de diferentes temarios según la sede universitaria, es importante aclarar que durante el internado el alumno trabaja en conjunto con internos de diferentes universidades de la zona y nacionales cada una al contar con un programa operativo diferente y contenido temático, condiciona al docente a desconocer cuál es el temario establecido en la sede hospitalaria para revisar los temas de forma uniforme entre toda la población estudiantil.

“Los doctores nunca conocían el temario establecido por cada escuela, a veces se basaban en el de Ciudad Universitaria, pero por desconocimiento de los demás temarios algunas veces solo vimos un tema o dos en toda la rotación”.

“Había alumnos de la UNAM, Politécnico y Anáhuac los doctores nos decían que no sabían que temas darnos, en lo que trataban de decidir, se acababa la rotación y no veíamos nada”.

Como se ha descrito con anterioridad, a través de los comentarios de los participantes muchas de las sedes hospitalarias donde los internos desarrollan sus actividades cuentan con la presencia de médicos residentes, los cuales se encuentran en formación para concretar una especialidad médica, la sexta categoría *enseñanza por el médico residente*, describe el papel del residente en su rol como profesor, ejemplificando la manera de enseñar a los médicos internos para mejorar su aprendizaje y adquirir nuevos conocimientos.

Los participantes refieren que algunos médicos residentes veían como oportunidad la cercanía durante los turnos y principalmente guardias para impartir y analizar temas en conjunto, lo que les permitía aclarar dudas con una mayor confianza.

“Nos dejaban leer un tema y en la guardia lo analizábamos con base a la atención del paciente, no era algo planeado, pero se daba de una muy buena forma”.

“Durante las guardias me decían que temas me podían preguntar los médicos adscritos y después él me los explicaba con presentaciones o preguntas”.

“Los médicos residentes ayudaban muchísimo, se preocupaban porque aprendieras, te decían, ve a este paciente, ponte a leer sobre lo que tiene y de ahí lo investigamos y estudiamos”.

Los participantes mencionaron que a causa del exceso de trabajo que tienen los residentes, consideraban conveniente enseñarles para que les ayudaran en sus funciones, lo que consideran como *aprendizaje condicionado*.

“Entre todo el exceso de trabajo, les convenía enseñarte y llevarse bien con los internos, me enseñaron a interpretar electrocardiogramas y modificar esquemas de insulina con el fin de que les sacara la chamba”.

“En urgencias me enseñaron a interpretar gasometrías y electrocardiogramas con la condición de poner el diagnóstico y características de cada uno, al reverso del resultado antes de entregárselos”.

En ocasiones los entrevistados refieren que la oportunidad de recibir orientación o enseñanza de parte del residente se encontraba condicionado por la afinidad que tenían o por el *favoritismo* que tenían los residentes sobre alguno de ellos, contrario a lo anterior, describen que algunos residentes *no tenían la iniciativa de orientarlos o enseñarles* durante su permanencia en cada rotación.

“Dependía de la afinidad que tuvieras con el residente y principalmente el de tu guardia”

“En urgencias tenía un R1 y R2, este último, era súper buena onda, nos explicaba a todos los de la guardia durante el pase de visita nocturno, pero el R1 no nos quería, nos hablaba de mala gana y siempre evitaba convivir con nosotros”.

“En ginecología acababan de entrar, si tenía dudas les preguntaba, pero muchas veces no sabían que responder, igual a ellos no les nacía el querer ver un tema o explicarnos algún procedimiento, aunque tuviéramos la iniciativa”.

La enseñanza durante el internado médico dentro de escenarios clínicos en el hospital y clínicas demuestra que el proceso de enseñanza aprendizaje es dinámico y necesita de muchos copartícipes para poder realizarse; el médico adscrito o residente en su papel de docente implementa diversas estrategias para que el médico interno en su papel de aprendiz adquiriera o mejore las bases de conocimiento que desarrolló en la universidad: la atención del paciente en cama, la realización de procedimientos en hospitalización y en salas quirúrgicas, así como la intervención en consulta externa son considerados por los médicos pasantes, como escenarios indispensables para aprender, teniendo mayor oportunidad de convivencia con los docentes y así poder externar dudas u obtener orientación para construir el conocimiento. Durante (2012), considera que la enseñanza en los ambientes clínicos puede ser considerado como una enseñanza no formal en comparación con la educación que se da en las aulas, debido a que dentro del ambiente clínico los ambientes tradicionales de enseñanza son al lado de la cama del paciente durante el pase de vista y la realización de procedimientos, así como en la consulta ambulatoria, sin embargo, ambos espacios presentan desafíos para el docente porque debe crear un clima de aprendizaje estimulante, así como implementar una evaluación del estudiante durante la práctica a través de la observación directa en el desempeño, generando una promoción a la reflexión del estudiante, lo que coincide con los resultados del presente estudio.

De este trabajo se desprende, la poca interacción que tenían los internos con los médicos adscritos en los posibles escenarios de aprendizaje, porque mencionaron que los docentes tenían una mayor afinidad para enseñar a los médicos residentes y estos eran quienes se encargaban en mayor medida de la supervisión y acompañamiento en el aprendizaje del interno, por lo que se puede decir que en ocasiones tienen poca disposición para enseñar al interno. Estas acciones pueden dar lugar a situaciones como las actividades condicionadas, obteniendo así un beneficio para poder permitir al estudiante ser parte de la atención del paciente en cuestión de procedimientos prácticos. Cancino et al., (2011) en un estudio con internos de tres hospitales de Nayarit, México encontró que los

participantes calificaron el desempeño de los médicos en su papel de tutores como regular con tendencia a mala disposición para la enseñanza, al mostrar una mala actitud para aclarar sus dudas, enseñar o permitirles asistir en las actividades prácticas.

Los métodos de enseñanza-aprendizaje implementados por los docentes permiten el desarrollo de competencias en los alumnos, esta relación docente-alumno permitió al interno adaptar actitudes y adquirir conocimientos necesarios para su práctica profesional futura; muchas de estas interacciones dan lugar a conocimientos que sin estar contemplados pueden resultar benéficos para la formación del alumno o en caso contrario pueden ser un detrimento en su avance profesional, esto coincide con Yazdani et al., (2019) y Sarikhani et al., (2020) quienes consideran que el entorno educativo clínico forma parte de los componentes que impulsan el desarrollo del currículo formal, debido a que se encuentra asociado con el origen de valores clave en el profesionalismo médico, como son la excelencia y liderazgo en el ejercicio profesional, por lo tanto, se considera como un componente positivo. Asimismo, consideran que el aprendizaje por modelamiento es un proceso de aprendizaje basado en la comunicación, el cual puede tener efectos positivos y negativos en el aprendizaje y el ejercicio futuro de los estudiantes, debido a que desarrolla prácticas relacionadas con el currículo oculto, positivamente puede tener un efecto en el desarrollo de la identidad profesional y en caso contrario los efectos negativos pueden desmotivar a los estudiantes y originar resultados de aprendizaje y práctica no deseados.

Es evidente que las relaciones interpersonales entre el docente y el alumno juegan un papel clave en la educación e impactan en los resultados del aprendizaje, es así que ambos currículos formal e informal contribuyen a la formación de valores en torno al profesionalismo, el respeto, la responsabilidad y la integridad del ejercicio profesional; no obstante, como se puede apreciar en los datos, el currículo no formal puede dar paso a la formación de actitudes poco profesionales en los médicos internos con el fin de evadir responsabilidades, carga de trabajo o aumentar la productividad según los requerimientos de los superiores.

Respecto a la enseñanza teórica, las clases dentro de un aula son sin duda el método más utilizado durante el internado, los participantes refieren que reciben clases teóricas coordinadas por los médicos adscritos de los diferentes servicios, pero no en todas las ocasiones pueden asistir los docentes derivado con el exceso de trabajo o falta de disponibilidad, de la misma forma, la causa más común por la que los alumnos no recibieron clases fue por desconocimiento del temario y objetivos del programa operativo, lo que repercutió en no establecer un orden temático, programación y horarios de clase, esto coincide con López (1995), quien encontró que en los hospitales los profesores con frecuencia se muestran confundidos o no están enterados del programa académico que el

estudiante debe seguir y no se muestran muy dispuestos a las actividades de enseñanza (López, 1995, cit. por Cancino et al., 2011).

La pandemia por COVID-19 dio lugar a constantes cambios y estrategias en la educación de todos los niveles y en el área médica no fue la excepción, los participantes del estudio forman parte de la generación que presenció los cambios constantes dentro de sus sedes, la virtualización de la educación médica fue un cambio notorio en la educación de los nuevos médicos desde los primeros semestres durante el inicio de la pandemia, en el internado algunos participantes aluden a la coordinación de clases de forma virtual posterior de cumplir con sus horarios dentro del hospital, otros refieren la presencia de actividades y clases pre grabadas dentro de un aula virtual, lo que coincide con Herrera y Toro (2020), quienes realizaron un análisis de los cambios en la educación médica durante el internado y residentado en Perú, estableció comparaciones entre diferentes países sobre las decisiones que tomaron sobre la educación de nuevas generaciones de Médicos, alude que dentro de su país y en algunas otras naciones europeas, la virtualización de la medicina fue un tema constante, la utilización de aulas y clases en línea fue una estrategia utilizada.

El mismo autor refiere que una decisión controversial entre las universidades e institutos de salud fue tornar de forma virtual las rotaciones y funciones académicas del interno o en caso contrario la inclusión de internos y residentes independiente de la especialidad que cursaran, dentro de áreas de pacientes infectados por el virus de SARS COV-2 por falta de personal, ambas decisiones fueron consideradas como poco benéficas en el aprendizaje del interno debido a que en el primer caso la falta de práctica y desarrollo de actividades dentro de la atención del paciente consideran no dota de herramientas para su futuro como profesional.

De este estudio se encontró que en los institutos algunas rotaciones de los médicos internos de pregrado no se pudieron realizar de forma normal cancelando su rotación; esto se sustituyó por trasladarlos a unidades de medicina familiar o modificando sus horarios y esquemas de rotación por existir una menor cantidad de pacientes dentro de los servicios y otorgando la mayor cantidad de camas a los espacios conocidos como “área COVID”. En otros casos, aunque se desarrollaron actividades de atención al paciente, la cantidad del contenido temático y los objetivos de cada una de las rotaciones se limitó por encontrarse atendiendo un grupo específico de enfermedades, lo que coincide con lo reportado por Herrera y Toro (2020).

El internado sin duda alguna permite al médico en formación desarrollar habilidades dentro de diferentes servicios y áreas, oportunidades que como estudiante de ciclos clínicos en pocas ocasiones tiene acceso. La autonomía y responsabilidad que les otorgan permite al estudiante

desarrollar y mejorar su confianza en diferentes aspectos, Furr y Soni (2023) consideran que el involucrar de forma temprana al interno la interacción y atención del paciente le permite mejorar sus habilidades y aumentar su productividad dentro del hospital y le ayuda en el desarrollo de intereses por áreas específicas su futuro profesional; las habilidades que consideran se desarrollan dentro del internado son: el cuidado del paciente, conocimiento en ciencias médicas, profesionalismo, relaciones interpersonales y aprendizaje basado en la práctica, lo que coincide con los hallazgos de esta investigación, los participantes aluden que la participación en diferentes áreas y servicios les permite conocer los protocolos de atención con diferentes grupos etarios y de padecimientos, lo que aumenta su confianza para resolver los problemas de salud de los pacientes, su responsabilidad en el cuidado del paciente y desarrollar habilidades en la relación médico paciente.

Natersan et al., (2020) refieren que la enseñanza clínica es la herramienta educativa que se utiliza para capacitar a los estudiantes dentro de los hospitales; sin embargo, este proceso se ve limitado por el exceso de pacientes y la poca disponibilidad de tiempo que esto ocasiona, lo que origina que la enseñanza conocida como “al lado de la cama del paciente” se encuentre limitada, lo cual coincide con los comentarios de los participantes en nuestro estudio al considerar el exceso de pacientes como una de las principales causas por las que la enseñanza por parte de los médicos adscritos se ve limitada. Los autores proponen que la preparación en docencia, el uso del aprendizaje basado en problemas, la comunicación con el alumno y los métodos de enseñanza socráticos y del preceptor sean utilizados para volver eficiente la enseñanza del alumno dentro de sus rotaciones y así se logren los objetivos propuestos. Continuando con el tema de actividades condicionadas, la enseñanza se encuentra condicionada otorgando características de “premio” al acceso al conocimiento, resulta evidente a través de esta investigación que las condicionantes entre hombres y mujeres sufren diferencias alarmantes donde al hombre se le condiciona a cambio de favores materiales y en la mujer la condición se encamina hacia los favores relacionales a través de insinuaciones y acoso, similar a lo analizado por Fuentes et al., (2015) y Flores, (2019) quienes determinan que este tipo de actitudes es frecuente entre los médicos adscritos hacia los internos a través de un falso sistema de privilegios que coloca a la médica interna en situaciones de vulnerabilidad y que amenazan su seguridad.

Evaluación

Con relación a la evaluación del desempeño de los internos, las respuestas se organizaron en seis categorías: 1) *evaluación por médicos adscritos*, 2) *evaluación por otros integrantes del equipo*, 3) *castigos*, 4) *evaluación del internado desde la subjetividad del interno*, 5) *importancia del internado de pregrado en el plan de estudios* y 6) *sugerencias para mejorar el internado de pregrado*.

La primera categoría *evaluación por médicos adscritos*, hace referencia a la calificación numérica del uno al diez que se otorga al médico interno al término de cada rotación con base a los estándares establecidos por la coordinación de enseñanza y el programa operativo de cada institución, la calificación determinada por el médico o médicos adscritos que tienen a su cargo la supervisión del proceso formativo del interno.

Los participantes refieren que los médicos adscritos *tenían conocimiento de los rubros* a evaluar en cada alumno, lo que les permitía otorgar calificaciones justas teniendo en cuenta su desempeño académico durante las actividades teórico-prácticas.

“Nos calificaban con la exposición, examen, participación en el servicio y el departamental del IMSS”

“Había porcentajes por el examen del IMSS, el examen de cada servicio, las actividades que desempeñabas en el servicio y tu actitud con los pacientes”

Contrario a los comentarios anteriores, algunos participantes mencionan que aunque los médicos tenían conocimiento de los rubros a evaluar, emitían calificaciones injustas con base a otros puntos no especificados en las hojas de evaluación, lo que daba origen a calificaciones no relacionadas con el desempeño del interno dentro de los servicios.

“Sí había rúbrica, aunque nunca me pareció justo la forma de evaluar, el que calificaba no convivía con nosotros y había compañeros que no hacían buenos exámenes ni exposiciones y sacaban diez”

“Aunque había rubros, cada uno evaluaba conforme la afinidad que tuvieran sobre ti”

“Sí, había rubros de evaluación, pero los llenaban por inercia, ni siquiera veían que era lo que se evaluaba y lo llenaban así”.

Los médicos que desconocían las rúbricas correspondientes emitían la calificación conforme al desempeño del interno durante el servicio, la calidad de las relaciones interpersonales que establecía con el demás personal, entre otros puntos. Los participantes consideran injusto este método, debido a que los profesores no conocían la calidad del trabajo de cada uno de los estudiantes.

“No conocían las rúbricas, nos dijeron, aquí se evalúa que tanto hagan por los pacientes, si hacen bien su expediente y si se pelean con algún residente o algún trabajador, les bajo calificación”.

“No considero justa la forma de evaluar, no sabía ni quien me calificó, pudo haber sesgos, los doctores a veces ni se sabían nuestro nombre, entonces no creo que haya sido justo”.

La segunda categoría, *evaluación por otros integrantes del equipo* hace referencia a la calificación numérica que se otorgó al médico interno al término de cada rotación, la cual fue determinada por personal ajeno al equipo de médicos adscritos, por ejemplo, personal de enfermería, personal administrativo o entre médicos internos. Un participante mencionó que el personal administrativo del área de enseñanza se encargó de calificar a los estudiantes lo cual considera injusto porque se emitieron calificaciones basadas en la afinidad o amistad que tenían con los internos.

“La secretaria era quien nos calificaba y era con base en cómo le caíamos, me enteré de que una compañera le regalaba cosas y ella salió con 9.5, yo nunca falté y era buen estudiante y me ponían muy bajas calificaciones, se me hizo muy injusto”.

Los médicos internos en su rol como jefes de grupo también eran partícipes de la evaluación cada integrante del equipo, un participante expone la dinámica establecida entre su jefa de grupo y los integrantes para decidir las calificaciones.

“La jefa de internos nos calificaba, era muy neutral, nos ponía entre 8 y 9, nunca el 10, a veces lo considero injusto porque había gente que si se esforzaba y merecía el 10, pero por el acuerdo entre nosotros nunca pudo lograrlo”.

La tercera categoría *castigos*, hace referencia a las sanciones implementadas por médicos adscritos y residentes hacia los médicos internos ante equivocaciones, errores u omisiones en sus funciones sean o no establecidas. Según Castillejo, Colom y Pérez, (2009) *los castigos tienen la misión de fomentar en el sujeto educando el sentido de la responsabilidad, aceptar las consecuencias de los actos inadecuados* (Castillo et al., 2009; cit. por Mendoza, 2020).

Mendoza (2020), establece la tipología del castigo dentro del ámbito hospitalario según las características que tenían las sanciones aplicadas a los internos, estableció los castigos de tipo: prohibitivo, corporales, deshonorosos, monetarios, académicos, burocráticos, laborales y de antipatía, los cuales coinciden con las sanciones que fueron establecidas entre los estudiantes del presente

estudio; retomando la tipología del castigo según la autora, las respuestas de los participantes de esta investigación se subclasifican en: a) *prohibitivos*, b) *deshonrosos*, c) *administrativos*, d) *monetarios* y e) *laborales*.

Los *castigos prohibitivos* se caracterizan por impedir el acceso a diferentes espacios como el comedor, baño, áreas de descanso o privar la salida del alumno al terminar sus turnos o guardias.

“Había un doctor de cirugía que me dijo, si el paciente no tiene apendicitis te vas a quedar una guardia extra y no sales hasta que te vea mañana, a un compañero si se le aplicó ese castigo”.

“Una vez no me dio tiempo de terminar mis ingresos, los doctores me regañaron y no me dejaron salir hasta terminar todo, salí hasta las 11 de la noche”.

Los *castigos deshonrosos* tienen como fin insultar y descalificar el trabajo del médico interno, de forma pública o privada.

“Mandaban mensaje al grupo, te hacían regresar para corregirlo y regañarte enfrente de todos”

“Eran regaños feos y humillaciones, trataba de no tener errores porque si pasaba eso, era muy feo que te humillaran frente a todos”

Los *castigos administrativos* son aquellos que tienen por objetivo establecer actas administrativas ante jefaturas de personal o enseñanza.

“Te metían reportes, ante cualquier mínimo error los ginecólogos iban a enseñanza y jefatura de servicio para reportarnos por escrito”.

Los *castigos monetarios* tienen una carga económica, son castigos que deben pagarse con dinero, comida, bebidas y demás tipos de alimentos.

“Cuando se nos olvidaba hacer algo nos pedían comida para todo el servicio o para el médico adscrito con el que rotabas”.

“A un compañero por llegar tarde, le hicieron que comprara los cafés de todos los médicos de base”.

Los castigos *laborales* se encuentran relacionados con el trabajo y funciones que realiza el interno, implican aumentar la carga de trabajo del estudiante.

“Se enojaban y te ignoraban todo lo que quedaba del día, peor aún si ya tenías roces con ese médico o residente te dejaban todo su trabajo”.

La cuarta categoría *evaluación del internado desde la subjetividad del interno*, hace referencia al juicio que emiten los internos sobre dicho ciclo académico respecto a los aprendizajes obtenidos y los métodos de enseñanza aprendizaje que se implementaron. Se subdividió en dos categorías: a) *adecuada* y b) *deficiente*.

Los participantes consideran al internado como un ciclo *adecuado*, debido al acercamiento constante con los pacientes, lo que les permite desarrollar habilidades para establecer diagnóstico y planes terapéuticos, aumentando la responsabilidad respecto a la atención y seguimiento en la evolución del enfermo.

“Estuvo bien, aprendí mucho, pero siento que es por el peso de hacer lo práctico, estás más en contacto con los pacientes”

“Muy bien, porque se está en contacto con personas que tienen muchos tipos de padecimiento y eso te daba oportunidad de aprender cosas”.

“Crecí mucho en el hospital, la dinámica de estar ahí y hacerte responsable del paciente hace que entiendas mucho más los temas y enfermedades”.

Otra razón por la que los participantes consideran *adecuado* el internado es derivada a la oportunidad de continuar con el aprendizaje teórico; la permanencia dentro de diferentes servicios permite al alumno desarrollar y aprender sobre diferentes entidades nosológicas no contempladas en los planes y programas operativos.

“Fue bueno porque aprendí mucho en cuestión de la enseñanza teórica, lo que considero primordial, eso mismo me ayudo a aprender más de lo establecido para un médico general”.

Los participantes consideran que la relación docente-alumno entre médicos adscritos, residentes e internos, mejora el aprendizaje dentro del hospital, volviéndolo un ambiente adecuado para aprender y mejorar habilidades.

“Muy bueno, los doctores con los que estuve, los residentes, todos ellos formaron parte muy importante de mi formación”.

“Todo lo que pude aprender fue gracias a lo que me enseñaron mis residentes y adscritos, fue muy bueno”.

Otros participantes consideran deficiente el internado médico de pregrado por múltiples causas, una de ellas está relacionada con el exceso de trabajo; los estudiantes refieren que el aumento en el número de pacientes y funciones entre todo el equipo médico condiciona desinterés de sus profesores por enseñar y modifican el papel del interno de aprendiz a obrero, con el fin de desahogar las múltiples funciones y actividades que deben cumplir.

“Considero que le falta mucho al internado, porque muchos hospitales como en donde estuve quieren al interno para que saque su chamba, para que les saques todo el trabajo, muy pocos dentro del instituto quieren que te lles algún aprendizaje”.

“Creo que es deficiente porque después de 36 horas encerrada en el hospital, te cansas, dejas de aprender y te deja de interesar, solo quieres hacerles todo el trabajo para salir e irte a dormir”.

“Es relativamente malo, porque a los doctores no les cuesta nada enseñarte o transmitirte un poco de conocimiento, pero solo se preocupan porque cumplas tu función de mano de obra barata y saca chambas”.

Los médicos pasantes entrevistados consideran que el proceso de enseñanza aprendizaje durante el internado fue deficiente debido a la falta de enseñanza teórica en clases o a través de las intervenciones del docente durante las actividades diarias.

“Siento que no fue lo mejor, no tuve tantas clases en los servicios y los doctores nunca trataron de orientarnos para estudiar algo en específico”

El aumento de residentes dentro de las sedes o la importancia que se otorga a su aprendizaje por parte de los médicos adscritos es una causa por la que los internos califican como deficiente su aprendizaje en el desarrollo de habilidades prácticas.

“La verdad nos perdimos de muchos procedimientos porque ya estaban los residentes, entonces los adscritos estaban sobre ellos, les decían que ellos tenían que hacer todos los procedimientos, y que nosotros aprenderíamos en otro momento”.

“Aprendí por mi cuenta, porque cuando hay residentes, los adscritos prefieren enseñarles a ellos”

La quinta categoría *importancia del internado en el plan de estudios*, describe la opinión de los participantes sobre necesidad de mantener o eliminar este programa anual en el plan curricular de la carrera con relación a su experiencia y la calidad de aprendizaje, las respuestas se agruparon en dos subcategorías: a) *Sí es necesario* y b) *No es necesario*.

Los participantes consideran *necesario* el internado médico de pregrado debido a que es un ambiente diferente al que se enfrentan como estudiantes, les permite tener contacto de forma directa y constante con el paciente lo que les permite desarrollar responsabilidad en su manejo, seguimiento y egreso.

“Si es necesario, es el ambiente más clínico al que algunos médicos se van a enfrentar, te ayuda a aprender y forjarte en el ambiente hospitalario”.

“Si es necesario totalmente, tienes la oportunidad de vivir la responsabilidad de atender a un paciente, eso te empeña a hacer mejor las cosas”.

De la misma forma, refieren que la participación constante en las diferentes áreas que cuenta el hospital les permite conocer y desarrollar habilidades en cada una de las especialidades, conociendo más entidades nosológicas y adquiriendo habilidades relacionadas a la exploración y procedimientos medico quirúrgicos. De la misma manera, consideran que el internado les permite conocer el trabajo dentro de las instituciones de salud y el modo en el que se desarrollan las residencias médicas.

“Es necesario y más que el servicio social, si lo aprovechas bien aprendes a mejorar tu técnica en consulta externa, hospitalización y aprendes a resolver problemas urgentes en urgencias y quirófano”.

“Si es necesario, te da muchos conocimientos, muchas herramientas, incluso la deficiencia de material en las áreas te hace aprender estrategias para aprender a sacar adelante el servicio”.

“Es necesario, se sabe que es una etapa pesada, pero es un previo al que hace una especialidad, en la residencia coinciden muchas cosas en cuanto horario, funciones y aun así es más pesado en cuestión de exigencia”.

Contrario a lo anterior, algunos participantes *no consideran necesario* el internado debido a las características que se establecen según los programas y planes operativos; donde el exceso de trabajo y el aumento de horas laborales consideran no son necesarias para el aprendizaje del alumno.

“No lo considero necesario, es necesario rotar en un hospital, pero con jornadas cortas es más que suficiente, las guardias y exceso de trabajo en el internado, más que ayudarte, hace que te canses, que te hartes y que odies la carrera”

“No creo que sea necesario con las bases y reglas que actualmente tiene, debería de cambiar los lineamientos en cuestión de derechos y jornadas estipuladas”.

La sexta categoría *sugerencias para mejorar el internado*, expone las ideas de los participantes con el objetivo de mejorar el internado médico de pregrado, con el fin de que próximas generaciones tengan una estancia satisfactoria con mejores oportunidades respecto a su desarrollo como médicos. Los participantes sugieren respetar y establecer horarios adecuados de salida:

“Deberían regularse y respetarse, los horarios nos dejaban salir bien tarde y muchos compañeros vivían lejos, era peligroso llegar a casa a esas horas y no te daba tiempo de estudiar o hacer otras cosas”.

Sugieren que el trato entre médicos adscritos e internos debe supervisarse y mejorar:

“Deben regularse situaciones con relación al trato que tienen algunos médicos de base hacia los internos”.

Los derechos del interno entorno a alimentación, descanso e higiene son aspectos que los participantes consideran necesarios respetarse; este tipo de mejoras pueden impactar de forma positiva en el desarrollo académico y personal de los médicos en formación:

“Deben cambiarse situaciones como pasar 36 horas sin comer, sin dormir, sin bañarse, dejar de volver el internado un año de esclavitud y de explotación laboral”.

La supervisión en las funciones del interno, así como el acompañamiento y orientación en su aprendizaje es un aspecto que los participantes recomiendan debe mejorar; consideran que la supervisión durante sus actividades y en las clases debe cumplirse, con el fin de garantizar un adecuado aprendizaje y una calidad de atención para el paciente de forma segura:

“Recomiendo que se interesen más en la enseñanza de los internos, que nos den más clases porque, aunque nosotros demos el tema, no somos especialistas en la materia”.

“Que se interesen en enseñarnos, si van a exigir algo, pues que se responsabilicen que todo se haga bien y eso se logra supervisándonos y enseñándonos”.

La evaluación es un paso indispensable al final del proceso enseñanza aprendizaje, en el caso del internado médico de pregrado al ser parte del plan de estudios, es necesario emitir una calificación final que se agregue a la historia académica de cada uno de los alumnos, según lo establecido en los programas operativos cada rotación debe ser evaluada por los docentes que son los médicos adscritos de cada servicio. Los rubros a evaluar son variables dependiendo de la sede, docentes y servicios, lo que da lugar a que en muchas ocasiones los rubros sean desconocidos para los docentes y las calificaciones sean consideradas injustas por los alumnos, en los casos donde se conocen los rubros de evaluación; se encontró, que la calidad y cantidad de trabajo, las habilidades de comunicación y el respeto a la jerarquía entre el equipo médico son los rubros que consideran se evalúan para emitir una calificación; esto coincide con lo reportado por Han y Chung (2016), los cuales desarrollaron un estudio en médicos internos en Singapur, establecieron los rubros más comunes que se evalúan en los internos, la capacidad y conocimientos necesarios para desempeñarse dentro del hospital, el compañerismo, la proactividad en el servicio, la organización y la elaboración correcta de notas y expedientes son los factores que más se tienen en cuenta para valorar el desempeño de los estudiantes. Consideran que las relaciones interpersonales que desarrolla el interno entre el equipo médico y en torno a la relación médico paciente son rubros muy importantes para evaluar su desempeño profesional, lo que proyecta en resultados satisfactorios en el área clínica durante sus primeros años de residencia.

Además del conocimiento de los rubros a evaluar, los participantes consideran que es necesario conocer la calificación que se les otorga en cada rotación, esto les permite conocer los rubros en los que cuentan con deficiencias y así desarrollar estrategias para mejorar en el servicio que desempeñan; por lo tanto, la supervisión en las funciones de los alumnos permite al docente emitir una evaluación del desempeño, permitiendo al alumno obtener una retroalimentación y desarrollando su capacidad de autoevaluarse. Rodríguez y Díaz (2015), determinan que en el proceso educativo del internado se deben respetar las actividades de los profesores y de los alumnos; que la supervisión, la evaluación y la calificación que se generan cumpliendo con el proceso, lo que permite mejorar y actualizar los cursos y programas operativos, de la misma forma el que alumno conozca su calificación le permite ver su realidad educativa y el nivel de cumplimiento del perfil profesional que se tiene esperado a su egreso.

La tipología del castigo utilizada en este estudio se tomó de las investigaciones de Mendoza (2020), las características de los castigos monetarios, deshonorosos, laborales y físicos muestran similitud de quien los realiza y quienes son los afectados; las causas más comunes de los castigos son fallas en la realización de funciones, omisiones en las entregas de resultados y en ocasiones por la perspectiva que tienen los médicos adscritos de la labor del interno. Es interesante observar que en ambos estudios los castigos monetarios son considerados como una moneda de cambio para olvidar el error y evitar futuros altercados con el demás personal. En ambas investigaciones se encontró el descontento de los internos y la sensación de injusticia.

En oposición a lo anterior, Deng et al., (2019) realizaron un estudio en China con médicos internos y residentes, encontraron que el castigo fue una estrategia utilizada constantemente y que, al no ser un castigo de tipo físico, los participantes la consideraron una acción correctiva y una medida educativa aceptable que eligen los médicos adscritos para mejorar el desempeño, arraigar la responsabilidad del estudiante y evitar iatrogenias. En esta investigación se desprende que no es la mejor manera de corregir al estudiante, no están justificadas y solo tienen por fin desvalorizar al interno o afectar directamente en sus derechos. Sin embargo, se presentan de manera constante formado parte dentro del currículo oculto de este importante proceso formativo

Una manifestación del currículo oculto que se desprende de la presente investigación se encuentra relacionada con la actitud indiferente que adquiere el médico interno resultado de las sanciones y comentarios negativos constantes sobre su desempeño, donde el interno debe obedecer castigos y aceptar críticas injustas por el hecho de “ser interno” y no por la verdadera calidad de su trabajo, esto coincide con Flores (2019) concluye que la conducta del superior frente al inmediato inferior en los diferentes escenarios clínicos hace evidente que las actitudes intimidantes basadas en las relaciones de poder causan comportamientos relacionados con la indefensión aprendida, donde los internos consideran que no pueden cambiar su realidad ante la violencia y castigo que les ejercen debido a su posición jerárquica dentro del equipo médico.

Contrario a la indefensión aprendida, las acciones de castigo pueden modificar el comportamiento del alumno de manera positiva los cuales aplican la autoformación con búsqueda de información y a través de la solicitud de orientación a otros docentes, autores como Becoña (2006) consideran que este tipo de aprendizaje en el alumno se basa en la resiliencia y en la superación personal, considerándolo como un aporte positivo dentro de las prácticas no establecidas del currículo. (Becona, 2006, cit. por Flores, 2019).

Por último, en esta investigación se demuestra que la apreciación satisfactoria del internado y la necesidad de mantenerlo en el plan de estudios, se encuentra relacionada con la oportunidad de rotar por diferentes servicios logrando el desarrollo de habilidades en la atención de pacientes con diferentes padecimientos y características; la necesidad de reformar algunos aspectos de este ciclo académico como el respeto a los derechos y la supervisión del alumno se fundamenta en la búsqueda de mejorar la calidad en la formación que se imparte a los médicos internos, coincide con Santana et al., (2017); Drape y Louw (2012); Isaacs et al., (2020) y O'shea et al., (2021) quienes evaluaron diferentes aspectos del internado médico demostrando apreciaciones positivas en rubros de conocimiento clínico y apreciaciones negativas en aspectos de salud mental, y supervisión por lo que se recomienda establecer estrategias específicas para mejorar la formación de los internos.

Funciones de la jefatura de enseñanza clínica en sedes

Respecto a las funciones y actividades realizadas por la Jefatura de Enseñanza e Investigación Clínica de cada sede hospitalaria, se obtuvieron tres categorías: *1) Supervisión y Aplicación del reglamento, 2) Intervención en los problemas del interno, 3) Coordinación Académica.*

La primera categoría *supervisión y aplicación del reglamento*, hace referencia a las acciones aplicadas conforme el reglamento y lineamientos establecidos por la sección de enseñanza clínica ante los conflictos y faltas ejercidas por internos, residentes, adscritos y demás personal, las respuestas se agruparon y se obtuvieron dos subcategorías: *a) Sí se aplicó el reglamento y b) No se aplicó el reglamento.*

Los comunicados por parte de la sección de enseñanza dirigido a los jefes o áreas correspondientes eran las estrategias comúnmente utilizadas, para recordar o respetar el reglamento:

“Hubo una situación respecto a los horarios que no se respetaban, enseñanza saco un comunicado a los jefes de servicio estableciendo y recordando los lineamientos”.

En ocasiones los participantes notificaban situaciones de maltrato ante la jefatura, la cual emitía comunicados, sin embargo, los profesores o jefes de servicio hacían caso omiso a las notificaciones, resultando en una medida poco favorecedora para asegurar el cumplimiento de los lineamientos establecidos de este ciclo académico:

“Supe de compañeros que se quejaban con enseñanza, hacían comunicados y ahí quedaba todo, nunca había respuesta o seguimiento de la jefatura o de los jefes de servicio”.

El respaldo sindical de algunos médicos internos que laboraban anteriormente en las instituciones, así como de personal de enfermería fue una causa para hacer valer el reglamento; la comunicación entre el sindicato de trabajadores de los institutos y la jefatura de enseñanza ocasionó el cumplimiento de este, aplicando las sanciones correspondientes según fuera el problema o desacuerdo entre los afectados. Sin embargo, para los internos que no contaban con este respaldo administrativo las oportunidades para obtener una respuesta favorable eran menores.

“Cuando la enfermera me culpaba de un error con el paciente, la jefa de enfermeras junto con el sindicato en compañía de enseñanza revisó todos los documentos y determinaron que no fue mi culpa, fue de la enfermera y le aplicaron la sanción correspondiente”.

“Un interno era administrativo basificado en el IMSS de plano, no se dejaba cuando le ponían a hacer cosas que no le correspondían o cuando no respetaban sus horarios, hablaba con la jefatura de enseñanza y para evitar pleitos con el sindicato, atendían todas sus quejas”.

En los casos donde no se hizo válido el reglamento, los participantes aluden a la percepción que tienen sobre la labor de las autoridades, a la falta de empatía o el caso omiso a sus solicitudes, notificando a los docentes que son reportados y permitiendo castigos o represalias ante los alumnos.

“Nunca me atreví a notificar las situaciones injustas, porque abusan de su autoridad y en lugar de ayudar les dan el lado a los médicos y los incitan a castigarte”.

“Cuando les notifiqué una situación de maltrato, se enojaron, me gritaron y no resolvieron nada, desde ahí nunca les volví a avisar algo”

“Nunca hicieron caso, solo nos pedían que evitáramos al agresor o de la causa del conflicto, pero soluciones o aplicación del reglamento, nunca”.

La segunda categoría *intervención en los problemas del interno*, describe las acciones implementadas por la sección de enseñanza ante los problemas y peticiones de los internos ya sea de forma individual o colectiva, las respuestas se agrupan en dos subcategorías: a) *Sí intervino* y b) *No intervino*

En los casos donde los estudiantes necesitaban apoyo u orientación psicológica, mencionan que la jefatura de enseñanza gestionó las citas correspondientes para que recibieran atención por un profesional, dando seguimiento a su diagnóstico y orientándolo según fuera necesario.

“Me canalizaron a psicología, estuvieron al tanto de mi avance y de mi diagnóstico”

“Conozco de un amigo que recibió atención psicológica en el hospital, mi compañero solicito ayuda en enseñanza y ellos lo apoyaron buscando una cita ahí en el mismo hospital”.

“Sí teníamos problemas emocionales, nos orientaban y si era necesario nos mandaban a psicología”.

La comunicación es considerada como un acierto que algunos jefes de enseñanza tenían con los internos, la apertura de comunicar las situaciones que les inquietaban y la búsqueda de soluciones adecuadas en el momento oportuno generó en el estudiante confianza al saber que sus necesidades serían tomadas en cuenta.

“Siempre estuvieron al pendiente, cuando hablábamos con él nos tranquilizaba y tomaba inmediatamente cartas en el asunto”

“El jefe de enseñanza siempre fue muy bueno y accesible, siempre nos dijo que cualquier cosa que sucediera lo notificáramos en el momento, así lo hacíamos y él actuaba muy bien”

“Cuando un doctor puso a hacer sentadillas de castigo a unos compañeros, le notificamos al jefe de enseñanza y subió a hacer los respectivos llamados de atención al doctor”.

En esta misma línea, los participantes aluden que la jefatura de enseñanza atendió las peticiones que hacían respecto al cumplimiento de sus derechos. En el caso de la supervisión de funciones y seguridad la jefatura verificó que los internos cumplieran con las funciones que les correspondían y no aquellas que suponen un riesgo para ellos o el paciente, tal es el caso de la atención de pacientes en área COVID, aplicando sanciones a quienes indicaran la participación del estudiante en estas áreas u otorgando equipo de protección personal para evitar contagios fuera de esta zona.

“Cuando las enfermeras nos obligaron a entrar a área COVID a tomar muestras y pruebas, jefatura se enteró, nos regañó por no defendernos, pero si aplico sanciones a los médicos y enfermeras que nos obligaron a entrar”.

“El jefe se preocupaba mucho por nosotros, nos exigía ponernos el equipo de protección personal, si no teníamos él nos daba nuevo material”.

Contrario a las experiencias anteriores, algunos participantes refieren que la jefatura de enseñanza en sus sedes hizo caso omiso a sus solicitudes y no intervino para dar solución al respeto de sus derechos ante situaciones incómodas o de maltrato con los docentes, entre otras. Consideran que la *amistad* que mantienen con los médicos en la sede y la *falta de compromiso en sus funciones* son las causas por las que pueden llegar a recibir *amenazas, regaños o ninguna solución* ante las peticiones que tienen los internos.

“Cuando me agredió la doctora de biblioteca, fui con el jefe de enseñanza y no hizo nada por investigar o arreglar la situación, pero fue porque él y la doctora son grandes amigos”.

“Para ellos, entre menos te quejes, mejor”

“La jefa de enseñanza al inicio nos dijo que ella no iba a meter las manos por nosotros, que si teníamos algo que nos disgustara mejor renunciaríamos”

“Cuando pedimos apoyo para incapacidad de COVID, la doctora se enojó y nos dijo, si nos les parece me voy a basar en el reglamento y hacen guardias de 36 horas o renuncien”.

La tercera categoría *coordinación académica* hace referencia a las estrategias implementadas por la jefatura de enseñanza para coordinar y verificar el acompañamiento académico que se otorgó a los médicos internos en cada una de sus rotaciones bimestrales. Las respuestas se subdividieron en dos categorías: a) *Sí verificó* y b) *No verificó*.

La revisión en el cumplimiento de rúbricas y evaluaciones teórico-prácticas bimestrales implementadas por los médicos adscritos de cada servicio, es una estrategia utilizada por la coordinación de enseñanza para verificar que la evaluación del desempeño del alumno sea correcta, de la misma forma los participantes mencionan que al inicio del ciclo académico los jefes de enseñanza dieron lectura y revisión al programa operativo dando a conocer, reglamentos y médicos a cargo de la formación del interno en cada rotación.

“Sí nos presentaban al coordinador de cada rotación, enseñanza solo verificaba a través de las rúbricas que nos evaluarán”.

“Al inicio nos otorgaron el plan operativo, el cronograma, el temario de clases, las rotaciones, evaluaciones y cada responsable en cada servicio, si está organizado todo”.

La aplicación de encuestas por la jefatura de enseñanza o por las autoridades delegacionales de los institutos, tienen por objetivo conocer la apreciación del estudiante sobre la calidad educativa que recibe dentro de la sede, de igual forma verifica el cumplimiento del programa operativo.

“Enseñanza empleaba cuestionarios al final del internado para asegurarse que todo estuviera bien, que hubiera respeto o que se cumplía con los objetivos”

“Lo único que hacían eran las encuestas del IMSS, preguntaba si se cumplió con clases, con acompañamiento académico”.

Por último, una estrategia implementada por algunos jefes de enseñanza fue supervisar los servicios donde participaban los internos mediante visitas y recorridos, esto les permitió a las autoridades conocer de forma directa la dinámica, las deficiencias y conocer de primera mano el buen cumplimiento de funciones de los estudiantes, así como las necesidades de los internos con relación a sus derechos y desarrollo académico.

“El jefe de enseñanza llegaba de sorpresa a los servicios a verificar que si no enseñaran y nos tuvieran en los servicios haciendo lo que nos corresponde y no cosas que ni al caso”

“La jefa llegaba de imprevisto a revisar que estuviéramos trabajando con el paciente, pero también nos preguntaba si nos enseñaban, si se interesaban por enseñarnos y si nos daban clases teóricas”.

En los casos que no se verificó el acompañamiento y las actividades académicas en los internos las causas más comunes fueron la falta de experiencia de las autoridades y en algunos casos la falta de compromiso en sus funciones.

“Enseñanza nunca verificó que, si se hicieran cargo los doctores, no le interesaba mucho, solo quería que cumpliéramos con todo el trabajo”.

“Nunca conocí a la jefa de enseñanza, nunca nos enseñó el plan operativo y mucho menos verificaba ni las calificaciones”.

“La jefatura había cambiado de coordinadores, entonces los nuevos encargados tenían poca experiencia, supongo y eso considero origino que no supieron como verificar que si estábamos aprendiendo y que nos enseñaban”.

Funciones de la Universidad

El internado médico forma parte del plan de estudios en la FES Iztacala, perteneciente a los semestres nueve y diez con un total de 84 créditos obligatorios es el módulo con mayor carga académica de todo el plan de estudios; por lo tanto, los médicos internos siguen siendo alumnos de la facultad en donde la jefatura de carrera junto con el departamento de internado y servicio social tienen por objetivo la gestión de plazas y una vez asignadas, la coordinación y supervisión de los estudiantes que se encuentran en las diferentes sedes hospitalarias, respecto a esto las respuestas de los participantes se agruparon en tres categorías: 1) *Apoyo al interno*, 2) *Intervención ante conflictos* y 3) *Actividades de los supervisores de ciclos clínicos*.

La primera categoría *apoyo al interno*, hace referencia a las acciones implementadas por la universidad y los departamentos correspondientes, con el fin de supervisar y apoyar la labor del interno durante el ciclo anual que se encontraban cursando, las respuestas se subdividieron en dos categorías: a) *Sí hubo apoyo* y b) *No hubo apoyo*.

En los casos donde los alumnos notificaron a la sección de internado y servicio actos de maltrato, abuso o discriminación, refieren haber recibido orientación y seguimiento de la resolución que tuvo la queja dentro de su sede.

“Cuando sucedió la situación de acoso con el laboratorista, notifiqué a la FES y dieron seguimiento al problema a través del supervisor de ciclos clínicos”.

Respecto al tema de evaluación y calificaciones finales, los participantes aluden a la intervención del departamento de internado solicitando las calificaciones de forma oportuna, enviando los rubros de evaluación para los alumnos de esta facultad y dialogando con los profesores de cada servicio y sede cuando los alumnos notificaban una evaluación injusta.

“Yo si noté que nuestra facultad solicitaba con anticipación las calificaciones casi al terminar el internado, igual supe que enviaba constantemente las rubricas por si no las tomaban en cuenta”

“En Pediatría nos pusieron calificaciones muy injustas, las autoridades de la FES hablaron con la jefa de enseñanza y los profesores de rotación para encontrar una justificación o solución a esas calificaciones”.

Contrario a la intervención y apoyo, el resto de los participantes considera que la Facultad se deslinda de responsabilidades y de la supervisión de los médicos internos una vez ellos ingresen a sus

sedes hospitalarias, consideran que se muestran apáticos ante sus preocupaciones, evadiendo responder ante las necesidades de los estudiantes.

“Te abandonan, no hay apoyo, se muestran muy apáticos, consideran que, si ya estás en el hospital, ya eres del hospital”.

“Había compañeros que decían que ya habían hablado en el búnker, pero nunca les notificaron o buscaron para algún seguimiento al problema que presentaban”.

En esta misma línea sobre la participación de la coordinación de internado, la segunda categoría *intervención ante conflictos* alude a las acciones implementadas por la universidad ante la presencia de conflictos del interno durante su desempeño dentro de la sede, los participantes refieren que al notificar a la universidad problemas con sus docentes o demás personal la universidad y el departamento correspondiente actuaban comunicándose con los profesores y jefes de enseñanza involucrados, lo cual consideraban adecuado al mejorar la comunicación entre las diferentes autoridades.

“Cuando íbamos a hacer el examen integrador, la jefatura de la FES notificó al hospital y nos autorizaron salir... el jefe de servicio se alteró y nos quería reprobar, afortunadamente la coordinadora de internado de la FES hablo directamente con el doctor y pudieron solucionar el problema”.

“Con el problema de las pruebas COVID, la coordinadora hablo directamente con el jefe de enseñanza pidiendo explicación de por qué nos obligaban a tomar muestras COVID, fue la única forma para que actuaran las autoridades del hospital”.

Los supervisores de Campos Clínicos son profesores que forman parte de la plantilla docente de la FES Iztacala, su función está enfocada a la inspección continua de los alumnos de ciclos clínicos y de internado médico; la tercera categoría *actividades de los supervisores de campos clínicos*, alude a las funciones de los supervisores para verificar el adecuado cumplimiento del programa operativo de los internos de la FES Iztacala, los participantes consideran que la labor de los supervisores les permite estar en contacto directo con la facultad, percibiendo un apoyo y orientación por parte de su universidad. Las estrategias que utilizan los supervisores para vigilar la formación de los internos se agrupan en las siguientes categorías: *a) comunicación con el estudiante, b) comunicación con docentes y jefes de enseñanza y c) cuestionarios a médicos internos*

Las sesiones de tipo presencial son la estrategia más común referida por los participantes, consideran esto les permite a los profesores verificar el cumplimiento del reglamento y también otorga a los alumnos la oportunidad de comunicar conflictos, peticiones y demás situaciones que suceden dentro de su sede. Por cuestiones de pandemia algunos participantes mencionan que las sesiones pasaron a ser vía remota; sin embargo, consideran daba la oportunidad de mantener la comunicación con sus coordinadores.

“Lo veíamos casi al final de las rotaciones, pasaba por todos los servicios y con cada equipo de internos que fuera de Iztacala, nos preguntaba cómo estábamos, si teníamos algún problema, la verdad si te sentías apoyado por ellos”.

“Había una coordinadora, pero por el COVID hacía sesiones en zoom, cuando podía me conectaba y estaba al pendiente de como estábamos en la sede”.

“La Dra. H siempre estuvo al pendiente de nosotros la verdad si te sentías apoyado ante cualquier situación por ella”

Ante las notificaciones de los alumnos cuando no se respetaba el reglamento o se exponía su seguridad durante la atención del paciente, los participantes refieren que los coordinadores mantenían comunicación constante con los jefes de enseñanza y orientaban al interno respecto a las soluciones o acciones a seguir.

“Cuando le avisamos que nos hacían tomar pruebas COVID hablo directamente con la jefa de enseñanza para que nos alejaran de las áreas que suponían un riesgo para nosotros”

“La vez que le comentamos un caso de maltrato hacia un compañero, fue a hablar con el jefe de servicio y el de enseñanza, a nosotros nos orientó con quien hablar y como solucionarlo, a los otros internos sus universidades los abandonan, la doctora los orientaba a ellos a veces”.

Por último, la aplicación de cuestionarios a los alumnos de la facultad por cada rotación que concluía fue una estrategia que refieren los participantes como adecuada, para expresar sugerencias de mejora en cada rotación.

“Cuando terminaba una rotación teníamos que enviarle o contestar presencial un cuestionario que preguntaba sobre la calidad de clases y enseñanza durante las actividades que realizábamos, me gustaba porque podíamos sugerir cosas”.

“La facultad y los supervisores nos aplicaban cuestionarios de forma continua, era bueno que estuvieran al pendiente, aunque sea con esa estrategia”.

Las funciones de la Universidad y de la Jefatura de Enseñanza en cada sede donde los estudiantes realizan su internado son indispensables para supervisar el bienestar y para verificar que los objetivos académicos que se propone el programa operativo se cumplan en los alumnos. Las universidades en su papel de supervisor deben implementar estrategias para mantener una comunicación constante y cercana con los internos. La lejanía, la falta de tiempo tanto de directivos como de internos entre otras situaciones, puede ocasionar que la comunicación se vea interrumpida y sea poco satisfactoria para los internos.

De este estudio se desprende que los entrevistados se sintieron poco respaldados por la Universidad, que las principales estrategias utilizadas fueron la dotación de equipo de protección personal, así como la visita de supervisores de forma continua a las distintas sedes; esta última considerada por los participantes como una adecuada estrategia que permite una comunicación continua con la universidad, puesto que el papel del supervisor no solo consiste en verificar que el alumno se encuentre en servicio, también permite recibir orientación de primera mano ante las dudas y problemas que presente durante la realización del servicio.

En cuestión de la jefatura de enseñanza, las funciones de supervisión y orientación del alumno deben ser más accesibles, esto derivado a la cercanía que existe entre ambos, los participantes consideran que en ocasiones recibieron apoyo por las jefaturas en sus sedes a través de atención psicológica o supervisión para evitar que se realicen actividades que supongan un riesgo para los estudiantes, no obstante la mayoría refieren situaciones donde el apoyo, orientación o aplicación del reglamento se vio detenida derivado de la amistad existente entre médicos, falta de experiencia en el campo de trabajo así como también falta de compromiso en las funciones de la jefatura, lo que otorga a los estudiantes una sensación de desprotección dentro de la sede.

La apreciación de los participantes respecto al seguimiento otorgado por las autoridades sanitarias y universitarias descritas anteriormente, coinciden con Fuentes et al., (2015) quienes realizaron un estudio en internos del Instituto Politécnico Nacional para medir la satisfacción en diversos rubros durante el internado de pregrado, respecto al seguimiento de las autoridades de su institución, concluye que la mayoría de las autoridades no dieron seguimiento a los alumnos, respecto a las funciones de la jefatura de enseñanza de las sedes refieren que la información que otorgaron en el curso de inducción no correspondió con lo que vivieron durante el internado.

Asimismo, los hallazgos de la presente investigación coinciden con Nieto et al., (2016) refieren en su estudio con médicos internos de Perú, que un tercio de los participantes evalúan como adecuado el rendimiento y seguimiento de los supervisores designados por su universidad, el resto considera que los supervisores no se preocuparon por su progreso, por lo que los participantes recomiendan se incentive el compromiso de supervisores y de docentes dentro de las sedes.

Esta investigación demuestra que la jefatura de enseñanza tiene la misión de supervisar el desarrollo académico de los médicos internos dentro de la sede, supervisa el cumplimiento del programa operativo y coordina la labor docente de los médicos adscritos, coincide con Salas et al., (2016) quienes determinan que la jefatura de educación médica en cada sede es la responsable del cumplimiento integral del programa académico del interno para alcanzar las metas educativas planteadas.

Los hallazgos en este trabajo demuestran que la cultura organizacional establecida dentro de los equipos médicos permite un correcto funcionamiento de cada integrante y resulta en un servicio eficiente que otorga atención de calidad; esta organización permite replicar entre los integrantes creencias y reglas no establecidas que tienen una influencia sobre el habitus médico de las nuevas generaciones, esto es similar a lo reportado por Sarikhani (2020) y Yazdani (2019) determinan que el aprendizaje se encuentra influenciado por la cultura dominante de la organización educativa y forma parte del currículo oculto con reglas no escritas, rituales y costumbres que influyen en los resultados del aprendizaje, el desarrollo profesional, la competencia clínica y la práctica ética.

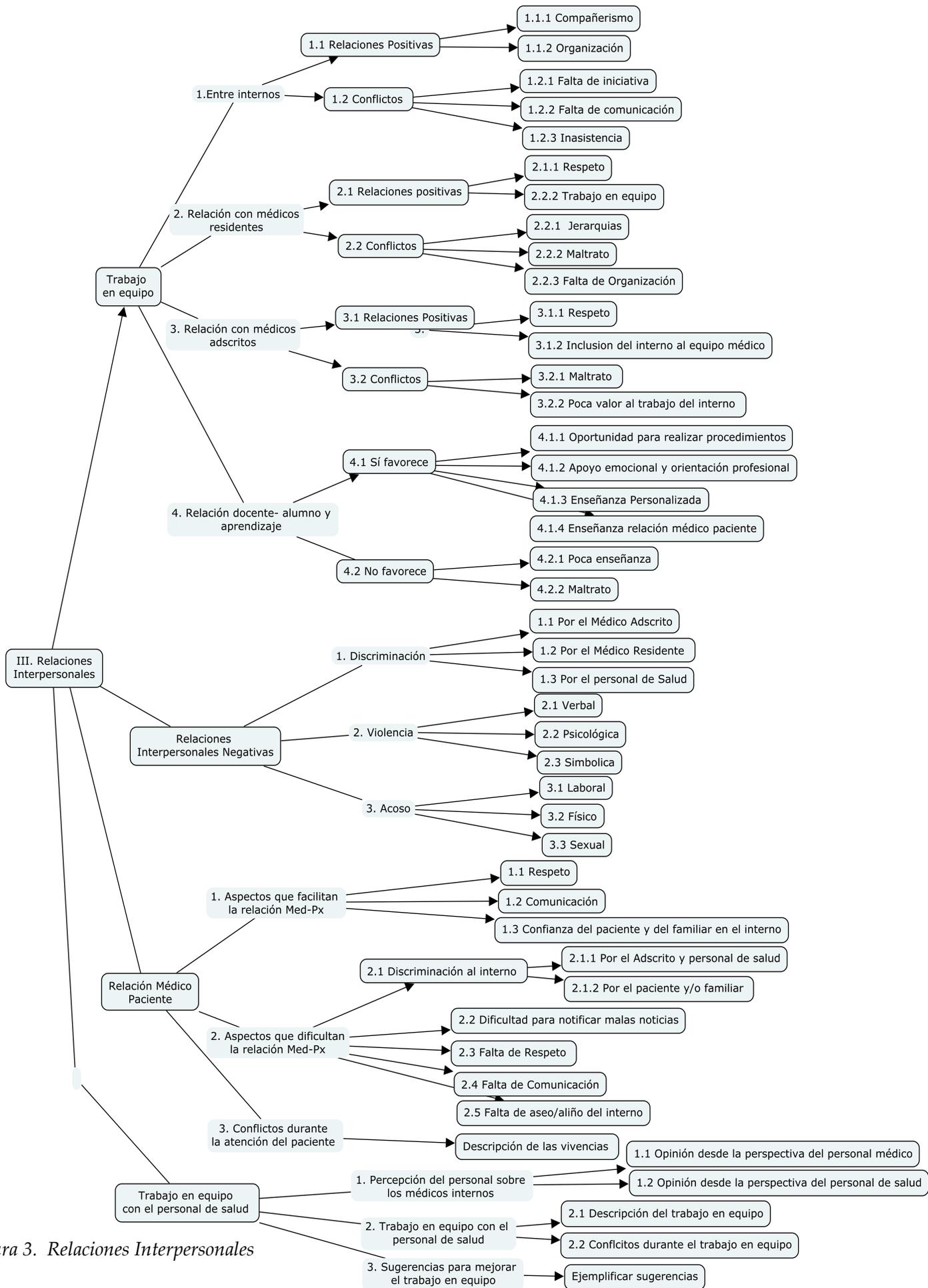


Figura 3. Relaciones Interpersonales

III. RELACIONES INTERPERSONALES

Trabajo en Equipo entre el personal médico

Respecto al trabajo en equipo y relaciones interpersonales entre el personal médico y los médicos internos, se obtuvieron cuatro categorías: 1) *Trabajo en equipo entre internos*, 2) *Relaciones interpersonales con médicos residentes*, 3) *Relaciones interpersonales con médicos adscritos* y 4) *Relación docente-alumno y aprendizaje*.

La primera categoría *trabajo en equipo entre internos*, describe la experiencia del participante al trabajar en equipo con sus compañeros internos durante los turnos y guardias correspondientes, las respuestas se subdividen en dos categorías: a) *relaciones positivas* y b) *conflictos*.

Respecto a las *relaciones positivas*, los participantes mencionan que el trabajo en equipo fue eficiente debido a los lazos amistosos que establecieron los internos además del compañerismo entre equipos y la organización interna para distribuir el trabajo y el número de pacientes entre todos los internos.

“Fue bonito, porque obtuve grandes amigos después del internado, puede ser porque todos éramos foráneos, nos ayudábamos y hacíamos que el servicio fluyera rápido”.

“Todos teníamos la idea de que veníamos a trabajar, nunca nos peleamos por pendientes, y tratábamos de que el número de pacientes fuera justo para todos”.

“Cada uno se organizaba y poníamos todas las interconsultas y decíamos, tú te vas a imagen y pides todos los estudios, tú ve a este servicio a pedir interconsultas, ustedes tomen muestras, ustedes las notas, acabábamos rápido y nos daba tiempo de ir a comer y salir a buena hora”.

Algunos participantes consideran que mantener una relación adecuada con sus compañeros les permitía distribuir el trabajo de forma equitativa y permitía ayudarse cuando los compañeros estaban postguardía o con exceso de trabajo.

“Me tocaron muy buenos compañeros, eran excelentes, todos nos ayudábamos, incluso cuando nos veíamos cansados después de las guardias, nos decíamos, yo te ayudo a hacer esto, el otro que te ayude con esto y vete a descansar”.

El contacto diario entre los internos les permitió establecer lazos no solo amistosos, también relacionados con la enseñanza, les permitió intercambiar conocimiento y ayudar en la mejora de

habilidades entre pares aprendiendo de los internos que tenían 6 meses más en la sede y ellos enseñando a la nueva generación.

“Me toco un buen equipo, mis MIP2 me enseñaron todo para sobrevivir y yo les enseñé a mis nuevos MIP, la verdad todos fuimos trabajadores, no me quejo”.

Respecto a los conflictos entre compañeros, refieren que las causas más comunes fueron derivadas de internos que no realizaban las funciones que les correspondían; la falta de compromiso de algunos compañeros generaba falta de comunicación y malos entendidos respecto a la atención del paciente.

“Hubo conflictos con dos compañeros que no trabajaban, hablamos con ellos buscando que apoyaran e hicieran mejor las cosas, nunca accedieron y terminamos ignorándolos”.

“Sí, porque había compañeros muy flojos, cuando los ponían conmigo chocábamos mucho, si uno falla nos regañan a todos, entonces eso me estresaba, pero por más que intentara que hicieran las cosas bien nunca lo intentaron”.

“No me lleve con ellos, porque eran muy vagos, se salían y me dejaban el trabajo a mí, opte por ignorarlos y dejarles todos sus pendientes, se enojaron y me dejaron de hablar, me excluían”.

Otra causa de conflictos fue relacionada con los cambios en el estado de ánimo y la capacidad de comunicación; los participantes aluden que el exceso de trabajo modificaba la manera de dirigirse a sus compañeros siendo la menos adecuada ni respetuosa.

“Situaciones con el exceso de trabajo hacían que explotaran, llegábamos a ser groseros o no pedir las cosas de forma adecuada, entendíamos después y nos disculpábamos de nuestra forma de actuar”.

Situaciones como inasistencia o ausencia de los internos dentro del servicio, son considerados causas de conflicto entre el equipo de médicos internos, esto al impactar directamente en la carga de trabajo de los alumnos que se encontraban en el servicio al aumentar el número de pacientes y pendientes por realizar.

“Tenía una compañera que era algo lenta para hacer las cosas, pero lo que me molestaba es que faltaba demasiado tanto a los turnos como a las guardias”.

“Teníamos conflicto con una compañera porque desde que llego aclaro que no haría guardias, nos quedábamos y ella se iba o pasaban días sin ir al servicio, no se me hacía justo”.

La segunda categoría *relación con los médicos residentes*, hace referencia a la dinámica de trabajo entre residentes e internos, durante las diferentes rotaciones bimestrales que cursaron los participantes, se divide en dos subcategorías: a) *relaciones positivas* y b) *conflictos*.

Las relaciones positivas entre médicos residentes e internos se deben al respeto entre ambos, los participantes consideran que la edad de los médicos residentes al ser “jóvenes” y recién egresados les permite tener empatía y respetar con facilidad los derechos del interno.

“Eran muy respetuosos como son más jóvenes, no están tan maleados como los fósiles que hay en los hospitales”

“Eran muy lindos, nos hablaban bien todo educado y muchas veces, cuando no comimos, nos invitaban ellos de cenar”.

De la misma forma, el permanecer en contacto mayor tiempo con los residentes durante los turnos y guardias hizo que el trabajo en equipo fuera adecuado entre ambos; refieren que la organización y distribución adecuada de funciones entre residentes e internos volvía eficiente el servicio, además que permitía una mejor comunicación y ambiente laboral.

“La mayoría de las veces tuve excelentes residentes, estábamos siempre juntos, entonces nos dividíamos el trabajo y nos ayudábamos entre todos, era muy bonito trabajar de esa forma”

“Siempre se dirigieron a nosotros adecuadamente, nos supervisaban y nos llegaban a llamar la atención, pero era justificado, siempre nos hacían ver el error para mejorar y trabajar de una mejor forma entre todos”.

Respecto a los *conflictos* entre ambos, consideran que la existencia de *jerarquías*, aunque son necesarias para tener una organización dentro del servicio, los residentes las utilizan para ejercer maltrato sobre los internos o aprovechar la asimetría de poder para obligarlos a realizar funciones que no les corresponden.

“Consideran que por estar más arriba en la cadena te podían hablar feo, te miraban despectivamente o llamaban tu atención golpeando cosas”.

“Una vez un residente me dijo, pásame el expediente, pero estaba literal a 20 cm de su mano, dentro de mi dije, ¿Por qué no lo haces tú?, y aunque sabía que estaba junto a él, me obligó a ponerlo en su mano”.

El exceso de trabajo otorgado por médicos residentes o la falta de organización entre pares es considerado otro conflicto que se presentó en los participantes, de forma particular consideran que el ser mujer condiciona una desventaja ante los hombres con relación a las funciones y la carga de trabajo, estas situaciones pueden afectar tanto a internas y también a mujeres residentes.

“Un R1 me cargaba mucho la mano con pendientes, me dejaba todo lo que él no quería hacer y le correspondía, lo peor es que a su R2 que era mujer la ignoraba y la ponía a hacer todo mientras él se iba con los adscritos a jugar PlayStation y ver tele en la oficina”.

La tercera categoría *relación con médicos adscritos*, describe la interacción positiva y conflictos que se suscitaron entre médicos de base en su rol de profesor con médicos internos durante la realización de sus funciones en turnos y guardias. El respeto y una adecuada comunicación condicionan que la dinámica de trabajo dentro del servicio sea eficiente, los participantes consideran que el trato respetuoso entre ambos permite a los alumnos mantener confianza para expresar dudas y comentarios necesarios en torno con la atención del paciente.

“Eran contados, pero si había doctores que eran respetuosos se dirigían a ti adecuadamente y eso originaba que pudieran comunicarte fácilmente con ellos”.

“Había doctores que trataban muy bien y de forma respetuosa, eso me daba confianza de poder opinar y proponer cambios en torno al plan de atención del paciente”.

De igual forma, consideran que el mantener una adecuada comunicación con los médicos, permitía establecer relaciones amistosas o de confianza, al lograr este tipo de comunicación los docentes les recomendaban y motivaban a mejorar rubros relacionados con su labor como médicos.

“Me tocaron doctores que en algún momento ya teníamos más confianza, eso me permitía platicar de diferente forma con ellos y me motivaban a hacer las cosas mejor y más rápido, lo que ayudaba al paciente y a mí creciendo como profesional”.

“Había doctores que tenían gusto por enseñar, eran respetuosos contigo y hacían que mejoraras en tu forma de actuar y en tener confianza en tus decisiones y habilidades como médico”.

El sentido de pertenencia dentro del equipo médico favoreció establecer relaciones positivas entre internos y médicos adscritos; consideran que la inclusión y la apertura al diálogo relacionado con la discusión de casos clínicos de los pacientes favorece la confianza entre el equipo, aumentando las oportunidades de aprendizaje y su capacidad de razonamiento clínico.

“Los doctores que te miraban como un miembro del equipo de trabajo eran muy buenos, nos permitían aportar y preguntar sobre el plan de los pacientes, esa estrategia fue fundamental para sentirnos confiados en torno a lo que sabemos y podemos hacer”.

Respecto a los conflictos que se suscitaron entre médicos adscritos e internos, el maltrato hacia el estudiante es de los principales ejemplos, donde el uso de palabras altisonantes y agresiones son los ejemplos más comunes.

“Había doctores que eran muy agresivos, se referían a nosotros con groserías, con malas palabras y actitudes, cuando no les habíamos hecho nada”.

“Los doctores te hablan como quieren, se llevan bien pesado, te comenzaban a hablar de tú o cuando no sabías algo te decían, ¡ay estás bien pendejo!”.

“Te veían como si fueras menos, como si fueras inferior a ellos, te hablaban de forma muy grosera”.

La desvalorización de las funciones del interno es considerada otro conflicto, los participantes exponen los argumentos de los médicos adscritos relacionados con su desempeño, lo que repercute directamente en la confianza y actitud del estudiante respecto a sus habilidades y la proactividad que tuvieran en el servicio.

“Por el hecho de ser interno, algunos doctores consideraban que todo lo haces mal, aunque estuvieras bien o incluso decían que lo que hacíamos no servía de nada”.

“En pediatría por todo me querían reportar, por todo consideraban que nuestro trabajo estaba mal hecho”.

La cuarta categoría *relación docente-alumno y aprendizaje*, hace referencia a las opiniones de los participantes respecto a los beneficios de llevar una adecuada relación con sus profesores, explorando la manera en que favorece su aprendizaje. El mantener una relación docente alumno adecuada, favorece a los participantes en desarrollar confianza con sus profesores con el fin de

formular preguntas sobre el proceso salud enfermedad de cada paciente, permitiendo *orientación profesional* durante el desarrollo de actividades, de la misma forma permite una enseñanza personalizada.

“Con quienes había buena relación o confianza, había oportunidad de preguntarles muchas cosas respecto a los temas y ellos tenían más actitud para enseñarnos”.

“Entre mejor te lleves con ellos, más te enseñan y en cualquier oportunidad puedes aprender de lo que ellos te comentan mientras los acompañas en los pases o cirugías”.

“Daba la oportunidad de aprender respecto a la relación médico paciente, nos hacían partícipes de las decisiones en el tratamiento y nos ayudaban a mejorar las técnicas de diagnóstico.”

Las relaciones interpersonales satisfactorias entre el docente y alumno favorecen la oportunidad de poder ser partícipe en diferentes procedimientos invasivos, consideran que el médico adscrito comienza a reconocer con mayor frecuencia el esfuerzo y las habilidades con las que cuentan, lo que permite acceder a la participación continua respecto la atención del paciente.

“Con que te lleves bien con un médico, pues te deja hacer más procedimientos, entonces si ya te conoce, comienzan a ver como trabajas y te dan más confianza a hacer más cosas”.

Otra ventaja respecto a las relaciones positivas se enfoca en el apoyo emocional y moral que pueden otorgar los docentes, relacionado con las necesidades y preocupaciones de los alumnos, tal como lo menciona el siguiente participante:

“Académicamente, mucho, moral y emocionalmente también, cuando no tenía donde dormir y comer, muchos médicos me apoyaron, me daban de desayunar o comer y me aconsejaban mucho”.

El trabajo en equipo y el establecimiento de relaciones interpersonales durante el internado de pregrado fue necesario durante el desarrollo del ciclo académico de los participantes, integrarse a un equipo ya establecido, donde las jerarquías son muy marcadas no fue tarea fácil para los internos, quienes al llegar a cada una de sus sedes se encontraron con respuestas positivas, pero también negativas del equipo médico y demás servicios. Dentro de las relaciones positivas, el compañerismo y las relaciones amistosas fueron pieza fundamental para que el participante sintiera comprensión y acompañamiento durante la realización de sus funciones, dentro del trabajo con el equipo médico y

demás personal, el respeto, la inclusión y el interés en el aprendizaje de los internos son considerados como puntos fundamentales para el establecimiento de relaciones positivas entre todo el personal, contrario a lo anterior, el maltrato, la falta de comunicación y la desvalorización en las funciones y calidad del trabajo que realizan los estudiantes son aspectos negativos dentro de las relaciones interpersonales que se establecen entre el personal de salud y los médicos internos.

Coincide con autores como Sánchez et al., (2008) quienes a través de un estudio cualitativo analizaron las expectativas y realidades antes las que se encontraron los médicos internos de una universidad mexicana; respecto a la inclusión dentro del equipo médico, refieren que el principal miedo fue encontrar un ambiente de trabajo hostil donde la inclusión al equipo sería difícil, la realidad se encontró dividida, por un lado en un ambiente de respeto y colaboración y por otro en donde el maltrato y la falta de comunicación entre médicos, enfermeras e internos se hizo presente.

La falta de comunicación es un aspecto a importante a considerar entre las deficiencias dentro del trabajo colaborativo, los médicos en ocasiones se consideran como los únicos que tienen la capacidad de tomar decisión respecto a la atención del paciente, en ocasiones reconocen la importancia del conocimiento y labor de otro tipo de personal principalmente del equipo de enfermería, no así de los médicos internos, estas acciones establecen relaciones jerárquicas que permiten la comunicación entre los dos primeros y excluye con frecuencia a los últimos, los malentendidos y las tensiones originadas por la diferencia de opiniones y asimetrías de poder interfieren en la comunicación y la colaboración efectiva originando poca satisfacción dentro del aprendizaje interdisciplinario y disminuyendo la productividad, lo que coincide con autores como Lancaster et al., (2015) y Topping et al., (2019).

En esta misma línea Abbas et al., (2011) refieren a través de su revisión sistemática que los médicos internos cuentan con actitudes positivas hacia el equipo multidisciplinario, apreciando la influencia en la atención del paciente, considerando que mejora la calidad de atención y fomentan su entusiasmo dentro de la planificación colaborativa dentro del equipo, lo que coincide con algunos comentarios de los participantes de nuestro estudio, donde los médicos internos consideran que mantener una relación adecuada con todo el equipo permite un aprendizaje colaborativo y da lugar a externar preguntas, pero también ideas que pueden repercutir de forma positiva en la evolución del paciente.

El aprendizaje y la adquisición de experiencia en el rubro de la relación médico paciente es importante dentro del futuro profesional del interno, sin embargo, no es en lo único que las relaciones docente- alumno ayudaron a mejorar a los internos, el apoyo moral y la orientación profesional,

permitió al estudiante mantener y desarrollar ética y humanismo en su quehacer profesional, promoviendo prácticas éticas no solo en la atención del paciente, posibilita mantener actitudes positivas basadas en el compañerismo y apoyo con el demás personal dentro del hospital. Del mismo modo, el apoyo que brindaron algunos docentes a sus alumnos en los ámbitos personal y moral permitió al interno mantener el sentido de pertenencia dentro del equipo médico dentro del hospital, coincide con autores como Fuentes et al., (2015).

Relaciones interpersonales negativas

El trabajo diario dentro del hospital genera la necesidad de establecer relaciones interpersonales entre todo el equipo de la salud incluyendo médicos, enfermeras, administrativos y demás personal; como se ha expuesto anteriormente, la dinámica puede resultar adecuada según la perspectiva de la persona generando relaciones de trabajo donde el respeto, la comunicación y el trabajo en equipo deben estar presentes. Sin embargo, los prejuicios, personalidad e ideas de cada uno de los integrantes pueden originar conflictos que se expresan con agresiones o situaciones incómodas, respecto a este tema las respuestas de los participantes se agruparon en tres categorías: 1) *Discriminación*, 2) *Violencia* y 3) *Acoso*.

La discriminación hace referencia a prácticas que niegan o impiden el acceso en igualdad a cualquier derecho o función, otorgando un trato desfavorable a una persona o grupo, en el caso particular de esta investigación a los médicos internos. Las respuestas se subdividieron en tres categorías en función de las personas que perpetraron los actos de discriminación: a) *Por el médico adscrito*, b) *Por el médico residente* y c) *Por el personal de Salud*.

Los participantes mencionan que los *médicos adscritos* discriminaban a los internos por su posición en la jerarquía dentro del equipo médico, consideraban que su labor no era adecuada y, por lo tanto, no debían ser partícipes de las decisiones y atención del paciente.

“Un doctor les dijo a los residentes enfrente del paciente, que somos unos inútiles, que por eso nos deben prohibir hacer las cosas, porque todo lo hacemos mal”

Derivado de los cambios positivos que se han implementado respecto a los derechos del interno, los *médicos adscritos* consideran que no es adecuado otorgar beneficios de descanso o salida en horas tempranas, por lo que muestran su inconformidad ante los alumnos y presionan a las jefaturas correspondientes para regresar a los lineamientos anteriores.

“A un doctor le molestaba que nos dieran la postguardía o nos dejaran ir a descansar, convenció a otros doctores y presionaron en enseñanza para que nos quitaran ese beneficio, lo lograron y nos terminaron diciendo, como yo lo viví así debes vivirlo también”.

Otra causa de discriminación se derivó de las características de personalidad de los alumnos, tal como expone la siguiente participante; la poca afinidad entre el médico y el alumno puede generar situaciones que excluyan al alumno de procedimientos, actividades y aprendizaje en compañía del profesor.

“Una compañera era muy cohibida, los doctores la excluían de todo, con comentarios de, ella no que no haga eso, ella que no entre a quirófano, les pedían ayuda a otros internos para pasar visita porque no querían convivir con ella”.

La discriminación por cuestión racial se consideró, a aquella que se asocia a características de la raza como el color de piel y rasgos faciales característicos, los participantes exponen actos discriminatorios de residentes hacia ellos por tener rasgos diferentes al resto del equipo.

“Me discriminaba por ser moreno, cuando estuvimos 15 días juntos en guardias siempre me evitaba y no me pedía nada de pendientes, cuando le pregunte a un residente si sabía algo me comentó que ella ha expresado su rechazo a la gente de tez morena”.

“A otra compañera igual morena que era de su guardia original, nunca le hablo y hacía como si no existiera”.

“Una residente me ignoraba, aunque le estuviera notificando cosas urgentes respecto al paciente, pero a mi compañero que era güerito y de facciones finas, le hacía caso para todo”.

La discriminación de género tiene bases en la creencia que un sexo es superior al otro, otorgando habilidades, derechos y privilegios a una persona sobre otra; en el caso de esta investigación, los participantes mencionaron situaciones donde se colocaba a la mujer en una posición de desventaja excluyéndolas del equipo de trabajo y evitando su participación en futuras actividades.

“Los residentes e incluso las mujeres nos creían incapaces, decían... Ustedes ni siquiera creo sean capaces de lograr una curación o presentar una interconsulta, mejor nosotros lo hacemos quítense”

“Al término de la rotación, las y los residentes nos preguntaron, ¿Quiénes son los próximos internos que van a rotar?... preguntaron además si eran más hombres, al saber que sí, se emocionaron y dijeron, que bueno porque con las mujeres de verdad no se puede y no queremos”.

“Yo soy mamá, pero la verdad nunca dije que tenía una hija, porque con ese ambiente seguramente me iban a atacar por toda la misoginia que se cargaban”.

Dentro del personal de salud, particularmente en el personal de enfermería fueron quienes discriminaban a los médicos internos por considerarlos sin capacidades y por ello, sin derecho de poder participar en procedimientos y en la atención del paciente, por lo que solicitaban a los médicos les restrinjan su participación durante las cirugías e ignoraban sus indicaciones o peticiones durante sus funciones en cirugía u hospitalización.

“Las enfermeras en hospitalización me llegaron a decir, que ellas no seguían indicaciones de médicos internos, que si queríamos nosotros lo hiciéramos, aunque lo que se indicara fuera función de ellas, se daban la vuelta y me ignoraban”.

“En cirugía, una vez una enfermera quirúrgica, ay doctor ¿Por qué deja entrar y ayudar al interno? Ellos no saben y además son bien lentos, vamos a salir bien tarde y ya me quiero ir a comer, sáquelo del quirófano”.

“En el quirófano, al presentarme con la enfermera quirúrgica y al especificarle amablemente mi número de guantes solo se río, me ignora y no puso mis guantes para calzarme y vestirme para el procedimiento, para todo el demás equipo si lo hizo”.

La segunda categoría *violencia*, hace referencia a las acciones en donde se hace uso intencional de la fuerza física o el poder contra otra persona o grupo de personas y que causa lesiones, daños psicológicos, así como alteraciones en el desarrollo; estas acciones fueron realizadas por personal médico y demás personal de salud, las respuestas se organizaron en tres subcategorías: a) *violencia verbal*, b) *violencia psicológica* y c) *violencia simbólica*.

La *violencia verbal* refiere a la verbalización de frases, palabras o comentarios que se proponen afectar la dignidad o la autoestima de la persona agredida a través de insultos y humillaciones. Dentro del ámbito hospitalario la convivencia cercana con el personal de salud en todo momento hace susceptible al alumno en recibir comentarios que se consideran dentro de esta categoría, particularmente las alumnas se encuentran expuestas a situaciones derivadas de

comentarios relacionadas con su género y las características socialmente establecidas para ellas:

“En una cirugía yo estaba tomando los separadores y considero estaba haciéndolo correctamente, el adscrito me grito y dijo, ¡Ya suelta! Ustedes se creen muy chingonas, pero para que vean lo que de verdad se necesita en la cirugía, nunca me habían dicho algo así por ser mujer, nunca pensé que me iba a pasar”.

De igual forma, la orientación sexual es causa frecuente de comentarios e insultos que impactan en la dignidad de la persona, los alumnos se encuentran expuestos ante comentarios de sus profesores y demás personal al compartir experiencias, gustos u objetivos personales donde los estereotipos según la preferencia sexual fueron objeto de ofensas por los demás miembros del equipo, tal como lo exponen los siguientes participantes:

“Me tocó escuchar como doctores les decían a mis compañeros homosexuales, “eres puto”, aunque muchos lo tomaban a juego, no era cierto, porque si lo decían de forma despectiva y enfrente del paciente”.

“En una cirugía a un compañero, solo por decir que quería ser dermatólogo, empezaron a decirle sobre sus preferencias sexuales, le preguntaban si elegía eso por “ser puto”, él se quedó callado, pero seguían diciéndole cosas horribles por ser homosexual”.

El trabajo en equipo con otros integrantes del personal de salud es esencial para el desarrollo de las funciones diarias con relación a la atención del paciente, cada miembro cuenta con funciones establecidas, por lo que necesita documentos, insumos y materiales en específico que en ocasiones deben ser compartidos entre varios; la falta de comunicación y los errores no intencionales originan discusiones entre el equipo de trabajo que en ocasiones derivan en actos de violencia.

“Me llevé por error las hojas de enfermería para hacer un alta, regresé a pedir disculpas a la enfermera, pero ella ya estaba súper enojada me dijo, no me pidas disculpas porque no te perdono, no me importa que vuelva a pasar, me gritó horrible, la paciente me defendió, pero nos terminó gritando a las dos”.

Los comentarios anteriores si se presentan de manera constante pueden generar en el interno depresión, aislamiento, así como afectar en su autoestima; evidentemente estamos hablando de *violencia psicológica*, los participantes describen humillaciones y comentarios que afectan el valor que tienen sobre su desempeño como médicos y como personas.

“Cuando te dicen que eres un inútil, un bueno para nada, eran palabras que trataban de afectar tu valor, mucho emocionalmente, pero también repercutía en la confianza que teníamos en nosotros mismos”.

“Normalizamos cosas cuando estás dentro, pero cuando sales te das cuenta de que te tratan súper mal, cuando te insultan enfrente del paciente te bajonea un poco, si te hacía pensar ¿Qué estabas haciendo ahí entonces?”.

Un tipo de agresión llevado a cabo por médicos adscritos, residentes, personal de enfermería, camilleros y laboratorio hacia los médicos internos es la *violencia simbólica*, este tipo de agresiones se consideran invisibles, las cuales se encuentran implícitas en las relaciones asimétricas de poder y establecidos por roles sociales, estatus y posición laboral en donde el agresor ejerce un daño indirecto que no es de tipo físico.

“Tanto el personal de enfermería como los laboratoristas e incluso algunos camilleros si te trataban de la patada, con comentarios como, yo tengo base y tú nada más vas a estar aquí un año”.

“Siempre escuchas malos comentarios, siempre te regañan por todo, sin importar que sean camilleros, enfermeras, administrativos o intendentes, siempre quieren rechazarte todo por el hecho de ser interno”.

“Qué horror que no te puedan llamar por tu nombre, para todo es el interno, la interna, los internos y lo dicen de forma despectiva, somos personas y trabajadores como todos los que están ahí”.

La tercera categoría referente al *acoso* describe aquellas acciones de hostigamiento o insistencia hacia una persona que implica generar incomodidad, molestia o daño; por lo tanto, es una conducta de naturaleza ofensiva que ocasiona angustia en la persona afectada, se obtienen las siguientes subcategorías: a) *acoso laboral*, b) *acoso físico* y c) *acoso sexual*.

El *acoso laboral* hace referencia a las acciones que buscan producir miedo y desánimo dentro del espacio de trabajo, en este caso dentro del hospital a través de actos negativos y hostiles de dos tipos: horizontal, es decir entre compañeros y vertical, perpetuado por jefes o personal de mayor jerarquía.

“Una compañera en las guardias, cuando iba al baño o a dejar laboratorios, su residente le marcaba cada dos minutos preguntándole ¿Dónde estás?, una vez que

estaba en el baño ella le dijo que estaba haciendo y él respondió, eres interna no puedes ir al baño ¡regresa ya!”.

“Había doctores en ginecología que tenían la carpeta con formatos enfrente, aun así, hacían que tú les pasaras la carpeta y les buscaras el formato, aunque literal todo lo tenían a la mano, pero lo hacían para les hiciéramos todo”.

“Te molestaban constantemente para que les compraras comida, o hiciéramos notas o funciones que les correspondían a ellos, justificando que por ser internos nos equivocábamos en todo”.

El *acoso físico* consiste en el hostigamiento de forma constante e invasiva a la víctima con el objetivo de establecer un contacto contra la voluntad, incluyendo acciones como espiar a una persona, perseguirla, amenazar, entre otras. Este tipo de acoso fue descrito por alumnas que a través de sus experiencias narran situaciones donde las proposiciones son de parte del personal médico y equipo de salud, tal como se expone en los siguientes párrafos:

“Con un médico jefe de servicio, me mandaba mensajes tipo ¿a qué hora vas a bajar a cenar?, siempre me decía, voy por ti, vamos a cenar o dar la vuelta al hospital, lo peor es que a veces si me iba a buscar, aunque no le contestara”.

“Alguien de cocina me acosaba, preguntaba por mí y se me quedaba viendo cada que iba, checaba que días iba al hospital, que días me quedaba de guardia, e incluso se la pasaba rondando los pasillos de hospitalización para ver si estaba, me daba miedo que me hiciera algo”.

“Un camillero en una guardia de fin de semana trasladó a todos mis pacientes a estudio, puesto que era el único en el servicio, en el último paciente que llevo me dijo, ok yo lo llevo doctora, pero me tiene que aceptar una salida, me comenzó a coquetear todo el camino hasta llegar a imagen”.

El *acoso sexual* hace referencia a todo tipo de conductas intimidantes y coercitivas de naturaleza sexual, las cuales pueden ser físicas, verbales y no verbales, actos de violencia con tocamiento o acercamiento no deseado, comentarios o apelaciones al aspecto físico y vida de la persona agredida, así como comentarios y gestos de naturaleza sexual:

“Un doctor se llevó a una compañera y no la dejaba bajarse del carro, le dio mucho miedo y no quiso denunciarlo con ninguna autoridad para evitar represalias”

“La jefa de unidad tocoquirúrgica nos hacía comentarios tipo piropo de connotación sexual a mis compañeros y a mí, era muy incómodo”.

“En una cirugía el doctor se me acercaba mucho, esa vez cuando yo estaba agarrando los separadores, me dijo, tienes que agarrarlos muy fuerte como si fuera el pene de tu novio, no dije nada, pero si me saco de onda, a las enfermeras les decía cosas y también se acercaba mucho a ellas para tocarlas, no quise volver a entrar a cirugía con él”.

Los participantes refieren que el acoso fue durante el desarrollo de actividades diarias, tanto hombres como mujeres son susceptibles a este tipo de comentarios, proposiciones y acercamientos. El siguiente testimonio de una participante expone un acto de acoso, pero también el apoyo y orientación de personal y autoridades cuando se notifican estas situaciones.

“Estaba esperando los resultados de un laboratorio... de repente el laboratorista comenzó con comentarios respecto a invitarme a salir... cuando voy a tomar la hoja [llora] me jala de la cintura hacia él, bajo su mano hasta tocar mis glúteos, entre en pánico, me hice atrás y me dice que me invita a pasar al laboratorio de atrás, salí corriendo muy asustada”

“Mis adscritos y residentes fueron a encararlo y él negó todo, me acompañaron a meter un oficio ahí en hospital, se fue un mes sin goce de sueldo y actualmente llevo el proceso por fuera en el ministerio público”.

Dentro del hospital, el trabajo en equipo interdisciplinario es parte esencial de las habilidades con las que debe contar cada integrante del equipo de salud, en apartados anteriores queda claro que la comunicación, el respeto y la capacidad para identificar las funciones y la importancia de cada integrante permiten desarrollar un trabajo en equipo adecuado y productivo. En este apartado se integran diferentes vivencias de los participantes que son considerados como parte de las relaciones negativas con los integrantes del equipo de salud; es así como la discriminación, violencia y acoso presentaron diferentes características donde interactúan en distintos escenarios los internos y victimarios

La discriminación del médico interno de pregrado fue una vivencia común durante el quehacer diario de esta etapa formativa, los principales agresores fueron médicos adscritos, médicos residentes y particularmente el personal de enfermería. La cuestión racial fue una de las causas de esta discriminación, al respecto Fuentes et al., (2015) en una investigación que realizó, encontró que

más de un tercio de los internos fueron objeto de discriminación; el que los internos de tez morena fueron ignorados por médicos adscritos o residentes y evitaban tener contacto o realizar trabajo en conjunto con ellos, coincide con lo reportado por Fnais et al., (2014) y Chávez et al., (2016), quienes determinaron que con relación a la discriminación racial y cultural los grupos más vulnerables son todos aquellos que no pertenecen a la raza blanca.

Las vivencias relacionadas con la discriminación por cuestión de género coinciden con lo analizado por autores como Brown et al., (2020); Fnais et al., (2014) y Giankos et al., (2022), quienes describen que la discriminación de género fue mayor en mujeres en comparación de los hombres. Las médicas internas deben trabajar el doble para recibir el respeto de pacientes y personal de enfermería y así poder otorgar atención al paciente. Estos mismos autores mencionan que la discriminación por cuestión racial o cultural afecta mayormente a los hombres y la discriminación por género a las mujeres, el estereotipo respecto a la debilidad de las mujeres continúa vigente dentro del ámbito hospitalario, subestimando la capacidad de las médicas internas para realizar actividades tanto académicas, habilidades prácticas dentro de hospitalización y dentro del quirófano; lo que coincide con algunas vivencias de las participantes en nuestro estudio.

La violencia fue otra relación interpersonal negativa, que se presentó con frecuencia dentro del hospital, de forma similar a la discriminación fue ejercida principalmente por médicos adscritos y residentes, así como otro personal de salud como enfermeros, residentes y laboratoristas, las tipologías de violencia más comunes fueron la verbal y psicológica, la primera siendo la más común se hizo visible a través de insultos, groserías, tratos despectivos, entre otras. La segunda con manifestaciones similares a la primera, pero con objetivos que buscaron humillar, desvalorizar el trabajo del interno, así como disminuir su confianza sobre las capacidades y conocimientos con las que contaba, en ambos el escenario más común fue dentro de áreas de hospitalización, junto a la cama del paciente y en ocasiones en las oficinas donde desarrollaban sus funciones.

Diferentes autores describieron y analizaron la violencia a internos dentro de centros asistenciales, donde algunos coinciden con los resultados de nuestro estudio, Abate y Greenberg (2023); Fuentes et al., (2015); Fnais et al., (2014); Giankos et al., (2022) y Szafran et al., (2021), determinaron que la mayoría de los médicos internos sufrió maltrato el cual fue perpetuado principalmente por médicos adscritos, residentes y enfermeras, la violencia verbal fue visible por un trato grosero con insultos y gritos, la tipología psicológica por humillaciones y críticas hacia su persona o labor como médicos frente al paciente, ambos similares a las vivencias descritas en el análisis del presente estudio, contrario a esto la tipología de tipo física fue visible por golpes sutiles durante los pases de visita o durante procedimientos quirúrgicos utilizando la mano o instrumentos

para llevar a cabo estas acciones, lo cual no concuerda con esta investigación al no encontrar ninguna vivencia referente a la violencia física en nuestros participantes.

Dentro de las relaciones interpersonales negativas, otra tipología fue la violencia simbólica, la cual fue ejercida por médicos adscritos del hospital, y residentes; así como por enfermeros y laboratoristas; con respecto a esta última, la existencia de jerarquías es necesaria dentro de la cultura organizacional de cualquier equipo. Sin ser la excepción, dentro de los servicios de salud y en especial dentro del entorno intrahospitalario, estas jerarquías son muy marcadas, dando idea a los internos del poder que pueden tener sobre ellos, en especial sobre aquellos que se integran recientemente a los equipos de trabajo interdisciplinarios. Es así, que los internos en su papel de aprendices de recién ingreso y que cuentan con un papel temporal dentro de sus sedes viven estas asimetrías de poder, siendo objeto de comentarios que buscan menospreciar el papel que tienen dentro del equipo. Este tipo de violencia poco estudiada coincide con lo reportado por Abate y Greenberg (2023) y Albarrán (2020) quienes consideran que este tipo de violencia se basa en las asimetrías de poder entre médicos, enfermeras e internos al ignorar a este último dentro de las funciones y decisiones del equipo, marginando y obstruyendo su aprendizaje, en esta misma línea consideran que una expresión común de este tipo de violencia es cuando los demás integrantes se atribuyen el mérito del trabajo de los estudiantes.

El acoso laboral se presentó en ambos sexos, este tipo de acoso se relaciona con el constante hostigamiento de los médicos adscritos o residentes a los internos durante la realización de sus funciones, con el objetivo de que este último realizara todas las actividades que le indicaban en el menor tiempo posible; esto coincide con Szafran (2021), quien menciona que los médicos internos y residentes sufrieron acoso laboral a través de un aumento en la carga de trabajo o implementando castigos que afectaban sus horarios de entrada o salida, así como también el acceso a espacios u horarios de alimentación.

El acoso físico y sexual fue otra experiencia desafortunada que viven particularmente las médicas internas por médicos adscritos, laboratoristas y camilleros tanto en áreas de hospitalización como en zonas quirúrgicas. Las agresiones incluyeron insinuaciones, comentarios sexistas y tocamientos, lo que coloca a las estudiantes en situación de vulnerabilidad dada la gran cantidad de tiempo que pasan en los espacios hospitalarios durante este año de formación. Datos similares fueron reportados por Abate y Greenberg (2023) y Giankos et al., (2022) quienes en una investigación encontraron que las agresiones sexuales incluyeron coqueteos, insinuaciones a favor de procedimientos o calificaciones, acercamientos y nombres o comentarios sexistas de forma individual o frente a pacientes, enfermeros y médicos; también mencionaron que la mujer se encuentra

mayormente afectada en comparación de los hombres, marcando una tendencia clara de abuso y violencia de género. Ante esto, son limitadas las acciones tomadas por las y los afectados, así como la intervención de las autoridades de las sedes, en algunos casos las denuncias procedieron en aspectos legales y administrativas dentro y fuera del hospital, mostrando un adecuado apoyo y orientación a los alumnos que sufrieron estas situaciones. Por otro lado, existen alumnos que refieren no denunciar estos hechos por el miedo a represalias o por la falta de intervención de las autoridades correspondientes derivados de la amistad que tienen los jefes de enseñanza con el equipo médico, lo cual coincide con Fuentes et al., (2015); Arora et al., (2010) y Chávez et al., (2016).

Relación Médico Paciente

El internado médico es un ciclo académico que permite establecer una relación médico-paciente más estrecha entre el estudiante y el paciente; la permanencia en el hospital durante un año ininterrumpido permite al alumno desarrollar habilidades de comunicación y obtener confianza sobre la atención del paciente. En este apartado de preguntas se exploran las estrategias y actitudes que permiten al alumno establecer una adecuada relación médico paciente y los conflictos que se suscitaron durante la atención del mismo, las respuestas se agruparon en tres categorías: *1) aspectos que facilitan la relación médico paciente, 2) aspectos que dificultan la relación médico paciente y 3) conflictos durante la atención del paciente.*

La primera categoría *aspectos que facilitan la relación médico paciente*, describe las acciones de pacientes y de internos, así como las estrategias para lograr una adecuada relación al brindar atención médica. Aspectos como el respeto y la comunicación, una buena presentación y el otorgar una atención respetuosa en la que se explican los procedimientos, diagnósticos y planes terapéuticos es considerado por los médicos pasantes como puntos y estrategias fundamentales que generan confianza en el paciente y dan oportunidad a que este pueda preguntar y clarificar de forma satisfactoria todo lo relacionado con su atención:

“Ayudaba mucho cuando nosotros éramos respetuosos con ellos, siempre saludando y presentándonos, diciéndoles todas las cosas, obviamente no pasándonos de lo que era nuestra responsabilidad y saber que se trata de otro ser humano, de otra persona que puede ser el familiar, de alguien que puede ser padre, madre, hijo de alguien más”.

“Es que yo a todos los pacientes les hablaba con respeto, me presentaba, ser paciente, tratarlo tranquilo, no hablar como si fuera un ignorante ni nada, incluso si tienen dudas de esa forma, explicarlo de la manera más sencilla posible para que justamente tengan esa confianza en ti y que al menos sepan que hay alguien a pendiente de ellos”.

“Siempre traté de hacer las cosas bien y de buena manera, con ánimos, es para el bien de esa persona, eso les daba seguridad y confianza en nosotros”.

Otro aspecto que facilita el desarrollo de la relación médico-paciente fue relacionado con la cooperación de los pacientes visible a través de la confianza que se otorga al interno y la comunicación. La confianza brindada por los médicos adscritos sobre el interno para que pueda participar durante las actividades como pase de visita o consulta, permite al paciente desarrollar confianza en el interno al comprobar que cuenta con conocimientos y está adquiriendo experiencia para llevar a cabo una atención de calidad.

“En mi hospital, la gente que llegaba era muy cooperadores, todos buscan la manera de ayudar al familiar y es algo que aprendí en el internado, aunque a veces el familiar no entienda que es lo que tiene el paciente, pero sabe que las intenciones que tienes con su familiar son para ayudarlos”.

“Creo que lo que facilitó en este caso es que como te veían vestido de blanco literal, era como el doctor, la doctora y eso hacía que como que confiaran más en lo que estabas haciendo, en lo que les estabas diciendo, en cómo les hablabas y cómo se dirigían a ti, con más respeto”.

“Yo siento que lo que benefició mucho fue que en ningún momento los médicos de base me limitaron, a que yo fuera la quien se acercara a los pacientes. Jamás me dijeron como de no, tú no toques al paciente, tú no, no le preguntes, no te metas”.

Con respecto a la categoría de los *aspectos que dificultan la relación médico paciente*, fueron algunas acciones, actitudes y comentarios del interno, paciente o familiar que no permitieron establecer una adecuada relación y atención del paciente; por ejemplo, para los estudiantes un reto son las habilidades de comunicación respecto a la *capacidad para comunicar noticias o informes difíciles* sobre el estado de salud de los pacientes.

“Creo que las únicas situaciones donde llegué a tener dificultades eran cuando llegaron códigos negros, llegaban ya muertos y los llevaba la familia, es lo único difícil que llegué a tener, ese proceso de duelo que tú quisieras, ayudarlos, y no puedes”.

La *discriminación al interno* ejercida por el paciente o familiares es otra causa que dificulta las funciones del interno, los participantes consideran que la creencia sobre la falta de conocimientos o experiencia es la razón por la que los pacientes limitan el actuar del interno en la atención y

procedimientos que deben realizarles.

“Hubo un paciente que firmo que no quería ser visto ni intervenido por un médico interno, él refería que quería ser atendido y visto por un médico real”.

De la misma forma, el personal médico y de enfermería ejercía comentarios discriminatorios al interno frente de los pacientes lo que generaba desconfianza en los familiares y enfermos sobre la calidad de atención que los estudiantes podían otorgarles.

“Las enfermeras y doctores decían a veces frente del paciente, es que es el interno, no es médico, ahí los pacientes comenzaban a desconfiar y ya no dejaban que les sacaras sangre, los exploraras o interrogaras”.

La falta de aseo, la vestimenta poco profesional y las habilidades de comunicación deficientes son consideradas por los participantes como causas que dificultan dicha relación y generan que la respuesta del paciente sea hostil y que no exista confianza en el interno, lo que es interpretado como una actitud “poco profesional”.

La tercera categoría: *conflictos durante la atención del paciente* incluye conflictos, amenazas, diferencias de opiniones entre el interno y el paciente o familiar de este. Una causa de conflictos común para los internos fue la falta de cumplimiento de funciones de otro personal; por ejemplo, los trámites con respecto a traslado de pacientes a otras unidades corresponden a los directivos y jefes de servicio en turno. La ausencia del jefe inmediato o el fallo en la documentación de este proceso originó discusiones entre el familiar y el interno en busca de una solución rápida.

“Había compañeros que entraban a las habitaciones de mala gana, sin buen aseo y con el uniforme sucio y mal puesto, no se presentaban y no se dirigían con respeto al paciente, eso ocasionaba que el paciente desconfiara de ellos y hasta les respondieran de forma grosera”.

“Un familiar me reclamó, porque no llegó la ambulancia, fue porque el director se fue a dormir y no había quien me sellara y firmara las solicitudes, me gritó diciendo que todo era mi culpa... le dije que lo platicara con el jefe de servicio pues él era el responsable de ese traslado”

“Una familiar me amenazó con su placa de policía porque no le hacíamos la prueba COVID a su familiar, pero las pruebas estaban bajo llave con el director el cual no aparecía en ningún lado”.

Otra causa de conflictos es con relación al desabasto de medicamentos (lo requiere, pero no lo hay) o el que los familiares soliciten procedimientos o estudios que no necesita el paciente (desde la perspectiva del médico), al recibir una respuesta negativa ante tales solicitudes los pacientes agreden al médico interno quien no tiene la posibilidad de otorgar una solución adecuada según los protocolos administrativos.

“Cuando roté en jefatura clínica... los pacientes se enojaban cuando no había los medicamentos controlados, una señora me gritó y dijo, ¡pinche muerta de hambre! ¡Por mí tragas, recuérdalo!, pero al final no es mi culpa, es de muy atrás”.

“Una paciente en trabajo de parto llegó exigiendo una cesárea, la revisé y todo estaba bien para un parto, me dijo que no, que a ella su doctor particular le dijo que era mejor cesárea, comenzó a gritarme y se puso muy violenta”.

El desarrollo de habilidades respecto a la relación médico paciente durante el internado médico fue un aprendizaje significativo para los médicos pasantes, la resolución de conflictos y la mejoría en las habilidades de comunicación fueron los retos más comunes. La permanencia ininterrumpida de los internos dentro del servicio posibilitó una mayor convivencia con los pacientes, lo que permitió el seguimiento a las necesidades su evolución. Esto generó en el interno una mayor sensación de responsabilidad con relación al cuidado y mejoría del paciente; lo que coincide con las expectativas y realidades que presentaron los médicos internos en el estudio de Sánchez et al., (2008) y Deng et al., (2021). Es importante enfatizar, que dichos autores recomiendan que el médico interno obtenga reconocimiento y apoyo mientras realiza sus funciones y reciba orientación en la compleja relación médico-paciente. De la misma forma, consideran que el exceso de trabajo es un desafío que puede afectar esta relación; lo que concuerda con las experiencias de los participantes. Así mismo, coincide con las experiencias de quienes al recibir orientación u apoyo durante los conflictos que se presentaban, podían mejorar sus habilidades de comunicación y encontrar soluciones efectivas relacionadas con las peticiones de los pacientes, aumentando su confianza y tomando como experiencia dichas situaciones para problemas y conflictos futuros.

Con relación a la comunicación dentro de la relación médico-paciente, los médicos pasantes consideran que el demostrar interés durante la conversación y revisión del paciente, escuchar de forma atenta y explicar con lenguaje adecuado y entendible, permite mantener un diálogo fluido, efectivo que repercute positivamente, en que el paciente deposite su confianza en el interno durante la atención que le proporciona. Dichas estrategias son similares a las que reportan Turner et al., (2020) y Strom et al., (2023). De la misma manera, la vestimenta y la comunicación no verbal son importantes para

mantener una adecuada comunicación, esto forma parte del *habitus* médico que el interno comienza a formar durante su educación y que durante el internado se afianza en mayor medida.

La relación médico paciente forma parte de los objetivos curriculares de la carrera de Médico Cirujano y en particular de los programas de internado, la formación del médico se desarrolla durante la atención a los pacientes a través de la observación directa y durante la atención que realizan los médicos adscritos y residentes en escenarios clínicos como consultorio u hospitalización; por lo tanto, este tipo de aprendizaje puede considerarse dentro de las enseñanzas del currículo formal causando un impacto positivo en la formación del médico tomando las actitudes y estrategias de los profesores para implementarse en su práctica futura. Por el contrario, la falta de ética y actitudes poco profesionales de los médicos adscrito y residentes observadas por el interno en su práctica cotidiana forman parte del currículo oculto y podrían fomentar en ellos la réplica de estas acciones dentro de su ejercicio profesional.

Por último, con respecto a los conflictos presentados por los internos durante la atención del paciente, las principales causas estuvieron relacionadas con cuestiones administrativas, donde la coordinación y adecuado desempeño de otro tipo personal era necesario para evitar los conflictos. La desvalorización del nivel de conocimiento y las funciones y del interno por parte de personal médico y de otras áreas, afecta negativamente la percepción y confianza que tienen los pacientes sobre los médicos en formación, lo que puede generar desconfianza y dar lugar a que se presenten agresiones verbales al interno y discriminación. Esto es opuesto a lo encontrado por Mota et al., (2019) quienes consideran que de los conflictos presentados no se asocian a la edad, el género y la experiencia basada en años de práctica; para ellos, la vulnerabilidad social de los pacientes y las comorbilidades son consideradas las principales causas de conflicto. Estas diferencias pueden deberse al contexto sociocultural donde se realizaron dichas investigaciones; al ser un estudio europeo las necesidades de salud de la población y la organización de los sistemas de salud resulta diferente al latinoamericano y en particular al de nuestro país.

Trabajo en equipo con el personal de Salud.

La convivencia del médico interno no solo con el personal médico y en general con el personal de salud es necesaria para el buen funcionamiento de cada servicio; el personal de enfermería, camilleros, laboratoristas y personal administrativo cumplen una función primordial en la atención integral del paciente. Al explorar este aspecto, se obtuvieron tres categorías: 1) *Percepción del personal sobre los médicos internos*, 2) *Trabajo en equipo con el personal de salud* y 3) *Sugerencias para mejorar el trabajo en equipo*.

La primera categoría *percepción del personal de salud sobre los médicos internos*, hace referencia a los comentarios y adjetivos calificativos que el personal de salud y el equipo médico otorgan a los médicos internos con relación a su actitud, desempeño y labor dentro del hospital, se subdividió en dos categorías: a) *opinión desde la perspectiva del personal médico* y b) *opinión desde la perspectiva del personal de salud*.

Los comentarios de parte del personal médico son encaminados hacia la percepción en la calidad y cantidad de trabajo que realizaban los médicos internos, hacen alusión a las habilidades clínicas con las que cuentan y desvalorizan su papel dentro del equipo médico.

“Todos decían que no sabíamos hacer nada, que no sabemos atender, diagnosticar ni dar un simple tratamiento”

“Siempre nos decían, no haces nada y solo estás aquí para hacer notas y aun así ni para eso sirves, ni eso haces bien”.

En la misma línea sobre la cantidad y calidad de trabajo, un término coloquialmente utilizado entre el personal médico es el de “Mandrake” un adjetivo que se otorga a los médicos internos o residentes que buscan deslindarse de sus responsabilidades o realizar poco trabajo, del mismo se origina el término “Mandrakear” el cual se refiere a las acciones que tienen por objetivo evitar realizar las funciones que les corresponden o estar dentro del servicio.

“Siempre decían que nos íbamos a mandrakear, que nos desaparecíamos y que no servíamos para nada”

“Decían que éramos unos mandrakes, unos flojos y que ahora no nos gustaba trabajar”.

Otro comentario muy común del personal médico se relaciona a la imposibilidad de poder maltratar al interno, de aplicar castigos y de no respetar los derechos del mismo con respecto a alimentación u horarios debido a que los internos no se dejan y se defienden o, porque la Jefatura de Enseñanza está al pendiente de ello y no lo permite.

“Siempre decían que nos tenían muy cuidados por enseñanza y que por eso nos sentíamos intocables”

“Se enojaban y decían que ya nos tienen que respetar a fuerzas porque ya nos defendemos y no dejamos que nos traten como ellos quieren”.

Los participantes emiten su opinión ante los comentarios del personal médico respecto a su trabajo:

“Me enoja que descalifiquen nuestro trabajo, porque si de verdad no les gusta, entonces que lo hagan ellos, al final todo lo que hacemos no nos corresponde, a ellos si les pagan por hacerlo”.

“Los tiempos han cambiado poco a poco y todavía falta, pero en general ya no nos da miedo que nos castiguen y eso les afectaba más a ellos”.

“A mi parecer es distinto a cuando ellos estudiaron y fueron internos, su experiencia habla, pero ahora la cantidad de conocimientos que tenemos que manejar para titularnos es mucho mayor a la que ellos tuvieron que aprender”.

Respecto a los comentarios del demás personal de salud, los participantes refieren que son encaminados hacia una comparación entre generaciones anteriores y adjetivos relacionados con la debilidad que consideran tienen los internos o con la capacidad de estos de hacer valer sus derechos.

“Siempre dicen, ya no los hacen como antes, ya no son como antes, en mis tiempos las buenas generaciones no se quejaban de esto”

“Nos llaman enfrente de los pacientes y a nuestras espaldas, flojos, débiles y que ya no aguantamos”.

Otro tipo de comentarios se encuentran relacionados con la desvalorización del interno como parte del equipo de salud, culpándolos, aunque ellos no sean responsables de los errores, disminuyendo la importancia de sus funciones y considerando que son un “estorbo” dentro del hospital.

“Siempre culpan al interno, tienen un dicho entre ellos y los doctores, siempre es culpa del interno, no importa que sea, pero siempre será culpable”.

“Son buenos para criticar; para todos, el interno es menos, escuché como decían que el interno es menos que un estudiante y que era menos que un bote de basura”.

“Los camilleros nos hablaban y se referían a nosotros como si fuéramos cualquier cosa, se burlaban de nosotros y decían que éramos nada”.

Si bien, los entrevistados refiere bastantes comentarios negativos por parte del personal de salud hacia su desempeño, algunos describen comentarios y acciones del personal de salud que

consideran se encuentran en la línea del respeto y que ayudan a mejorar el trabajo en equipo.

“Nunca escuché algo negativo, siempre fueron respetuosos, y aunque hay gente más paciente que otras, nunca se rompió esa relación de respeto, lo que considero ayuda a que trabajemos bien y en equipo”.

La segunda categoría, *trabajo en equipo con el personal de salud*, describe la dinámica de trabajo y estructura organizativa dentro del ámbito hospitalario entre médicos internos y demás personal de salud lo que incluye al personal de enfermería, camilleros, laboratorio y administrativos. Respecto a la descripción de la dinámica de trabajo, los participantes consideran que la comunicación y el respeto entre las diferentes áreas es esencial para tener un trabajo fluido y esto ayude en la mejoría del paciente.

“Había gente con quien había buena comunicación y eso nos ayudaba entre todos para hacer las cosas bien y rápidas y por lo tanto, ayudaba al paciente”

“Entre todos nos apoyábamos mucho, en urgencias las enfermeras y nosotros trabajábamos muy bien en equipo, siempre estábamos ambos al pendiente de las indicaciones y si había dudas nos comunicábamos para el bien del paciente”.

“Había enfermeros y enfermeras que, si te ayudaban mucho, cuando no sabías hacer algo o no te salía la muestra pues ellos te ayudaban”.

Por otro lado, una participante menciona que la solicitud de apoyo al personal de camilleros se encuentra condicionado a coqueteos o proposiciones, lo que consideran no es adecuado y no permite un trabajo en equipo basado en la comunicación y el respeto.

“Ser mujer tiene importancia, si un compañero le pide al camillero ayuda para llevar a un paciente, lo ignoran, pero si una mujer le dice que lo haga, rápidamente va por el paciente eso sí, siempre van coqueteando o invitándote a salir durante el camino, es una moneda de cambio muy injusta”.

Con relación a los conflictos, una causa de ellos fue la diferencia de opiniones respecto al juicio clínico y justificación de estudios entre el personal de imagen y los médicos internos; el participante mencionó que al no coincidir en opiniones el médico a cargo del servicio de imagen emitió amenazas para futuras solicitudes de estudios.

“En una ocasión recibí una amenaza, yo sabía que no tendría alteración el estudio y no estaba justificado, pero el adscrito me obligó a presentarlo, la jefa discrepó del diagnóstico al analizar las imágenes del paciente y me dijo que en mi vida regresara a ese servicio a pedir un estudio porque me cerraría la puerta”.

Otro tipo de conflictos que refieren se suscitaron con el demás personal de salud principalmente camilleros y laboratoristas. Respecto a los camilleros los participantes comentan que al solicitar la movilización o traslado del paciente a estudios de imagen los camilleros mostraban su enojo al expresar que no eran tiempos adecuados para solicitar el servicio; por otro lado, mencionan que con el personal de laboratorio el rechazo de muestras o malos tratos por parte de este servicio era muy común, lo que imposibilitaba tener un adecuado control de laboratorios y tratamiento en el paciente.

“Los camilleros entran a las 2, conseguimos una endoscopia 2:30 y le solicitamos al camillero que llevara al paciente, se enojó y nos regañó porque decía que esas no eran horas para pedir estudios, que apenas iba llegando y todavía no quería trabajar”

“El ambiente era muy tóxico, los de laboratorio cuando no querían trabajar te regañaban cuando les llevabas muestras o te las tiraban a la basura diciendo que las tomamos de forma errónea, cuando sabíamos que si estaban bien tomados”.

La tercera categoría *sugerencias para mejorar el trabajo entre el personal*, refiere a las sugerencias e ideas de los médicos internos para mejorar la comunicación, relación y trabajo en equipo con el personal de salud, incluyendo médicos y demás áreas del hospital. Los participantes consideran que el respeto y evitar conductas que busquen desvalorizar las funciones de cada trabajador son esenciales para mejorar la convivencia entre todo el personal.

“Nunca creernos más que alguien, trabajo social, camilleros, intendencia, médicos y enfermeras, debemos saber que somos un equipo y que nadie es más que alguno, somos seres humanos y merecemos respeto”.

“El respeto creo, es lo más importante, no estar ninguneando a los internos o alguien más, que eviten sus comentarios de, tú nada más vas a estar un año, yo aquí tengo más derecho”

“Entender que el respeto y que el trabajo que realiza el enfermero, camillero, doctor, interno, es importante, todos nos necesitamos para que esto funcione bien”.

Otra propuesta por los participantes se encuentra relacionada con cursos de capacitación para fomentar el respeto y trabajo en equipo entre diferentes áreas, así como delimitar y recordar constantemente a cada servidor cuáles son las funciones y áreas que les corresponden para evitar así acciones de abuso o exceso de trabajo a demás personal.

“Mandar a todos a cursos de respeto y trabajo en equipo, es importante que recordemos que todos necesitamos de todos en el hospital para el bien del paciente”

“Hacer cursos o hablar con todos para recordar y establecer a cada uno lo que le corresponde porque todos ante los internos salen con el famoso, a mí no me toca, yo te trato como yo quiera, no es justo para nadie”.

“Quitar la creencia en el demás personal que el interno es el sirviente del hospital”

Por último, los participantes consideran que el trato respetuoso y la comunicación constante ante el demás personal posibilita el mantener una relación cordial con las demás áreas, de la misma forma mostrar proactividad e interés consideran les ayuda a pedir apoyo u orientación al demás personal cuando lo necesitan.

“Tener iniciativa y mostrar conocimiento e interés, eso favorece mucho la relación entre el personal y nosotros como internos, ser amable hace más ameno el servicio”.

“Saludar y presentarte cada que trabajes con un nuevo equipo o área, nunca está de más eso, porque al final si lo haces te conocen te pueden pedir ayuda o tú también puedes solicitar su apoyo u orientación”.

“La amabilidad y cordialidad es lo mejor para que te lleves bien con las personas, no en plan de amigos, pero sí para entender que somos compañeros de trabajo”.

De este estudio se desprende que el trabajo en equipo entre el personal de salud es el resultado de múltiples interacciones donde el contexto cultural y las actitudes de cada integrante determinan las cualidades de estas relaciones; la actitud que mantiene el personal de salud hacia los internos se encuentra condicionada en función del estatus dentro de la jerarquía del equipo intrahospitalario y se puede presentar a través del respeto y apertura para trabajar en conjunto, reconociendo la importancia de la labor de cada integrante o presentarse a través de actitudes hostiles que buscan menospreciar las aportaciones y la calidad de la atención de los internos.

Estas actitudes impactan en el desarrollo académico del médico en formación de manera ambivalente; de forma positiva puede impulsar a la búsqueda de mejorar y desarrollar habilidades de comunicación, con el fin de volver eficiente el trabajo en equipo o la toma de decisiones y también puede crear ejercicios de reflexión que limiten el replicar estas actitudes negativas en su práctica profesional; no obstante, las consecuencias negativas pueden impactar en el bienestar, conducta, motivación en el aprendizaje, realización personal del estudiante y en la calidad de la atención al paciente, coincide con Perrenoud (1990) quien considera que la personalidad del estudiante se encuentra influenciada por las relaciones que establece con el personal dentro del hospital, replicando valores, costumbres y actitudes que delimitaran la cultura médica, posibilitando la persistencia de desigualdades dentro del equipo de trabajo en función de las creencias en torno a las asimetrías de poder (Perrenoud, 1990, cit. por Candaudap, 2010).

En el presente estudio, a través de las experiencias de los participantes se hace evidente la existencia del currículo oculto. El impacto que condicionan estas experiencias en los médicos en formación dependerá del contexto cultural y social de cada uno, lo que coincide con autores como Arora y Mukherjee (2021); Billings et al., (2011); Lamiani et al., (2011); Safari et al., (2020). Sin embargo, la necesidad de reformar y no replicar este tipo de actitudes y enseñanzas en su futuro profesional resulta un objetivo común en la mayoría de las nuevas generaciones. De modo que, el currículo no establecido puede reforzar desigualdades entre el equipo y replicar comportamientos informales durante la práctica profesional, pero también puede funcionar como instrumento de cambio en la enseñanza de próximas generaciones donde el respeto y la comunicación en el ambiente laboral, así como la creación de espacios de aprendizaje seguros podrán originar un desarrollo académico adecuado para los médicos en formación.

CONCLUSIONES

En la presente investigación se alcanzó el objetivo de analizar el proceso formativo del internado médico de pregrado a partir de la experiencia de los médicos pasantes de servicio social de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala y analizar el currículo oculto que se da durante su formación. Uno de los principales hallazgos de esta etapa es que genera notables aprendizajes en el alumno respecto a su participación en actividades asistenciales y en el desarrollo de habilidades quirúrgicas, a la vez contribuyen en el progreso de su capacidad de análisis y juicio clínico al brindarles las herramientas necesarias para que al desempeñarse como médicos generales tengan capacidad para resolver y aplicar estrategias de atención sobre los problemas de salud que presenta la población.

La participación en diferentes áreas y servicios permite al médico pasante conocer las características más importantes de cada especialidad, le hace posible desarrollar habilidades clínicas específicas sobre diferentes tipos de enfermedades y grupos etarios, también puede identificar áreas de interés que le permitan perfilarse en un área específica de la medicina en su futuro profesional.

Este trabajo muestra que una de las expresiones del currículo oculto se da a través de las actividades no establecidas, las cuales en ocasiones permiten al médico en formación desarrollar habilidades no contempladas en los programas operativos, adquiriendo experiencia respecto a la atención del paciente; por otro lado, este tipo de prácticas suponen un riesgo para el enfermo y para el estudiante cuando las realizan sin supervisión; por lo que es necesario el acompañamiento académico durante la realización de las mismas donde se verifique el desempeño y asegure resultados satisfactorios en la adquisición de conocimientos y habilidades para tener como resultado una adecuada evolución del paciente.

Para que los médicos internos puedan cumplir con las actividades académicas y asistenciales, necesitan mantener una adecuada alimentación y descanso, este trabajo demuestra que la falta de acceso a los alimentos y la mala calidad respecto a porciones y composición son problemas frecuentes. La falta de cumplimiento de los horarios de salida y las jornadas de trabajo prolongadas incluyendo turnos y guardias, afectan notablemente en el descaso y oportunidad de recreación de los médicos en formación. Es alarmante la falta del cumplimiento de los derechos de los médicos internos, por lo tanto, resulta imprescindible establecer estrategias y cambios administrativos para asegurar el acceso a una adecuada alimentación que otorgue los nutrimentos y energía necesaria en los estudiantes. El cumplimiento de turnos y guardias de más de 36 horas no permite el adecuado descanso, afectando notablemente su capacidad de alerta y resolución de problemas; esto repercute en la calidad de la atención que otorgan y en la seguridad del paciente, lo que podría causar errores y

iatrogenias. Además, se tiene que considerar las repercusiones de esto en la salud física y mental del médico interno de pregrado. Por ello es indispensable reformar las normas establecidas respecto a los horarios y duración de guardias con el fin de implementar jornadas más cortas que permitan el adecuado descanso y mejoren el desempeño de los internos.

Es incongruente que dentro de los objetivos de los médicos está el promover en los pacientes acciones saludables con el fin de mejorar su calidad de vida a través de la alimentación balanceada, higiene y el descanso adecuado; es discordante que los principales promotores de cambio se vean limitados a cumplir con sus propias recomendaciones debido al aumento constante en la cantidad de pacientes que deben atender diariamente. El médico interno se encuentra en formación; sin embargo, es considerado una fuerza laboral indispensable ante la falta de personal para cubrir las necesidades de salud de la población; es necesario reconocer el papel del interno dentro del equipo de salud con una remuneración económica justa por su labor y verificando el cumplimiento de los derechos a los cuales deben tener acceso.

Este trabajo muestra que el proceso de enseñanza aprendizaje durante el internado resulta de una interacción dinámica entre internos y médicos adscritos, quienes, a través de su experiencia, acompañan y asesoran académicamente al interno; por lo tanto, el estudiante, mediante diferentes estrategias como el modelamiento, preguntas y técnica dirigida, replica estrategias, costumbres y conocimientos para la atención del paciente, desarrollando no solo conocimientos clínicos, sino también características propias del *habitus* médico.

Los médicos residentes son quienes muestran más interés en el aprendizaje del médico interno, las redes de apoyo que formaron les permitieron establecer un equipo sólido para realizar un servicio productivo, impactando favorablemente en el mejoramiento de habilidades y conocimientos, pero también en la calidad de la atención que se otorga a los pacientes al volver el servicio dinámico y eficiente.

De este trabajo se desprende que la evaluación es un proceso que permite identificar las debilidades y fortalezas en las competencias académicas de los internos, así como la calidad en las actividades asistenciales que desempeñan, posibilitando a los docentes trabajar sobre estas deficiencias para fortalecer el aprendizaje de los estudiantes. El proceso de evaluación debe ser adecuado, transparente y factible, donde ambas partes (estudiante y profesor) tengan conocimiento de los contenidos y de los instrumentos de evaluación; el desconocimiento de estos rubros condiciona que este proceso presente sesgos al no coincidir el dictamen con el nivel de competencia académica que muestran los médicos internos durante su estancia en el servicio.

Es necesario implementar estrategias de formación y actualización docente en médicos adscritos y que cuenten con las herramientas necesarias para poner en práctica estrategias de enseñanza-aprendizaje adecuadas en la educación de médicos internos, aprovechando los diferentes escenarios clínicos que otorgan las sedes y cuenten con conocimientos adecuados para evaluar de forma correcta el desempeño académico. De la misma manera, es necesario compartir a los estudiantes los programas académicos y contenidos temáticos, para lograr un mayor interés en los conocimientos a desarrollar, fomentando la autoformación y lograr un aprendizaje significativo.

Retomando el tema de la enseñanza clínica durante el internado, este trabajo muestra que otras de las expresiones del currículo oculto se presentan a través de las actividades condicionadas. Al otorgar al conocimiento el valor de “premio” los médicos adscritos y residentes logran obtener beneficios laborales o monetarios a cambio de permitir al alumno aprender nuevos procedimientos. Es común la normalización de estas conductas entre los estudiantes quienes cumplirán con las condicionantes con el fin de ser partícipe y desarrollar nuevas habilidades, el replicar estas acciones afecta directamente imponiendo obstáculos en el proceso de enseñanza, perjudicando la comunicación docente-alumno, el interés por aprender y desempeñarse dentro de un equipo ya establecido.

El castigo es una medida disciplinaria no establecida en los reglamentos y programas académicos, la tipología del castigo permite identificar las diferentes modalidades que utilizan los docentes, las cuales impactan directamente en la confianza que tiene el médico en formación sobre sus conocimientos y la importancia de su participación dentro del equipo médico; es preocupante que esta práctica sea común, ya que afecta directamente en la economía, la salud física, mental, en la confianza y en el crecimiento académico de las nuevas generaciones; de no establecer límites y dejar en claro que estas prácticas no forman parte de un adecuado proceso de enseñanza, los recién egresados son susceptibles de replicar estas acciones en su futuro profesional lo que evita romper con este círculo vicioso.

El departamento de enseñanza clínica desempeña un papel fundamental en la supervisión de los médicos internos, al verificar que el proceso formativo se cumpla bajo los estándares establecidos. Es importante que los funcionarios de esta sección se muestren interesados en la formación de los estudiantes a través de una comunicación adecuada y constante que permita cumplir con los objetivos de este ciclo académico, garantizando el acceso a los derechos y obligaciones de los internos.

La labor de los supervisores de ciclos clínicos es un acierto dentro de esta etapa formativa al brindar un apoyo constante y verificar que se cumpla con los planes operativos, otorgando orientación

al alumnado cuando lo requiere y manteniendo comunicación estrecha entre autoridades universitarias y autoridades sanitarias, con el fin de volver enriquecedor este ciclo académico para los médicos internos.

Respecto a las relaciones interpersonales y el trabajo en equipo, de este trabajo se desprende que las redes de apoyo que formaron los médicos internos les permitió sobrellevar las situaciones conflictivas que se les presentaron en el cumplimiento de su labor, generando un equipo eficiente, con adecuada distribución de trabajo y con calidad en las actividades asistenciales.

Por otra parte, el trabajo en equipo interdisciplinario es indispensable al mejorar la calidad asistencial, mejora la seguridad y satisfacción del paciente, disminuye errores en la atención y vuelve eficiente el rendimiento del personal. Este trabajo muestra que la cultura organizacional dentro de los hospitales hace necesario mantener una estructura jerárquica que permite gestionar y dimensionar la importancia de cada integrante respecto a la atención del paciente; dentro de esta jerarquía se mantiene la creencia que el médico interno al incorporarse al equipo se encuentra por debajo de todos los miembros incluyendo médicos, enfermeras y demás personal, que lo condiciona a realizar más funciones de las que tiene establecidas oficialmente. Estas relaciones de poder y subordinación forman parte del currículo oculto y seguirán replicándose en el personal de no delimitar la importancia de respetar la estructura organizacional y las funciones correspondientes a cada integrante.

Estas relaciones de poder y subordinación permiten que la enseñanza clínica y los espacios de aprendizaje presenten experiencias de violencia, acoso y discriminación que tienen una influencia notable en el desarrollo académico de los internos, afectan la seguridad que tienen sobre sus conocimientos y habilidades, disminuyen la confianza del paciente y demás personal en la labor del interno e impactan notablemente en su salud mental presentando episodios de ansiedad, depresión, desgaste profesional y, en el peor de los casos, intento de suicidio o su consumación.

Es preciso sensibilizar a los docentes y a todo el personal de las sedes sobre estos comportamientos que afectan directamente el proceso de enseñanza y que es necesario implementar acciones de nula tolerancia a estos comportamientos. Brindar a todo el personal, en especial a los estudiantes, protocolos establecidos para que externen sus inquietudes sin temor a represalias o consecuencias negativas, da lugar a un espacio de aprendizaje seguro, donde docentes y estudiantes logren el cumplimiento de los objetivos curriculares a través del intercambio de ideas, respeto y aprendizaje significativo en apego al cumplimiento de los reglamentos y normas establecidas.

Esta investigación, desde el enfoque de género, permite visibilizar las diferencias existentes entre mujeres y hombres dentro del proceso de enseñanza aprendizaje, las cuales hacen susceptible a la mujer médica de sufrir discriminación de género, violencia física y acoso sexual, vulnerando el bienestar físico y mental de las estudiantes. Actualmente, las mujeres afrontan cada vez más estas actitudes machistas y buscan que los espacios de aprendizaje dentro de las sedes reconozcan la importancia del respeto entre géneros, abandonando los roles sociales estereotipados que la sociedad impuso anteriormente a las mujeres, los cuales limitan su participación dentro de las actividades que la práctica médica implica.

Finalmente, el presente trabajo muestra que el internado es un año académico desafiante en rubros académicos, sociales, físicos y psicológicos. En el ámbito académico, el internado supone un reto para el alumno al proponerse la integración de los conocimientos aprendidos anteriormente y la aplicación del método clínico en la formulación de diagnósticos; de la misma manera, la adquisición de nuevos conocimientos y habilidades clínicas requiere la adaptación del estudiante ante nuevas estrategias de enseñanza-aprendizaje, aplicación de la autoformación y aprendizaje basado en problemas. Es importante motivarlos en continuar el estudio frecuente de los diferentes contenidos con el fin de cumplir con los objetivos curriculares que la medicina se propone.

En el aspecto social, de esta investigación se desprende que el trabajo en equipo intrahospitalario se encuentra bajo una cultura organizacional basada en un sistema de jerarquías estricto. El cumplimiento de este orden, utilizando comunicación efectiva y respetando las funciones y derechos de cada integrante, supone el correcto funcionamiento de cada institución reflejado en la calidad de la atención, con diagnósticos y tratamientos adecuados.

El uso de jerarquías estrictas puede generar relaciones de subordinación que se traducen en abusos laborales y en la desvalorización de las funciones del interno. Es importante delimitar su situación, dejando atrás la creencia que “el interno es estudiante, pero tiene obligaciones de trabajador”, de no hacerlo estas prácticas no establecidas seguirán transmitiéndose de generación en generación, sin lograr un cambio significativo en la enseñanza clínica de la medicina.

El desgaste físico, académico y las vivencias que se presentan durante el cumplimiento de sus funciones impactan en su salud mental. Es importante que las autoridades de cada institución en conjunto con las autoridades universitarias establezcan estrategias para mantener un seguimiento respecto a la salud mental de los alumnos antes, durante y después del internado médico, otorgando tratamiento especializado en caso de requerirlo. Es necesario tomar cartas en el asunto para evitar deserciones durante este ciclo, mal desempeño académico o desenlaces fatales.

El enfoque de género en este trabajo permitió identificar la forma en la que se desarrolla el internado médico a través de los roles establecidos entre mujeres y hombres, visibiliza las similitudes y diferencias en el proceso de enseñanza según el género, así como la complejidad de las interacciones entre ambos, dependientes de las creencias sociales establecidas. Es evidente que el proceso de feminización en la medicina mexicana es una realidad; sin embargo, es importante replantear los roles establecidos con el fin de volver equitativo el terreno para mujeres y hombres, dejando atrás las barreras sociales que impiden a las mujeres médicas acceder a puestos de poder y que limitan valorar su papel dentro del ámbito hospitalario.

La educación médica se encuentra ante cambios constantes relacionados con la tecnología, las necesidades sociales, políticas, económicas y epidemiológicas que influyen la conformación del currículo. Junto a estos cambios, la enseñanza de la medicina se encuentra influenciada por el currículo oculto donde la transmisión de estas enseñanzas se continuará de generación en generación al ser un aprendizaje no regulado, inconsciente y silencioso. El análisis e identificación de ambos currículos en la educación intrahospitalaria permite realizar un ejercicio de reflexión para entender el impacto que tienen en la formación del habitus médico y en la práctica profesional futura de las nuevas generaciones, donde dependerá de cada profesional determinar que enseñanzas enriquecen la calidad de la atención que otorgan y cuáles deben ignorar para evitar errores y mala praxis.

Dentro de las principales aportaciones de este trabajo, se encuentra la visibilización de las fortalezas y debilidades de esta fundamental etapa formativa. Se exhorta a las autoridades universitarias y a cada una de las instituciones de salud formadoras de recursos humanos a realizar reformas e implementar acciones innovadoras que permitan un adecuado desarrollo académico impactando en las técnicas de enseñanza, en las habilidades de comunicación, trabajo en equipo y en el desarrollo de competencias necesarias en las diferentes áreas de la medicina; logrando así, la formación de médicos de calidad, con capacidad de responder a los problemas de salud de la población, con sentido ético, humano y motivación de actualizar e innovar constantemente su práctica médica.

REFERENCIAS

- Abbas, M., Quince, T., Wood, D., Benson, J. (2011). Attitudes of medical students to medical leadership and management: a systematic review to inform curriculum development. *BMC Medical Education*. 11(93).
- Abate, L., Greenberg, L. (2023). Incivility in medical education: a scoping review. *BMC Medical Education*. 23(24):1-16.
- Albarrán, K. (2020). La supremacía de los semidioses: Análisis sobre las consecuencias de las experiencias de violencias en pasantes de medicina [Tesis Licenciatura]. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Al Kuwaiti, A., Subbarayalu, A. (2020). Factors Influencing Interns' Satisfaction with the Internship Training Programme Offered at Saudi Medical Schools. *Sultan Qaboos University Medical Journal*. 20(2): 209-216.
- Aponte, E. (2008). Desigualdad, inclusión y equidad en la educación superior en América Latina y el Caribe: tendencias y escenario alternativo en el horizonte 2021. *Tendencias de la Educación Superior en América Latina y el Caribe*, Caracas, UNESCO-IESALC, pp. 113-154.
- Arora, R., Mukherjee, S. (2021). The Hidden curriculum in Postgraduate Medical Education: A commentary. *Journal of Cancer Education*. 36:435-437.
- Arora, V., Wayne, D., Anderson, A., Didwania, A., Farnan, J., Reddy, S., Humphrey, H. (2010). Changes in perception of and participation in unprofessional behaviors during internship. *Academic Medicine*. 85(10):576-580.
- Arora, V., Georgitis, E., Siddique, J., Vekhter, B., Woodruff, J., Humphrey, H., Meltzer, D. (2008). Association of Workload of On-Call Medical Interns With On-Call Sleep Duration on Shift Duration, and Participation in Educational Activities. *JAMA*. 300(10):1146-1154.
- Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior. (2022). Anuario estadístico de la población escolar en educación superior 2021-2022. En: <http://www.anuies.mx/informacion-y-servicios/informacion-estadistica-de-educacion-superior/anuario-estadistico-de-educacion-superior>
- Athié, C., et al. (2016). Burnout en médicos internos de pregrado del hospital General de México. *Investigación en Educación Médica*.5(18):102-107.

- Basner, M., et al. (2017). Sleep and Alertness in Medical Interns and Residents: An Observational Study on the Role of Extended Shifts. *SLEEP*. 40(4):1-8.
- Behere, P., Yadav, R., Behere, B. (2011). A Comparative Study of Stress Among Students of Medicine, Engineering, and Nursing. *Indian Journal Psychology Medicine*. 33:145-148.
- Bekkink, M., Farrell, S., Kimo, J. (2018). Interprofessional communication in the emergency department: residents' perceptions and implications form medical education. *International Journal of Medical Education*. 9:262-270.
- Billings, M., Lazarus, M., Wenrich, M., Curtis, R., Engelberg, R. (2011). The effect of the hidden curriculum on resident burnout and cynicism. *Journal of Graduate Medical Education*:503-509.
- Blasco, J., Pérez, J. (2007). Metodología de investigación en las ciencias de la actividad física y el deporte: ampliando horizontes. España. Editorial Club Universitario.
- Borracci, R., Salazar, A., Arribalzaga, E. (2018). El futuro de la feminización de la medicina en Argentina. *Revista de la fundación de educación médica*. 21(3):113-118.
- Borrel, C., García, M., Martí, J. (2004). La salud pública desde la perspectiva de género y clase social. *Gaceta Sanitaria*. 18(1):2-6.
- Brown, A., Bonneville, G., Glaze, S. (2020). Nevertheless, they persisted: How women experience gender-based discrimination during postgraduate surgical training. *Journal of Surgical Education*. 78(1): 17-35.
- Buja, M. (2019). Medical education today: al that glitter is not gold. *BMC Medical Education*. 19(110):2-11.
- Buquet, A. (2011). Transversalización de la perspectiva de género en la educación superior: Problemas conceptuales y prácticos. *Perfiles Educativos*. 33: 212-217.
- Cancino, M., Fernández, R., Arbesú, A. (2011). El aprendizaje de estudiantes de Medicina durante su internado en tres hospitales en Nayarit, México. *Educación Médica Superior*. 25(3):242-254.
- Candaudap, M. (2010). El currículo oculto en la formación del médico, el caso de la subespecialidad en cirugía plástica, estética y reconstructiva. *Educación Médica*. 13(2):101-105.

- Cannon, L., Ali, D., Parli, S., Martin, C., Cook, A. (2020). Sleep quality during an overnight on-call program. *AM Journal Health System Pharmacy*. 77(13):1060-1066.
- Carlsson, Y., Nilsson, A., Bergman, S., Liljedahl, M. (2022). Junior doctors' experiences of the medical internship: a qualitative study. *International Journal of Medical Education*. 13: 66-73.
- Carr, P., Gunn, C., Kaplan, S., Raj, A., Freund, K. (2015). Inadequate progress for women in academic medicine: findings from the National Faculty Study. *Journal of Women's Health*. 24(3).
- Carrasco, C., Alvarez, D., Vilchez, J., Lizana, M., Durand, D., Rengifo, J., Rebatta, A., Cubas, W., Arroyo, H., Toro, C. (2019). Alcohol consumption and suicide risk in medical internship: A Peruvian multicentric study. *Drug and Alcohol Review*. 38:201-208.
- Carrillo, R., Dubón, M., Elizondo, S., Carrillo, M. (2013). *La mujer en el ejercicio de la medicina*. Academia Mexicana de Cirugía. 1 ed.
- Castillo, T. (2017). Efectos de la guardia nocturna en el rendimiento de internos del Hospital Nacional Dos de mayo 2016 [Tesis de Licenciatura]. Universidad Ricardo Palma. Perú.
- Castro, R. (2014). Génesis y práctica del habitus médico autoritario en México. *Revista Mexicana de Sociología*. 76(2):167-197
- Chávez, A., Ramos, L., Abreu, L. (2016). Una revisión sistemática del maltrato en el estudiante de medicina. *Gaceta Médica de México*. 152:796-811.
- Chen, C., Lin, S., Li, P., Huang, W., Lin, Y. (2015). The Role of the harm avoidance personality in depression and anxiety during the medical internship. *Medicine*. 94(2):1-5.
- Dacre, J. (2012). We need female doctors at all levels and in all specialities. *BMJ*. 344:E2325
- De la Portilla, S. (2017). Profesionalización de la educación médica para la formación de un médico competente, ético, pertinente y de alta calidad. *Archivos de Medicina*. 17(2):221-225.
- Deng, G., Zhao, D., Lio, J., Chen, X., Ma, X., Liang, L., Feng, C. (2019). Strategic elements of residency training in China: transactional leadership, self-efficacy, and employee-orientation culture. *BMC Medical Education*. 19(355):1-8.

- Deng, G., Cai, W., Yang, M., Lio, J., Feng, C., Ma, X., Liang, L. (2021). Linking doctor-patient relationship to medical residents' work engagement: The influences of role overload and conflict avoidance. *BMC Family Practice*. 21(191).
- Díaz, E., Ramos, R., Romero, E. (2005). El currículo y el profesor en la transformación del binomio práctica médica – educación médica. *Revista Educación Médica Superior*. 19(2).
- Domínguez, P., Grosso, M., Pagotto, B., Taliercio, V., Allegri, R. (2009). Efectos de la privación de sueño en el desempeño de los médicos residentes en pediatría. *Archivos Argentinos en Pediatría*. 107(3):241-245.
- Drape, C., Louw, G. (2012). Competence for internship: Perceptions of final year medical students. *Education for Health*. 25(1):16.24.
- Duagherty, S., Baldwin, D., Rowley, B. (1998). Learning, Satisfaction, and mistreatment during medical internship. A national survey of working conditions. *JAMA*. 152(1).
- Durante, E. (2012). La enseñanza en el ambiente clínico: principios y métodos. *Revista Docencia Universitaria*. 10(1): 149-175.
- Echeita, G., Ainscow, M. (2011). La educación inclusiva como derecho. Marco de referencia y pautas de acción para el desarrollo de una revolución pendiente. *Tejuelo*. 12(1): 26-46.
- Euguchi, K. (2017). La Feminización de la Medicina. *Revista Argentina de Salud Pública*. 8(30).
- Fernández, A. (1996). Las carreras de Medicina en México. *Perfiles Educativos*. 18(73).
- Fernández, M., Gutiérrez, D., Ramírez, M., Villavicencio, I., Cruz, P., González, S., Durante, M. (2021). Feminización de la Matrícula de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México. En. Pérez, E., Durante, I., Figueroa, M (Eds.). *Ciencia, Salud y Género* (pp. 53-65). UNAM
- Flores, A. (2019). El currículo oculto durante la práctica preprofesional de medicina. *Educación Superior*. 6(2):48-57.
- Flores, C., Meraz, D., Niza, D. (2019). La mujer en la medicina del siglo XXI. *Educación Médica*. 20(5): 325-328.
- Fnaís, N., et al. (2014). Harrasment and discrimination in Medical Training: A systematic Review

and Meta-Analysis. *Academic Medicine*. 89(5):817-828.

Frajerman, A., Morvan, Y., Krebs, M., Gorwood, P., Chaumette, B. (2019). Burnout in medical students before residency: A system review and meta-analysis. *European Psychiatry*. 55:36-42.

Freischlag, J., Silva, M. (2015). Bouncing Up: Resilience and women in academic medicine. *Journal of the American college of surgeons*. 223(2):215-220.

Fuentes, R., Manrique, C., Domínguez, O. (2015). Condiciones Generales de los estudiantes de medicina de la generación 2010 durante su internado rotatorio de pregrado en la escuela superior de medicina del Instituto Politécnico Nacional. *Acta Bioethica*. 21(1): 29-36.

Furr, E., Soni, M. (2023). Educating Residents and Students in the Clinic. *Neurology Clinic*: 215-229.

Fuster, D. (2019). Investigación cualitativa: Método fenomenológico hermenéutico. *Propósitos y Representaciones*.7(1): 201-229.

García, P. (2021). De la desigualdad a la inclusión universitaria: la agencia del género. *Revista de la Educación Superior*. 50(1): 1-24.

Gianakos, A., Freischlag, J., Mercurio, A., Haring, S., LaPorte, D., Mulcahey, M., Cannada, L., Kennedy, J. (2022). Bullying, Discrimination, Harassment, Sexual Harassment, and the Fear of Retaliation During Surgical Residency Training: A Systematic Review. *World Journal of Surgery*. 46:1587-1599.

Glazman, N. (2001). Evaluación y exclusión en la enseñanza universitaria. *Paidós Educador*

Gome, J., Paltridge, D., Inderm W. (2008). Review of Intern preparedness and education experiences in general medicine. *Internal Medicine Journal*. 38(1):249-253.

Gómez, O., Zúñiga, A., Granados, J., Velasco, F. (2019). Cambios en la calidad de sueño, somnolencia diurna, ansiedad y depresión durante el internado médico de pregrado. 8(31):48-55.

González, J., García, J., Mendoza, J., Uriega, S. (2010). La importancia de la investigación en educación médica en México. *Revista Médica del Hospital General de México*. 73(1):48-56.

- Gopar, R., Juárez, C., Cabello, A., Haro, L., Aguilar, G. (2015). Panorama de heridas por objetos punzocortantes en trabajadores intrahospitalario. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*. 53(5):356-361
- Hamui, L. (2013). La facultad de medicina de la UNAM en transición hacia el paradigma de las competencias: Un modelo de evaluación curricular educativa. (1.a ed., Vol. 1) [Impreso]. Ediciones Díaz de Santos.
- Han, E., Chung, E. (2016). Does medical students' clinical performance affect their actual performance during medical internship. *Singapore Medical Journal*. 57(2):87-91.
- Harden, R., Crosby, J. (2000). The good teacher is more than a lecturer the twelve roles of the teacher. *Medical Teacher*. 22(4): 334-398.
- Hernández, R., Fernández, C., Baptista, P. (2014). *Metodología de la Investigación*. (6.a ed) [Impreso]. Editorial McGrawHill.
- Herrera, P., Toro, C. (2020). Educación Médica durante la pandemia de COVID-19: Iniciativas mundiales para el pregrado, internado y el residentado médico. *Acta Médica Peruana*. 37(2):169-175.
- INEGI. (2021). Estadísticas a propósito de las personas ocupadas como médicos (23 de octubre). México: Instituto Nacional de Estadística y Geografía.
- Instituto Politécnico Nacional. (2016). Manual del Interno de Pregrado. En: <https://www.ipn.mx › progacademicointernado2016>.
- Isaacs, A., Raymond, A., Jacob, A. (2020). Job satisfaction of rural medical interns: A qualitative study. *Australian Journal of Rural Health*. 28:245-251.
- Jiménez, J. (2023). Las guardias médicas durante la formación del residente necesitan la presencia del especialista. *Revista de Neurología*. 76:151-152.
- Jouanen, E. (2004). Retos y compromisos del médico general en el siglo XXI. *Gaceta Médica de México*. 140(1): 581-583.
- Juárez, L., Juárez, I., Gómez, A. (2021). El análisis sexo/género en la enseñanza/aprendizaje de la medicina: El caso de las enfermedades cardiovasculares. *Investigación en Educación Médica*. 10(37):78-88.

- Lagarde, M. (1996). La multidimensionalidad de la categoría género y del feminismo. *Metodología para los estudios de género*, 48-71.
- Lagarde, M. (1996). El género: la perspectiva de género. *Desarrollo Humano y Democracia*: 13-38.
- Lamas, M. (1996). La perspectiva de género. *Revista de educación y cultura de la sección 47 del SNTE* 8.
- Lambea, A., Tejada, H., Cerdán, D. (2022). Guardias médicas durante la formación del residente de neurología en España: cambios en la última década. *Revista de Neurología*. 75:269-282.
- Lamiani, G., Leone, D., Meyer, E., Moja, E. (2011). How Italian students learn to become physicians: a qualitative study of the hidden curriculum. *Medical Teacher*. 33:989-996.
- Lancaster, G., Kolakowsky, S., Kovacich, J., Greer, N. (2015). Interdisciplinary communication and collaboration among physicians, nurses, and unlicensed assistive personnel. *Journal of nursing scholarship*. 47(3): 275-284.
- Ledesma, E. (2004). Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud. *Anales de Radiología México*. 3(1):219-221.
- Liao, J., Thomas, E., Bell, S. (2014). Speaking up about the danger of the hidden curriculum. *Health Affairs*. 33(1):168-172.
- Lin, Y., Chen, H., Tsai, S., Chang, L., Chen, P. (2019). A prospective study of the factors associated with life quality during medical internship. *Plos One*. 14(8):1-12.
- Mariscal, E., Navia, O., Paniagua, J., Urioste, R., Espejo, E. (2007). Maltrato y/o violencia: fenómeno de estudio en centros de enseñanza asistenciales- Internado Rotatorio de Medicina gestión 2005-2006. *Cuadernos Hospital de Clínicas*. 52(1).
- Martínez, M. (2006). Validez y confiabilidad en la metodología cualitativa. *Revista Paradigma*. 27(2). ISSN:1011-2251.
- Martínez, A., Lifshitz, A., Gonzalez, E., Monterrosas, A., Flores, F., Gatica, F., Martínez, A., Sánchez, M. (2017). Nivel de competencia docente en el Internado Médico de Pregrado de la Facultad de Medicina de la UNAM. *Revista Médica del Instituto México del Seguro Social*. 55(6):778-792.

- Martínez, A., Sánchez, M., Méndez, I., Trejo, J. (2016). Grado de competencia clínica de siete generaciones de estudiantes al término del internado médico de pregrado. *Gaceta Médica de México*. 152:679-687.
- Mendoza, M. (2021). Ansiedad y depresión, factores que determinan el curso del internado rotatorio de pregrado. *Universidad Abierta*.
- Mendoza, V. (2020). Al calor de la practica: un estudio antropológico sobre la formación de médicos internos de pregrado en un hospital público de Oaxaca [Tesis de Maestría]. Centro de investigaciones y estudios superiores en antropología social.
- Montenegro, L y Rivera, J. (2014). Nivel de Satisfacción personal de los Internos Rotativos de medicina en los Hospitales Carlos Andrade Marín, Hospital Eugenio Espejo, Hospital de los Valles y Hospital De Las Fuerzas Armadas N°1 en la Ciudad de Quito-Ecuador durante el año 2012 y 2013 [Tesis Licenciatura]. Pontificia Universidad Católica del Ecuador.
- Morales, A., Medina, A. (2007). Percepción del alumno de pregrado de medicina, acerca del ambiente educativo en el IMSS. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*. 45(2).
- Mota, P., Selby, K., Gouveia, A., Tzartzas, K., Staeger, P., Veyron, R., Bondenmann, P. (2019). Difficult patient–doctor encounters in a Swiss university outpatient clinic: crosssectional study. *BMJ Open*. 9: 1-5
- Msaouel, P., Keramaris, C., Tasoulis, A., Kolokythas, D., Syrmos, N., Pararas, N., Thireos, E., Lionis, C. (2010). Reusearnchnout and training satisfaction of medical residents in Greece: will the European Work Time Directive make a difference? *Human Resources for Health*, 8:1-11.
- Natersan, S., Bailitz, J., King, A., Krzyzaniak, S., Kim, A., Byyny, R., Gottlieb, M. (2020). Clinical Teaching: An evidence-based guide to best practices from the Council of Emergency Medicine Residency Directors. *Western Journal of Emergency Medicine*. 21(4): 985-999.
- Navarro, M., Suller, A., Bellosta, E., Roche, J., Santos, S. (2020). Impact of 24-Hour On-Call Shifts on Headache in Medical Residents: A Cohort Study. *American Headache Society*. 60:1427-1431.
- Nieto, W., Taype, A., Bastidas, F., Casiano, R., Inga, F. (2016). Percepción de médicos recién egresados sobre el internado médico en Lima, Perú 2014. *Acta Médica Peruana*. 33(2):105-110.

- Nogueira, M., Nogueira, L., Ribeiro, T. (2006). Medical students' perceptions of their learning about the doctor-patient relationship: a qualitative study. *Medical Education*. 40:322-328.
- NOM-EM-033-SSA3-2022. (2022). NORMA Oficial Mexicana de Emergencia NOM-EM-033-SSA3-2022, Educación en salud. Criterios para la utilización de los establecimientos para la atención médica como campos clínicos para ciclos clínicos e internado de pregrado de la licenciatura en medicina. *Diario Oficial de la Federación, Secretaría de Salud*.
- NOM-009-SSA-2013. (2013). NORMA Oficial Mexicana NOM-009-SSA3-2013, Educación en Salud. Criterios para la utilización de los establecimientos para la atención médica como campos clínicos para la prestación del servicio social de medicina y estomatología. *Diario Oficial de la Federación, Secretaría de Salud*.
- Nuñez, R. (2020). Satisfacción con la alimentación durante el internado rotatorio en el Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa, 2019 [Tesis de Licenciatura]. Universidad Católica de Santa María.
- O'shea, G., Botello, C., De la Portilla, J., Ramírez, F., Maya, M., Cuevas, A., Castillo, M., Gaona, L., Díaz, A. (2021). Percepción de la satisfacción en el internado médico de pregrado en hospitales de México en 2019. 8(2):14-19.
- Osornio, L., Palomino, L. (2015). Presencia de las mujeres en las especialidades médicas una mirada desde la perspectiva de género. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*. 18(4).
- Palmer, Y., Prince, R., Medina, M., López, D. (2017). Frecuencia de rasgos de depresión en médicos internos de pregrado de Instituto Mexicano del Seguro Social en Mexicali, Baja California. *Investigación en educación Médica*. 6(22):75-79.
- Piryani, R., Piryani, S., Prasad, G. (2019). Reflections of medical interns on internship in internal medicine. *Journal of Chitwan Medical College*. 9(29):90-96.
- Pozzio, M. (2017). Más allá de la clase de anatomía: redefiniendo “femenino” y “masculino” en la práctica profesional de la medicina mexicana. *CABA*. 23(1): 92-110.
- Programa Universitario de Estudios de Género. (2013). *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual*. Editorial Miguel Ángel Porrúa.
- Ríos, V., Gasca, A., Urbina, R., Flores, R., Lloret, A. (2005). Nuevos modelos educativos en el internado médico de pregrado. La participación de la Universidad. *Reencuentro*. 42(1):1-16.

- Rodríguez de Castro, F. (2012). Proceso de Bolonia: El currículo oculto. *Educación Médica*. 15(1):13-22.
- Rodríguez, F., Díaz, E. (2015). La supervisión, evaluación y calificación en la educación médica. *Medicina Interna de México*. 31:749-752.
- Rohlf, I., Borrelli, C., Artazcos, L., et al. (2000). La importancia de la perspectiva de género en las encuestas de salud. *Gaceta Sanitaria*. 14(2):146-155.
- Romo, F., Tafuya, S., Heinze, G. (2013). Estudio comparativo sobre depresión y los factores asociados en alumnos de primer año de la facultad de medicina y del internado. *Salud Mental*. 36:375-379.
- Ruvalcaba, V., Villalpando, J., Díaz del Castillo, E. (1990). Las actividades de enseñanza-aprendizaje en el internado de pregrado. *Revista de la Facultad de Medicina UNAM*. 33(2): 98-102.
- Safari, Y., Khatony, A., Tohidina, M. (2020). The hidden curriculum challenges in learning professional ethics among Iranian Medical Students. *Advances in medical education and practice*. 11: 673-681.
- Salas, R., González, B. (2016). Implementación del día académico en médicos internos de pregrado. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*. 54(3):386-390.
- Salomón, J., Priego, H., Córdova, J. (2014). Satisfacción del médico interno de pregrado con los campos clínicos en Tabasco México. *Revista Perspectivas Docentes*. 54(1). 5-12.
- Sánchez, A., Flores, R., Urbina, R., Lara, N. (2008). Expectativas y realidades del internado médico de pregrado. Un estudio cualitativo. *Investigación en Salud*. 10(1):14-21.
- Sánchez, J., Lesmes, M., González, R., Learte, A., García, M., Gal, B. (2021). Iniciación a la investigación en educación médica: práctica metodológica. *Educación Médica*. 22:198-207.
- Santana, A., Vinicius, F., Viera, E., Fontes, E. (2017). Evaluation of medical interns' attitudes towards relevant aspects of medical practice. 63(6): 492-499.
- Sarikhani, Y., Shojaei, P., Rafiee, M., Delavari, S. (2020). Analyzing the interaction of main components of hidden curriculum in medical education using interpretative structural modeling method. *BMC Medical Education*. 20:176.

- Secretaría de Salud. (2015). Normas Oficiales Mexicanas. En: <https://www.gob.mx/salud/en/documentos/normas-oficiales-mexicanas-9705>
- Serret, E. (2008). Qué es y para qué es la perspectiva de género. Instituto de la Mujer Oaxaqueña.
- Silva, M., Moraes, M., Rocha, P. (2022). Individual and residency program factors related to depression, anxiety, and burnout in physician residents a Brazilian Survey. *BMC Psychiatry*. 22:272-282.
- Singh, S., Meeks, L. (2023). Disability inclusion in medical education: towards a quality improvement approach. *State of the science outcomes*. 57:102-107.
- Strom, D., Feinberg, E. (2023). Teaching Empathy and Communication in graduate medical education. *Journal of Inklings Studies*. 19(1):27-28.
- Szafran, O., Woloschuk, W., Torti, J., Mackay, M. (2021). Intimidation, harassment, and discrimination during family medicine residency training: a mixed methods study. *BMC Medical Education*. 21(173):1-10.
- Tapia, R., Núñez, R., Salas, R., Rodríguez, A. (2007), El internado médico de pregrado y las competencias clínicas. México en el contexto latinoamericano. *Educación Médica Superior*. 21(4).
- Toro, I., Parra, R. (2006). Método y conocimiento: Metodología de la investigación. (1. Ed). Colombia. Fondo Editorial Universidad EAFIT.
- Torring, B., Hoffer, J., Laursen, M., Steen, B., Elgaard, E. (2019). Communication and relationship dynamics in surgical teams in the operating room: an ethnographic study. *BMC Health Services Research*. 19(528).
- Trejo, M., Llaven, G., Pérez, H. (2015). El enfoque de género en la educación. *Atenas*. 4(23):49-61.
- Turner, J., Robinson, J., Morris, E., Oberkircher, K., Rios, R., Roett, M. (2020). Resident reflections on resident-patient communication during family medicine clinic visits. *Patient education and counseling*. 103:484-490.
- Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Estudios Superiores Iztacala. (2022). Proyecto de Adecuación del Plan de Estudios de la Licenciatura de Médico Cirujano. México: Autor. Disponible en: <https://medicina.iztacala.unam.mx/plan-de-estudios/>

- Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Estudios Superiores Iztacala. (2021). Programa académico del internado rotatorio de pregrado, Carrera de Médico Cirujano, Ciclo IX y X. México: Autor. Disponible en:
<https://medicina.iztacala.unam.mx/internado/ProgramadeInternado1jul21.pdf>
- Urbina, R., Flores, R., García, B., Sánchez, A., Amador, J. (2003). Evaluación del programa piloto de internado médico de pregrado en la UAM-Xochimilco. *Reencuentro*. 36:65-74.
- Valenzuela, A., Cartes, R. (2019). Perspectiva de género en la educación médica: incorporación, intervenciones y desafíos por superar. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*. 84(1):82-88.
- Valenzuela, A., Cartes, R. (2020). Ausencia de perspectiva de género en la educación médica, implicaciones en pacientes mujeres y LGBTQ+, estudiantes y profesores. *Revista Iatreia*. 33(1): 59-67.
- Vázquez, F., Mota, M., Sosa, S. (2022). Sesenta años de internado médico en México. *Revista electrónica de la coordinación universitaria de observatorios de la Universidad Veracruzana*. 14(1).
- Vilchez, J., Viera, R., Larico, G., Alvarez, C., Sánchez, C., Taminche, R. (2020). Depression and Abuse During Medical Internships in Peruvian Hospitals. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 49(2):75–82.
- Wesley, T., Hamer, D., Karam, G. (2018). Implementing a narrative medicine curriculum during the internship year: an internal medicine residency program experience. *The Permanente Journal*. 22(1):17-187.
- Williams, D., Kogan, J., Hauer, K., Yamashita, T., Aagaard, E. (2015). The impact of exposure to shift-based schedules on medical students. *Medical Education Online*. 20(2734).
- Yazdani, S., Momeni, S., Afhsar, L., Abdolmaleki, M. (2019): A comprehensive model of hidden curriculum management in medical education. *Journal of Advances in Medical Education and Professionalism*. 7(3):123-131.
- Yu, L., Yen, H., Shenh, L., Yao, L., Chia, L., Terry, K., Cheryl, Y., Yang, A. (2013). On-Call Duty Effects on Sleep-State Physiological Stability in Male Medical Interns. *Plos One*. 8(6).

- Zavala, G., Ramírez, M., Hernández, M. (2020). El síndrome de desgaste profesional en estudiantes de internado médico de pregrado desde la mirada de género. *Revista UPIICSA*. 6(1):32-40.
- Zhang, H., et al. (2021). Social support, anxiety symptoms, and depression symptoms among residents in standardized residency training programs: the mediating effects of emotional exhaustion. *BMC Psychiatry*. 21:460.88
- Zhang, Z., et al. (2022). Self-Medication Behaviors of Chinese Residents and Consideration Related to Drug Prices and Medical Insurance Reimbursement When Self-Medicating: A Cross-Sectional Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 19(1).

ANEXOS

Anexo 1: Guía de entrevista

Buenos días/tardes, mi nombre es Elias Nain Peralta Cortes y soy pasante de la carrera de Médico Cirujano en la FES Iztacala

La siguiente entrevista tiene como objetivo recopilar información que está relacionada con las experiencias durante su formación como médico interno de pregrado.

Como sabes existe un acuerdo de confidencialidad en donde los datos que menciones a continuación son confidenciales, es por esto por lo que se utilizará un pseudónimo para mantener el anonimato, ¿Existe algún nombre que quisieras proponer para que se utilice como pseudónimo?

Primera Sección: Funciones y Derechos del Interno

- En los diferentes servicios que rotabas ¿en qué áreas participabas? (consulta, hospitalización, quirófano)
- ¿Qué actividades realizabas diariamente en el hospital?
- Durante las guardias, ¿cuáles eran las actividades que realizabas? ¿Consideras que las funciones tenían mayor dificultad en comparación a las funciones que desarrollabas en los turnos? Sí, No, ¿Por qué?
- De las actividades mencionaste haber realizado ¿Cuáles correspondían a tu cargo según el reglamento y cuáles correspondían a tus médicos residentes y/o médicos adscritos? ¿con qué frecuencia las realizabas?
- En cuestión de las actividades que te indicaban y no te correspondían ¿estas actividades eran acorde a tu nivel de conocimiento y experiencia hasta ese momento? Sí, No, ¿por qué?
- ¿Contabas con horarios establecidos de entrada y salida diariamente? ¿eran respetados?; en caso de que no fueran respetados ¿Cuáles eran las causas por las que no se respetaban? ¿Quiénes determinaban que esto no se cumpliera? ¿la sección de enseñanza apoyaba estas acciones o implementaba acciones para que se cumplieran tus horarios?
- Según el reglamento de cada hospital, los internos tienen derecho a recibir porciones de desayuno, comida, cena con relación a los horarios que cumpla el médico en formación, ¿tuviste acceso a alimentos durante tu rotación? ¿Consideras que la calidad y porciones eran adecuadas? ¿te otorgaban tiempo y permiso adecuado para comer?; en caso negativo ¿Cuáles eran las causas? ¿Qué estrategias implementabas para alimentarte durante el tiempo que permanencias en turno/ guardia?
- Durante el trabajo de las guardias con un horario prolongado ¿Qué estrategias implementabas para llevar a cabo el arduo trabajo?
- ¿Consideras que las funciones que realizaste durante el internado médico justifican tu proceso formativo?

Segunda Sección: Funciones del Médico, Residente y Docente

- ¿De qué forma los médicos adscritos te enseñaban durante el turno que desempeñabas?
- Durante la realización de actividades clínicas-prácticas ¿fuiste supervisado por tus profesores? Si, No, ¿Por qué? ¿recibías retroalimentación y/o acompañamiento para realizar dichas actividades?
- Para realizar actividades prácticas o procedimientos ¿en algún momento alguien te pidió algo a cambio? Sí, No, ¿Por qué?
- De las actividades que realizabas en conjunto con tus profesores ¿en cuáles consideras que podías desarrollar tus conocimientos y en cuáles aprendiste más?
- Respecto al aprendizaje teórico ¿te impartían clases teóricas del temario de internado médico de pregrado? En caso afirmativo ¿Quién las coordinaba? ¿Cómo era la dinámica de las clases?

- En el caso que, en tu sede hubiera médicos residentes, ¿los residentes formaban parte de tu proceso de enseñanza? ¿de qué forma lo hacían y qué tan frecuente?
- ¿En qué servicio consideras que se otorgó mayor importancia a tu aprendizaje por parte de tus profesores? ¿Por qué?
- ¿Cómo era la forma de evaluar cada una de tus rotaciones bimestrales? ¿consideras fue justa la evaluación? ¿fuiste informado de tu calificación y la forma en la que se te evaluó en cada rotación? ¿consideras fue justa?
- Al terminar todas las actividades otorgadas en caso de equivocación o errores ¿cómo corregían o qué consecuencias tenían estas posibles equivocaciones?
- Al término de tu internado ¿Cómo consideras el proceso de enseñanza-aprendizaje durante este año? ¿Qué sugerirías para mejorar tu proceso de enseñanza aprendizaje? ¿Qué aspectos consideras importantes para mejorar tu aprendizaje?
- ¿Consideras que el internado médico es necesario en el plan de estudios de la carrera médico cirujano? Sí, No, ¿Por qué?
- Si llegaste a presentar algún problema con tus profesores o demás personal en la sede, ¿se aplicó el reglamento establecido? ¿la sección de enseñanza clínica e investigación dio seguimiento y acompañamiento a tu problema?
- ¿La sede hospitalaria se responsabilizó de indicarte y delimitar quien estaba a cargo de tu proceso formativo en particular? ¿Qué estrategias generó la sede para verificar que el responsable de tu proceso formativo, lo realizara correctamente?
- ¿La institución sede te brindó un espacio con adecuadas condiciones para tus periodos de descanso? Sí, No ¿Por qué?
- ¿Recibiste apoyo de parte de las autoridades de su sede hospitalaria? Sí, No ¿Por qué? ¿de qué tipo?
- ¿Consideras que las autoridades de tu sede hospitalaria atendieron las problemáticas que como médicos internos presentaron?
- Durante el internado, aún como alumno de la FES-I ¿Qué tipo de apoyo recibías por parte de la universidad?
- En caso haber presentado problemas durante el desarrollo del internado médico ¿la universidad intervino y/o dio seguimiento al problema que presentaste?
- ¿Durante tu formación como médico interno de pregrado los supervisores de ciclos clínicos estuvieron monitorizando que tu formación fuera adecuada? Si, No ¿Por qué?

Tercera Sección: Relaciones Interpersonales

- El trabajo en equipo con tus Co-MIP ¿era satisfactorio? ¿Cómo era la dinámica de trabajo durante sus turnos y guardias? ¿hubo algún conflicto con tus compañeros? Sí, No, ¿Por qué sucedió dicho conflicto? ¿Cómo se solucionó?
- ¿Consideras que el trato de los médicos residentes hacia los internos fue respetuoso? Sí, No, ¿Por qué?
- ¿Consideras que el trato de los médicos adscritos hacia los internos fue respetuoso? Sí, No, ¿Por qué?
- ¿La relación con los médicos adscritos favoreció tu aprendizaje? Si, No, ¿En qué aspectos?
- Durante tu estancia en el internado médico de pregrado ¿te sentiste discriminado? Sí, No, ¿Por qué? ¿Por quién?
- ¿En algún momento observaste algún acto de discriminación hacia tus compañeros? Sí, No, ¿por quién? ¿Qué hiciste? ¿Cómo actuaron los demás? ¿Por qué?
- Durante tu estancia en el internado médico de pregrado ¿recibiste maltrato? Sí, No, ¿Por qué? ¿Por quién?

- ¿En algún momento observaste maltrato hacia tus compañeros? Sí, No, ¿por quién? ¿Qué hiciste? ¿Cómo actuaron los demás? ¿Por qué?
- ¿Existen jerarquías en el trato entre médicos adscritos, residentes e internos? Sí, No, ¿Por qué? ¿en qué consisten?
- Cuando los médicos adscritos consideraron que tu desempeño no fue adecuado respecto a los estándares establecidos, ¿Qué medidas tomaron hacia ti? ¿consideras que las medidas contribuyeron a la mejora en tu desempeño?
- ¿Qué aspectos de la relación médico paciente facilitaron la realización de tus funciones como interno? ¿Cuáles aspectos dificultaron la realización de estas? ¿en algún momento tuviste algún conflicto con algún familiar o paciente durante el desempeño de tus funciones? Sí, No, ¿en qué consistió? ¿Cómo lo solucionaste?
- ¿Qué comentarios has escuchado de parte del personal de salud sobre los médicos internos?
- ¿Qué comentarios has escuchado de parte de los médicos adscritos sobre los médicos internos?
- ¿Cómo fue el trabajo en equipo con el demás personal de salud? ¿consideras que apoyaban tu labor?
- ¿Durante el internado tuviste algún conflicto con el personal de salud? Sí, No, ¿con quienes? ¿en qué consistió? ¿Cómo se resolvió?
- ¿Sufriste acoso, maltrato o situaciones incómodas de parte del personal de enfermería, camillería, intendencia y/o administrativos? ¿Cuál fue la causa?
- ¿Qué sugieres para que se mejore la relación entre los médicos internos con el personal de salud?

Anexo 2: Consentimiento informado

Estimado pasante de la carrera de médico cirujano:

Usted ha sido invitado a participar en el estudio titulado “El internado médico de pregrado: un análisis desde la perspectiva de los recién egresados”, Realizado por el MPSS. Elías Nain Peralta Cortes. El objetivo de este estudio es: Analizar el proceso formativo del internado médico de pregrado a partir de la experiencia de los médicos pasantes de servicio social de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala.

Si usted acepta participar en este estudio, se le realizará una entrevista a profundidad, misma que será audio grabada, con el fin de conocer un poco de su experiencia durante el internado médico de pregrado con relación a las actividades realizadas, estrategias de enseñanza-aprendizaje realizadas, así como situaciones de maltrato y violencia durante su formación como interno.

La participación en esta actividad es de carácter estrictamente voluntario y no involucra ningún daño o peligro para su salud física o mental. Usted puede negarse a participar en cualquier momento del estudio sin que deba dar razones para ello, ni recibir ningún tipo de sanción. Todos los datos que se obtengan dentro de la entrevista serán estrictamente confidenciales, en todo momento se guardará el anonimato, estos datos serán organizados con un número de participante y un pseudónimo completamente ajeno a los datos reales. La identidad de los participantes estará disponible solo para el personal del proyecto y se mantendrá en estricta confidencialidad. Nuevamente, se asegura que los datos que se obtengan dentro de esta investigación no serán utilizados para ningún otro propósito diferente al ya señalado con su autorización previa por escrito.

He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado.

Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante.

Nombre del participante: _____

Firma del participante: _____

Fecha: _____

Datos de Contacto:

MPSS Elias Nain Peralta Cortes

Teléfono: 272 199 01 05

Correo electrónico: nainperaltacortes@gmail.com