

## Artículo de Revisión

# Calidad de Vida en las Residencias Médicas en México: Un Grito Desesperado

Juan Antonio Lugo-Machado, Dalia Yocupicio-Hernández, Ana Luisa Escobar-Morales

30 de Septiembre de 2019

### Resumen

*La educación en las residencias médicas dista mucho de ser una formación que contemple todas las dimensiones que requiere el educando, así mismo está plagada de métodos y estrategias anticuadas que bajo un "currículum oculto", fomenta una educación tergiversada, carente de humanismo y cordialidad. El contraste lo desborda en un mundo lleno de progreso científico y tecnológico en su práctica como profesional y un estancamiento en los paradigmas educativos en su formación. Rev Med Clin 2019;3(3):162-167.*

**Palabras clave:** Residencias Médicas, Calidad de vida, educación

### Abstract

#### Quality of Life in the Residences Doctors in Mexico: A Scream Desperate

*Education in medical residences is far from being a training that contemplates all the dimensions required by the student, they are also plagued by outdated methods and strategies that under a "hidden curriculum", foster a misrepresented education, devoid of humanism and cordiality. The contrast overflows it in a world full of scientific and technological progress in its practice as a professional and a stagnation in the educational paradigms in its formation. Rev Med Clin 2019;3(3):162-167.*

**Key Words:** Medical residences, Quality of life, Education

### Autores:

El Dr. Juan Antonio Lugo-Machado es médico Otorrinolaringólogo adscrito al Servicio de Otorrinolaringología del Hospital de Especialidades N° 2 "Luis Donaldo Colosio Murrieta", Instituto Mexicano del Servicio Social, Cd. Obregón, Sonora, y Profesor de Anatomía Humana de la Universidad de Sonora, Campus Cajeme, Cd. Obregón, Sonora; Las Doctoras Dalia Yocupicio-Hernández y Ana Luisa Escobar-Morales son estudiantes de medicina de la Universidad de Sonora, Campus Cajeme, Cd. Obregón, Sonora.

### Correspondencia:

Blvd. Bordo Nuevo s/n, antiguo Ejido Providencia, Cd. Obregón, Sonora, México. CP 85010 Departamento de Ciencias de la Salud, Campus Cajeme | Universidad de Sonora lotorriox@gmail.com

**E**L gran desarrollo científico y tecnológico en nuestros días, contrasta abismalmente con los paradigmas empleados en la educación de residencias médicas en nuestro país.

Los profesionales de salud, durante su desarrollo académico, adolecen paradójicamente de la actividad en que se desenvuelven, la salud.

Múltiples estudios, ya han confirmado los efectos de la calidad de vida en el desarrollo de las residencias médicas.<sup>4,12,13,15</sup>

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la calidad de vida es la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, normas e inquietudes. Se trata de un concepto que está influido por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con el entorno.<sup>1</sup>

De acuerdo con Siergrist, calidad de vida se define en términos de dos dimensiones básicas

de la salud subjetiva: la dimensión del bienestar (humor, emociones positivas y negativas, motivaciones y cognición) y en segundo lugar una dimensión de igual importancia que es la capacidad de actuación del sujeto (habilidad para alcanzar objetivos definidos como propios o ajenos).<sup>2</sup>

En México los residentes son expuestos, al menos, a condiciones legales y normativas no siempre claras. Primera, con base en la Ley Federal del Trabajo son trabajadores, pues tienen una relación de trabajo con la institución donde desarrollan su residencia y, para la Norma Oficial Mexicana, están inscritos y reciben educación de posgrado avalados por una universidad y están obligados a cumplir un programa académico y un programa operativo. Segunda, en las sedes de adscripción los residentes son predominantemente tipificados por sus contemporáneos como trabajadores y, marginalmente, como estudiantes.<sup>3</sup>

La asignación de los residentes se hace después de que acreditan el examen nacional de residencias médicas, en el cual deben competir en conocimientos con una gran cantidad de aspirantes inscritos a nivel nacional. Después de eso, para ingresar a las diferentes instituciones se realiza nuevamente una selección. Este proceso en ocasiones puede ser muy desgastante. Otro factor que debe considerarse es que muchos residentes inician sus estudios de posgrado inmediatamente después de haber terminado su servicio social, el cual es un año obligatorio de servicios a la comunidad, según la Ley General de Salud. Estos procesos podrían tener en conjunto una gran influencia en los cambios en la calidad de vida.<sup>4</sup>

## Desarrollo

El médico residente, por falta de tiempo y energía, no cuenta con el tiempo necesario para el cuidado de su salud, condición que contradice lo expresado en el Código de Bioética para el Personal de Salud, donde se sugiere que médicos y demás personal de salud deberán tener a cargo solo la cantidad de pacientes que les sea posible atender sin comprometer su salud.

Resulta necesario que el sistema de salud mexicano, considere la posibilidad de diseñar un programa de promoción y control de la salud del personal médico en formación, con el propósito de tener un mejor resultado de salud y permita modificar los hábitos alimenticios de los residentes, así como la promoción de la actividad física, ya que el proceso de desgaste físico y mental tiene gran impacto en sus relaciones sociales y a su vez con los pacientes que atiende, una vez que la exigencia y la sobrecarga de trabajo no les permite tener tiempo disponible para ello.<sup>5</sup>

Es evidente que los aspectos afectivos y sociales no suelen ser considerados al evaluar el desempeño que exige la residencia; sin embargo, estos afectan considerablemente el desarrollo integral del individuo. Patologías como la ansiedad y la depresión, causales de discapacidad y ausentismo laboral, pueden ser precipitadas por los programas de formación de especialistas, en los que las cuestiones laborales, sociales y académicas pueden alterar el estado emocional y afectar así, la calidad de vida de los residentes. Las principales causas de los trastornos son: horarios demandantes y jornadas de trabajo extenuantes.<sup>6</sup>

Desde la década de los ochenta, Jackson señalaba que el currículo oculto tiene la capacidad de mostrar las contradicciones entre lo que se dice y lo que se hace, por lo que resulta una exigencia que toda institución instruya permanentemente e informe de manera sistemática a los docentes sobre sus responsabilidades en tanto como intermediarios y facilitadores, a fin de no distorsionar los objetivos del currículo.<sup>7</sup>

El currículo oculto debe hacernos reflexionar acerca de todos aquellos "sobre entendidos", rituales, o "porque-así-se-ha-hecho-siempre" a los que se enfrenta el médico en preparación. Estos antecedentes hacen recordar que la educación médica es un proceso cultural que se modula constantemente por fuerzas externas y por otras internas. Es tan importante el currículo oculto que puede tener efecto sobre la percepción que tienen los estudiantes en relación con la interacción médico-paciente, las interacciones con los

profesores, el acercamiento a los tratamientos médicos de la enfermedad, y las prioridades de salud en su lugar de trabajo y aunque habitualmente se les asocia a conductas negativas, puede apoyar cambios positivos. El enfrentarse a la realidad de la incongruencia entre lo que se dice en las sesiones académicas y lo que ocurre ante el paciente real y lo que ocurre en los hospitales puede crear una disonancia cognitiva con sus expectativas. Además, los estudiantes tienen que trabajar para alcanzar cuatro objetivos que son fuente de conflicto: trabajo en equipo, cuidado del paciente, actividad clínica y calificaciones satisfactorias, mientras están presionados por la falta de sueño, el tiempo para la escuela, el estudio, el transporte y las otras actividades que requieren de su presencia como las familiares y afectivas.<sup>8</sup>

Es un hecho constatable que muchos de los programas de residencia ofrecidos en nuestro medio adolecen de un examen relativo a la calidad de vida de los sujetos en formación. Los eventos adversos directamente relacionados con este descuido son una carga adicional a los costos de la atención en salud y, sobre todo, un factor que perpetúa y amplifica el problema. Muchos de los estudios sobre la calidad de vida en residentes han reducido su significado al concepto de burnout. Un análisis más global de la vida en el trabajo del residente requiere tomar como foco de estudio a la persona en todas sus dimensiones y niveles, y como sistema abierto a otros análisis. Procurar calidad de vida en los médicos en formación incluye, además del bienestar físico que, según los estudios presentados se encuentra deteriorado, un esfuerzo por su bienestar material, social y de desarrollo personal y emocional. Todos estos factores en conjunto hacen parte del concepto de salud y calidad de vida que se predica con frecuencia para los pacientes y no para el médico en formación.

Los factores más comúnmente asociados a este problema están representados en la sobrecarga de trabajo, la privación de sueño y las consecuencias derivadas de estos factores tales como errores en la atención y las quejas por parte de los pacientes y sus familiares; simultáneamente, en muchos de estos médicos se presentan síntomas clínicos de trastornos emocionales y

enfermedades de diversa índole.<sup>9</sup>

Aunado a lo anterior, las guardias complementarias –así llamadas para no crear alarma social– siguen siendo cada tercer día (A, B, C), con un horario de entrada a las 16 pm y salida a las 7 am, de lunes a viernes. Los días festivos y fines de semana estas guardias son de 24 horas continuadas, de 8 am a 8 am. Esta situación convierte al médico residente en una suerte de esclavo de las instituciones de salud, al cual se le ha domesticado su imaginario del deber ser a costa de su propia salud (“la medicina con hambre y fatiga se aprende”). Es importante mencionar que la jornada laboral debe tener un límite máximo, el que se debe determinar por la capacidad física del trabajador (fuerza de trabajo), y por el hecho de que el trabajador necesita una parte del tiempo para satisfacer sus necesidades espirituales, personales y sociales.<sup>9</sup>

Durante el desarrollo de las residencias médicas se han encontrado niveles de estrés superiores a los de la población en general, los factores comúnmente asociados a esto son sobrecarga de trabajo, privación de sueño.<sup>10</sup> Sí sólo tomáramos en cuenta la privación de sueño esta se encuentra asociada a una predisposición de cometer más errores, lesiones, abuso de alcohol o drogas y en el peor de los escenarios han ocurrido suicidios por parte de los residentes.<sup>11</sup> Prieto-Miranda, et al. realizaron 137 encuestas en 45 residentes, demostramos que hay desgaste profesional y deterioro en la calidad de vida de los residentes desde el inicio de sus estudios de posgrado y se mantienen durante el primer año. Asimismo, demostramos que existen adaptaciones positivas en algunas especialidades y mayor deterioro en otras.

Sepúlveda y cols. obtuvieron 39.6% de prevalencia de depresión y 29.6% de ansiedad entre residentes de Pediatría, presentándose una coexistencia de ambas patologías en 21.4%.<sup>12</sup> Waldman y cols.<sup>3</sup> estudiaron a 106 residentes de cardiología en Argentina y refirieron que cerca de la mitad presentó un cuadro depresivo según el inventario de Beck.<sup>13</sup> Cárdenas y cols. 36% en 259 residentes en la ciudad de Caracas, Venezuela; utilizando el inventario de Beck.<sup>14</sup> Loría

Castellanos y cols. refirieron cifras de ansiedad de 46.4% en 56 residentes de cuatro especialidades, utilizando la escala de Goldberg.<sup>15</sup> En el presente estudio, los estudiantes de Pediatría fueron los menos afectados y los de Urgencias Médicas los que presentaron mayor ansiedad; sin embargo, en el análisis estadístico no encontramos relación con significancia entre ansiedad y especialidades.<sup>16</sup> De Oliveira y cols. quienes mencionan que 33% de los residentes con alto riesgo de depresión y Burnout, reportaron múltiples errores en la medicación, comparado con 0.7% en los de bajo riesgo.<sup>17</sup> West y cols. reportaron asociación entre los errores médicos mayores con el diagnóstico de depresión y con la calidad de vida de los residentes de medicina interna. Las variables de fatiga y angustia siguieron siendo estadísticamente significativas cuando se modelaron junto con un pequeño cambio en las estimaciones puntuales del efecto.<sup>18</sup> Rosen mostró que al comienzo del año interno, el 4,3% de los residentes de medicina interna cumplían los criterios de agotamiento según lo medido por el Maslach Burnout Inventory (MBI). Al final del primer año, las tasas habían aumentado al 55.3%, con un aumento significativo tanto en las subescalas de despersonalización como de agotamiento emocional.<sup>20</sup>

La Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud (CIFRHS), es un organismo colegiado interinstitucional y autónomo. Su propósito es identificar las áreas de coordinación entre las instituciones educativas y las de salud en el proceso de formación de recursos humanos para esta última área, según los requerimientos del Sistema Nacional de Salud. Dentro de los objetivos educativos se encuentra el elevar la calidad de la educación en todos los niveles, vincular la investigación científica y el desarrollo experimental con los requerimientos del país, elevando la calidad del personal médico y de salud, propiciando el incremento de la investigación. Asimismo, la CIFRHS es un órgano de consulta de la Secretaría de Educación Pública y de la Secretaría de Salud, así como de otras dependencias e instituciones del sector público.<sup>14</sup>

Cabe aclarar que la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos

para la Salud de lo único que se encarga es de coordinar cuántas plazas existen para cada médico aspirante. Si se encargara de supervisar los procesos formativos y académicos terminaría por cerrar la gran mayoría de sedes para médicos residentes, puesto que no existe hasta este momento un censo nacional de profesores certificados en la enseñanza de posgrado, en este caso de especialidades médicas.<sup>19</sup>

En cuanto al aprendizaje mismo, lo encontramos repleto de relaciones de poder dentro de un "currículum oculto". En ocasiones, este es aprovechado por los médicos en formación de más rango (residentes de segundo, tercero o cuarto año, entre otros) o por médicos adscritos a los servicios. Aquí convergen aspectos informales respecto a la formación académico-científica, entre ellos.

Abusos laborales como el acoso sexual, acoso laboral, discriminación sexual, despotismo (no se le puede dirigir la palabra a un residente superior en rango ni mucho menos al médico de base, nunca se debe cuestionar una orden), castigos físicos (guardias de castigo), castigos económicos (comprar alimentos para todo el servicio), injurias y otros. Así, el resultado es que tenemos médicos especialistas o subespecialistas que en su relación médico-paciente terminan por ofrecer despotismo, apropiación del cuerpo, desvanecimiento de la otredad, desvirtuación del individuo en su padecer, y que se rigen como creadores y reproductores de verdades absolutas. Estas relaciones de poder están implícitas en el acto y el ejercicio médico, pero humillar y amenazar al aprendiz es un arte milenario.<sup>19</sup>

## Conclusión

Es evidente un cambio sustancial en los métodos de formar médicos residentes, no debemos limitarnos a leer y confirmar la vasta literatura que nos aclara objetivamente los estragos en la formación de profesionales de la salud, es necesario realizar una modificación trascendental en nuestros hábitos arraigados en la formación de recursos humanos, iniciando con un trato que respete la persona que es.

Existen múltiples autores que ya han escrito al respecto, Donovan Casas Patiño, hace evidente estas situaciones, comparto su punto de vista, y veo necesario considerar las recomendaciones que nos plantea en su artículo, Médicos residentes en México: tradición o humillación.<sup>9</sup>

No podemos exigir al profesional de la salud, una conducta gentil, de respeto y humana, cuando dentro de su aprendizaje como “currículo

lo oculto”, estuvo expuesto a un trato opuesto al que se exige que cumpla. Invito a las autoridades a que revisen y vean objetivamente las condiciones en que se preparan nuestros futuros médicos quienes se manifiestan en un grito desesperado, se les voltee a ver y se realicen cambios reales, no promesas políticas, que impacten en beneficio de una mejor formación, con ello aseguramos en un futuro no muy lejano una atención médica de calidad y calidez humana en nosotros mismos.

## REFERENCIAS

1. WHO. Constitution of the World Health Organization. En: The first ten years of The World Health Organization [Internet]. Geneva: WHO; 1958 [citado: 20 Mar 2012]. Disponible en: [http://WHQLIBDOC.WHO.INT/PUBLICATIONS/A38153\\_ANNEXES.PDF](http://WHQLIBDOC.WHO.INT/PUBLICATIONS/A38153_ANNEXES.PDF).
2. Albanesi de Nasetta S, Nasetta P. Residentes médicos y calidad de vida. *Vertex* 2005; 16: 245-50.
3. Acosta-Fernández, Martín, Aguilera-Velasco María de los Ángeles, Pozos- Radillo, Blanca Elizabeth, Torres-López Teresa Margarita, Parra Osorio, Liliana. (2017). Vivencias y experiencias de médicos residentes mexicanos durante su primer año de formación académica. *Investigación en educación médica*, 6(23), 169-179. <https://dx.doi.org/10.1016/j.riem.2016.09.012>,
4. Prieto-Miranda Sergio Emilio, Rodríguez-Gallardo Gisela Bethsabé, Jiménez- Bernardino Carlos Alberto, Guerrero-Quintero Laura Guadalupe, Desgaste profesional y calidad de vida en médicos residentes, *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2013;51(5):574-579.
5. Gaona Valle Laura Soraya, Consuelo Estrada José Ramón, Tomp Osnaya Edna Paulina, José Noé Rizo Amézquita José Noé, La importancia de la salud en los médicos residentes y su relación con la calidad y seguridad del paciente, *BOLETIN CONAMED - OPS* Volúmen
6. Plata Guarneros M., Flores Cabrera L., Curiel Hernández O., Juárez Ocaña J.R., Rosas Barrientos J.V. Depresión y ansiedad en la residencia médica Revista de Especialidades Médico- Quirúrgicas [Internet], 16 (2011), pp. 157- 162.
7. Candaudap Ortega, M. El currículo oculto en la formación del médico: El caso de la subespecialidad en Cirugía Plástica, Estética y Reconstructiva. *Educación Médica*, 201013(2), 101- 105.
8. Teresa Imelda Fortoul van der Goes, Lo que decimos y lo que hacemos, la incongruencia en la enseñanza de los buenos hábitos: el currículo oculto, *Inv Ed Med* 2013;2(7):119-121.
9. Casas Patiño Donovan, Torres Alejandra Rodríguez, Casas Patiño Isaac, Galeana Castillo Cuauhtémoc, Médicos residentes en México: tradición o humillación, *Medwave* 2013;13(7):e5764 doi:10.5867/medwave.2013.07.5764 <https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Revisiones/Analisis/5764>.
10. Luthy C, Perrier A, Perrin E, Cedraschi C, Allaz AF. Exploring the major difficulties perceived by residents in training: a pilot study. *Swiss Med Wkly* 2004; 134: 612-7.
11. Cohen JS, Patten S. Well-being in residency training: a survey examining resident physician satisfaction both within and outside of residency training and mental health in Alberta. *BMC Med Educ* 2005; 5: 21.
12. Sepúlveda-Vildósola A.C., Romero-Guerra A.L., Jaramillo- Villanueva L., Estrategias de afrontamiento

- y su relación con depresión y ansiedad en residentes de pediatría en un hospital de tercer nivel Bol Med Hosp Infant Mex, 69 (5) (2012), pp. 347-354.
13. Waldman S.V., Diez J.C., Arazi H.C., Linetzky B., Guinjoan S., Grancelli H., Burnout, perceived stress, and depression among cardiology residents in Argentina Acad Psychiatry [Internet], 33 (4) (2009), pp. 296-301.
14. Cárdenas M, E. Rodríguez Ansiedad, depresión y calidad de vida en médicos residentes Neuropsicofarmacología, 2 (2) (2011), pp. 32-33.
15. Loría-Castellanos, J.M. Rocha-Luna, G. Márquez-Ávila Patrón y calidad subjetiva de sueño en médicos residentes y su relación con la ansiedad y la depresión Emergencias, 22 (2010), pp. 33-39.
16. Vázquez-Ramírez Luis Alberto, González-Pedraza Avilés Alberto, Ansiedad, depresión y calidad de vida en un grupo de médicos residentes de la ciudad de México, Atención Familiar Volume 21, Issue 4, October–December 2014, Pages 109-112.
17. De Oliveira Jr G.S., Chang R., Fitzgerald P.C., Almeida M.D., Castro- Alves L.S., Ahmad S., et al. The prevalence of burnout and depression and their association with adherence to safety and practice standards: a survey of United States anesthesiology trainees Anesth Analg, 117 (1) (2013), pp. 182-193.
18. West .P.C., Tan A.D., Habermann T.M., Sloan J.A, Shanafelt T.D.- Association of resident fatigue and distress with perceived medical errors jama, 302 (12) (2009), pp. 1294-1300.
19. Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud. Información XXXXVI ENARM 2012. Plazas ofertadas para médicos mexicanos civiles y lugares ofertados para médicos extranjeros. México D.F.: CIFRHS, 2012.
20. Waguih William IsHak, Sara Lederer, Carla Mandili, Rose Nikraves, Laurie Seligman, Monisha Vasa, Dotun Ogunyemi y Carol A. Bernstein ( 2009 ) Burnout During Residency Training: A Literature Review. Journal of Graduate Medical Education: diciembre de 2009, vol. 1, núm. 2, págs. 236-242.