



**UNIVERSIDAD DE CIENCIAS Y ARTES
DE CHIAPAS**

FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES

TESIS

**EL INTERNADO ROTATORIO DE
PREGRADO: AUTORITARISMO, PODER Y
DESGASTE EMOCIONAL EN LA
FORMACIÓN DEL MÉDICO.**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

PRESENTA

ANA PATRICIA RODRÍGUEZ GUTIÉRREZ

Director de tesis

Mtro. Carlos Eduardo Pérez Jiménez

Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

Noviembre 2020





Universidad de Ciencias y Artes de Chiapas
Dirección de Servicios Escolares
Departamento de Certificación Escolar
Autorización de Impresión



Tuxtla Gutiérrez, Chiapas
21 de septiembre del 2022

Ana Patricia Rodríguez Gutiérrez
Pasante del Programa Educativo de Psicología

Realizado el análisis y revisión correspondiente a su trabajo recepcional denominado "El internado rotatorio de pregrado: autoritarismo, poder y desgaste emocional en la formación del médico" en la modalidad de tesis.

Nos permitimos hacer de su conocimiento que esta Comisión Revisora considera que dicho documento reúne los requisitos y méritos necesarios para que proceda a la impresión correspondiente, y de esta manera se encuentre en condiciones de proceder con el trámite que le permita sustentar su examen profesional.

ATENTAMENTE

Revisores

Dr. Martín Cabrera Méndez

Dr. Germán Alejandro García Lara

Dr. Oscar Cruz Pérez

Firmas:

AGRADECIMIENTOS

No me alcanzarían cientos de páginas en agradecerles a los pilares de mi vida, no va en orden los agradecimientos, pero pueden tener una cosa segura; sin ustedes no hubiera llegado hasta este momento.

A mis papás, por la paciencia de esperar los resultados de esta tesis, que creyeron en mí y en el potencial que fue sacar a flote esta investigación, gracias por enseñarme a nunca desistir, siempre persistir en el camino y, sobre todo, gracias por amarme en cada momento, los amo infinitamente. A “La Pau” y a Diego, gracias por acompañarme en este camino, entre jalones y estirones, sé que los tres nos amamos incondicionalmente.

A mi cielo, haciendo mención honorífica en esta tesis porque, este hombre me conquisto ayudándome a transcribir mis entrevistas, sin duda, ya se veía venir que si eso fue pretendiéndome, ahora siendo novios, no hay proyecto o idea que tenga en la que no me apoye y me impulse a realizarlo. Te amo Luis.

A mi hermana, mi otra mitad, Aylincita... Gracias infinitas por ser la primera persona que escucho sobre este proyecto y también creer muchísimo en el fin de esta tesis, eres la mejor roomie que pude haber tenido, “tú eres otro yo y yo soy otro tu” te amo hermana. A Ricardo, gracias por cada jueves en casa de tu abuelo, por “consensar” las situaciones de nuestra vida, reírnos, enojarnos o llorar, gracias por adoptarme como tu hermana los fines de semanas, siempre tienes un espacio en mi corazón, te quiero mucho.

Gracias a mis amigas (hermanas) por estar en todo momento conmigo, gracias Moni por todos los momentos que hemos pasado juntas desde los 8 años,

somos el vivo ejemplo que la familia se puede escoger y con los años nos hemos acobijado como la familia que ya somos, te amo hermana. Gracias Anne, por aparecer en mi vida en el momento correcto, en la circunstancia correcta y acompañarme a partir desde ese día, por siempre gracias por darme la canción que necesito escuchar, te quiero muchísimo.

Al Mtro. Carlos Eduardo, mi súper asesor de tesis, gracias por su paciencia y enseñanzas, y más por las porras cuando ya quería tirar la toalla, gracias por creer en mí y en esta investigación, de usted aprendí que la investigación no necesariamente tiene que empezar como la mayoría lo hace, gracias infinitas.

Esta tesis quiero dedicársela a mi tina, sé que yo no te encontré, tu me encontraste a mí, y volvería a correr las veces que fueran necesarias por ti cuando escuche que te iban a atropellar, volvería a recorrer la procu por irte a agarrar, agradezco cada día que puedo verte tus ojitos bellos. A mi Lunita, el accidente de la tina que llego a mi vida de manera muy extraña, pero, que me ha enseñado a ser paciente y a amar incondicionalmente. Les voy a dar el patio que se merecen.

Gracias a cada médico y médica que me dio su tiempo para realizar esta investigación, sin ustedes, esto no hubiera sido posible, esto va por ustedes, por una práctica y enseñanza médica más respetuosa y digna, espero de todo corazón que esta investigación aporte para cambiar las maneras de enseñar y aprender.

¡Gracias totales!

Ana Patricia Rodríguez Gutiérrez.

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

JUSTIFICACIÓN

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

CAPÍTULO 1. MARCO TEÓRICO

1.1 ACOSO SEXUAL O LABORAL	17
1.2 AUTORITARISMO MÉDICO	21
1.3 CONSECUENCIAS EMOCIONALES DE LA SOBRECARGA DE RESPONSABILIDADES	24
1.4 DESIGUALDAD DE GÉNERO EN MEDICINA	28

1.5 EL MÉDICO EN FORMACIÓN	31
1.6 IMPORTANCIA DE LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE EN EL QUEHACER CLÍNICO	36

CAPÍTULO 2. METODOLOGÍA

2.1 ENFOQUE	41
2.2 MÉTODO	42
2.3 TÉCNICA	43
2.4 SUJETOS	44
2.5 PROCESO	45
2.6 ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	46

CAPÍTULO 3. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

3.1 LAS JERARQUÍAS EN EL GREMIO MÉDICO	47
3.1.1 JERARQUÍAS EN MEDICINA	47
3.1.2 JERARQUÍAS DENTRO DEL HOSPITAL	49
3.1.3 PAPEL QUE JUEGA EL INTERNO EN LAS JERARQUÍAS DEL HOSPITAL	51
3.1.4 PERSPECTIVA SOBRE LAS JERARQUÍAS DENTRO DEL HOSPITAL	52
3.1.5 INCONFORMIDAD CON LAS JERARQUÍAS	54

3.2 VALOR HUMANO	57
3.2.1 DESACREDITACIÓN DE LA DIGNIDAD	57
3.2.2 ACOSO HACIA LAS MUJERES DENTRO DEL HOSPITAL	61
3.2.3 OPINIÓN SOBRE EL ACOSO HACÍA LAS MUJERES DENTRO DEL HOSPITAL	63
3.3 VALOR COMO MIP	64
3.3.1 DESACREDITACIÓN COMO MIP	64
3.3.2 NORMALIZACIÓN DEL TRATO HACIA EL INTERNO	65
3.4 EL AÑO DE INTERNADO	66
3.4.1 DESCRIPCIÓN DEL AÑO DE INTERNADO, DESCRIPCIÓN DE LA EXPERIENCIA EN EL INTERNADO	66
3.4.2 DESCRIPCIÓN DEL HOSPITAL DONDE SE REALIZÓ EL INTERNADO	69
3.4.3 COMPARACIÓN DE LA EXPERIENCIA DEL INTERNADO PROPIA CON LA DE OTROS COMPAÑEROS	70
3.4.4 EXPERIENCIA EN EL INTERNADO DE ACUERDO CON LA ALIMENTACIÓN, DISCONFORMIDAD CON LA ALIMENTACIÓN	72
3.5 ¿QUÉ ES UN MIP?	74
3.5.1 ACTIVIDADES LLEVADAS A CABO COMO MÉDICO INTERNO	74
3.5.2 JORNADAS DEL MÉDICO INTERNO	77
3.5.3 EXPERIENCIAS NO TAN AMENAS DURANTE EL INTERNADO	79
3.5.4 EXPERIENCIA DE SER FORÁNEO DURANTE EL INTERNADO	91
3.5.5 IDEAS SOBRE DESERTAR EN EL INTERNADO	92

3.6 RELACIONES DENTRO DEL HOSPITAL	94
3.6.1 RELACIÓN CON OTROS COMPAÑEROS MÉDICOS	94
3.6.2 RELACIÓN CON PERSONAL DEL HOSPITAL	96
3.7 VIDA DESPUÉS DEL HOSPITAL EN EL AÑO DE MIP	99
3.7.1 ACTIVIDADES EXTRA HOSPITALARIAS	99
3.7.2 RELACIONES SOCIALES FUERA DEL HOSPITAL	102
3.8 ESTRATEGIAS PARA LIDIAR MALOS MOMENTOS EN EL AÑO DE MIP	103
3.8.1 RECURSOS PERSONALES PARA LIDIAR CON MALAS EXPERIENCIAS PASADAS	103
3.8.2 RECURSOS PERSONALES PARA NO DESERTAR EN EL INTERNADO	104
3.9 EL MÉDICO Y LA MUERTE	105
3.9.1 ABSTENCIÓN DE FORMAR VÍNCULOS CON PACIENTES	105
3.10 ESTIGMA, CAUSA Y DETERIORO DEL MÉDICO Y SU RELACIÓN CON EL PACIENTE	108
3.10.1 ESTIGMA HACIA EL MÉDICO	108
3.10.2 DETERIORO DE LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE	109
3.10.3 SENTIDO HUMANO EN EL INTERNO	112
3.11 CAMBIOS EMOCIONALES, FÍSICOS Y ACADÉMICOS OBTENIDOS	113

3.11.1 APRENDIZAJES EMOCIONALES OBTENIDOS EN EL INTERNADO	113
3.11.2 CAMBIOS PERSONALES Y PROFESIONALES POST INTERNADO	114
3.11.3 SECUELAS DEL INTERNADO	117
3.12 PREPARACIÓN ANTES DE SER MIP	118
3.12.1 PUNTO DE VISTA RESPECTO A LLEVAR UNA PREPARACIÓN PREVIA AL INTERNADO	118
3.13 ¿QUÉ SE CAMBIARÍA DEL INTERNADO?	125
3.13.1 PUNTO DE VISTA PERSONAL SOBRE HACER CAMBIOS EN EL HOSPITAL DONDE SE HIZO EL INTERNADO, OPINIÓN PERSONAL SOBRE CAMBIAR ALGO DEL INTERNADO	125

CONCLUSIÓN

REFERENCIAS

INTRODUCCIÓN

La presente investigación se enfocó en analizar la experiencia del internado rotatorio de pregrado (o año de internado) en médicos de la Facultad de Medicina Humana “Dr. Manuel Velasco Suárez Campus II” de la Universidad Autónoma de Chiapas, UNACH, ya que las experiencias que se viven durante el curso de este año dentro del hospital, invitan a investigar las consecuencias emocionales, el motivo del estigma de la deshumanización en médicos y normalización del ciclo del maltrato que trae consigo este año de quehacer clínico, así mismo, esto también ha generado inquietud por indagar cuáles son los factores que detonan en el aprendizaje patologías emocionales y disturbios en la salud mental, uno de los motivos de investigar o hacer énfasis en algunos de estos factores dentro del hospital es saber por qué estos dan paso a la desmotivación médica y a la normalización de patrones violentos por parte del gremio médico, tomándolo como tradición o parte de la formación académica (que no se mencionan o no forman parte de un plan de estudio de alguna facultad de medicina). Fue importante para esta investigación ser basada en las diferentes experiencias de cada entrevistado y escuchar cómo concibieron el año de internado de acuerdo a las vivencias que tuvieron en el transcurso de este, por lo tanto, es crucial comparar el lugar y hospital donde se llevó a cabo el internado rotatorio de pregrado. Se abarcaron a médicos que efectuaron este año en la ciudad de Monterrey, Nuevo León y la ciudad de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, cabe destacar que, a pesar que son estados diferentes donde se realizó el año de internado, los médicos entrevistados pertenecían a la Facultad de Medicina Humana, “Dr. Manuel Velasco Suárez Campus II”. Finalmente, se hace mención sobre la importancia de porqué fomentar en la formación médica un entrenamiento psicológico para el manejo de situaciones adversas que puedan vivir en este año y los años provenientes para su formación, situaciones difíciles como la muerte y la relación médico-paciente.

Dentro del planteamiento del problema se empieza directamente por revisar las complicaciones que trae elegir una carrera universitaria y cómo la elección de esta, al fin y al cabo resulta ser una competencia, es decir, entrar al nivel superior y sobre todo en una licenciatura

demandada como es medicina, ya dentro de esta carrera, en la formación se pueden encontrar más contienda en la facultad, esto puede llegar a definir si el estudiante se mantiene o termina por desertar, cabe destacar que, estas “competencias” son más acentuadas durante el año de internado de pregrado trayendo consigo grados aún más altos de estrés en la formación, desmotivación y problemas en la salud mental del médico aprendiz.

El planteamiento del problema justifica porqué la importancia de analizar la experiencia del año de internado de los alumnos que conforman la Facultad de Medicina Humana “Dr. Manuel Velasco Suárez Campus II”, cabe ser preciso que, uno de los factores que influyen en la experiencia del año de internado es la mala o buena administración del hospital donde vaya a llevarse a cabo, esto pasa afectando (o beneficiando) a la población estudiantil que pretende realizar este año, ya que, es importante saber el número de alumnos que tiene la facultad y posibles candidatos de tener la oportunidad de realizar el año de internado, para eso, se investigó en el anuario de la Universidad Autónoma de Chiapas, UNACH, la población de estudiantes en el año 2019, y los pocos lugares que da el gobierno federal para hacer el año de internado en el estado de Chiapas. Así mismo, se menciona el artículo de la Norma Oficial Mexicana (NOM) que respalda al alumno durante su internado; lo que la institución de salud pública tiene que brindarle al médico interno durante este año y lo que no debería suceder, como, por ejemplo, las guardias de castigo.

Por lo tanto, la información anterior de la justificación, dio pauta al objetivo general; Analizar las experiencias del año de internado en médicos de pregrado de la Facultad de medicina humana, UNACH, para así poder comprender el rol que ocupa el médico interno de pregrado dentro de las jerarquías que se forman en el hospital, y cómo este rol influye en su quehacer clínico. Otro punto medular para la investigación fue comprender la relación que se tienen con los pacientes, ya que ocupa un lugar importante en la experiencia de este año, en otras palabras; a partir del concepto que se tenga al médico, desde la perspectiva de un paciente, influye en su formación y la construcción de cómo ejercer su profesión o que tanto puede afectarle al médico aprendiz, por ende, también uno de los objetivos de la investigación fue indicar los cambios emocionales, físicos y académicos que el médico interno pueda tener en este año.

Con relación a estos cambios que se puedan tener durante y después de este año, en el marco teórico se abarco de lo general (el médico en formación) a las particularidades e

irregularidades que se viven en el internado, como lo son; acoso sexual o laboral, autoritarismo médico, desigualdad de género, importancia de la relación médico-paciente en el quehacer clínico y, por último, consecuencias emocionales de la sobrecarga de responsabilidades. Esto, con el fin de puntuar cuáles eran los factores que más influyen a dar pauta al desequilibrio en la salud mental, estos puntos del marco teórico fueron localizados en las coincidencias dentro de los discursos de los médicos entrevistados.

En la metodología, la investigación tuvo enfoque cualitativo, por motivo que, el método fue fenomenológico; cumplía con las características de la investigación, dado que el objetivo principal es el análisis del año de internado desde la experiencia particular de cada médico, dando paso a la técnica de la entrevista no estructurada, cabe resaltar que, cada sujeto en la entrevista no estructurada, dio paso a indagar más sobre su experiencia, sobre todo, cuando los sujetos en las preguntas principales reaccionaban de distinta manera, unos resistentes a las emociones que vivieron en el internado y otros... no tanto, por eso, la inquietud de hacer la presente investigación; analizar cómo cada médico vivió su internado, dependiendo del lugar que se realizó, las relaciones que formo dentro del hospital y su historia de vida.

Ya obteniendo las entrevistas, se redactó el análisis de los resultados de cada una, sobre todo se destacó en los puntos que más coincidieron los entrevistados; jerarquías en el hospital y medicina, la descripción del año de internado, el médico y la muerte, cambios emocionales, físicos y académicos obtenidos, preparación antes de ser Médico Interno de Pregrado (MIP) y ¿qué se cambiaría del internado?, esto con el fin de ir profundizando cada tema que coincidieron los sujetos para determinar los factores principales a analizar y obtener como resultado los temas a investigar para el marco teórico.

Por último, todo este proceso de investigación se llegó a la conclusión de entender los factores que influyen en los médicos para padecer patologías psicológicas y porqué normalizan los métodos de aprendizaje no éticos que les brindan sus superiores, sin embargo, se menciona también que parte de los sujetos entrevistados no están de acuerdo con dichos métodos pero, tampoco en su momento omitieron poner un alto ante las conductas abusivas que sufrían dentro del hospital, cabe destacar que, el desacuerdo que existe sobre las maneras de enseñanza se busca transmitir a futuras generaciones puedan cambiar o alzar la voz para que este ciclo se rompa.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La elección de cursar una carrera universitaria, aparte de ser una construcción social, es una decisión importante que engloba responsabilidades en las que, tener la oportunidad de estudiar implica las dificultades desde lo económico hasta lo emocional mientras se cursa la carrera elegida, es importante mencionar que la elección de la licenciatura a cursar sea elegida por vocación y/o gusto del estudiante, si no, probablemente termine por desertar, para Fernández (2017), la educación superior va más allá de solo tener una vocación;

La educación superior es un bien de carácter estratégico para las naciones, en tanto es el vínculo indisoluble entre la generación de capital humano altamente capacitado y la producción y difusión de conocimientos que favorecen la conformación de sociedades más justas y economías más competitivas. (p. 184)

Retomando sobre las competencias que menciona el autor, medicina, es una de las profesiones que más se ha basado en una constante competencia en el gremio, es decir, esta es llevada a cabo por quienes tengan la capacidad de estar dentro y subsistir, tal factor comienza desde los primeros semestres (o cuatrimestres) de la licenciatura, ante esto, Rodríguez, Sanmiguel, Muñoz y Rodríguez (2014) señalan las implicaciones de ser estudiante de medicina;

Los estudios en Medicina se caracterizan por una constante y creciente exigencia académica, que demanda del estudiante grandes esfuerzos de adaptación. Por otro lado, aparece como necesaria una preparación óptima, fundamental para el futuro profesional en un mercado laboral cada vez más competitivo. (p.106)

Un momento de la carrera de medicina que es más notoria la competencia entre los futuros médicos es el internado de pregrado, este año es una parte medular del estudiante de medicina, el cual, conlleva a exigentes responsabilidades y la aplicación del aprendizaje obtenido posteriormente, Sánchez, Flores, Urbina y Lara (2008) señalan;

El Internado Médico de Pregrado (IMP), es parte integrante del plan de estudios de la mayor parte de las escuelas y facultades de medicina del país, y se considera como un periodo obligatorio previo al servicio social e indispensable para que los estudiantes de la carrera de medicina integren y consoliden los conocimientos

teóricos y prácticos adquiridos durante los ciclos escolarizados previos de la carrera. (p.15)

Es importante mencionar que, en el internado, el pupilo médico puede llegar a experimentar retos personales, abarcando lo emocional o académico, que puedan poner en riesgo culminar la licenciatura, existe el riesgo que en este año acentúe los problemas que se venían arrastrando durante los semestres de formación, en general, estas son dificultades que se pueden pasar durante la carrera de medicina, al respecto Cruzado (2016) menciona;

Durante el entrenamiento en la carrera universitaria, los estudiantes de medicina están sometidos a diversos factores generadores de estrés que podrían llegar a ser adversos para su salud mental; muchos son inherentes a la naturaleza de la misma formación, como la exigencia académica y el entorno altamente competitivo, pero otros factores son potencialmente modificables por provenir de la interacción con otros individuos, sobre todo figuras de autoridad, en el desarrollo del proceso de enseñanza-aprendizaje (p.74)

Estas son algunas de las adversidades que un médico en formación puede llegar a vivir. Es importante investigar las vivencias, amenas y no tan amenas, que suceden en el año de internado, ya que esta podría ser una pauta para las deserciones del estudiante, debido a las patologías emocionales que presentan al final o durante este año y, sobre todo, que no sepan lidiar correctamente con situaciones complicadas que se les presente, también, durante este año al estar en el hospital da paso a decidir si eligen alguna especialidad (o no) y porqué. Cabe destacar que, es relevante la investigación de los factores o motivos que puedan originar los malestares que le pueden aquejar al médico en formación, todo aquello que es oculto ante los demás y que no se logra apreciar por parte de los pacientes o familiares, así como también, las irregularidades administrativas de hospital y dentro del gremio médico.

Igualmente, durante este año hay aspectos que no se deberían normalizar, como el acoso, denigración de la dignidad y valor humano, sobre carga de responsabilidades, etc., como parte de su formación esto ya no abarca dentro de su aprendizaje, sin embargo, inconscientemente (o no) se va creando “un curriculum oculto” que genera problemas en la salud mental del profesional, profesional que se encarga de salvar otras vidas humanas y que al mismo tiempo sacrifica parte de la suya.

El hospital, como una de las instituciones, es un espacio donde se ejerce el poder la desigualdad de género, las jerarquías académicas, etc., para subordinar a los aprendices médicos, señala Piedra (2005), para entender mejor el poder;

El poder hay que entenderlo como una red productiva que pasa a través de todo el cuerpo social, en lugar de una instancia negativa que tiene por función reprimir (Foucault: 1981). Tanto la persona dominada como la dominadora poseen poderes y el mismo puede ser de distinta naturaleza: emocional, material, espacial. (p.133)

Normalmente, estas maneras de dominación dentro del hospital y/o gremio médico va pasando de generaciones en generaciones haciéndolas tradición dentro de la población, es decir, si decides estudiar medicina tendrás que aceptar que la preparación traerá consigo pocas horas de sueño, mala alimentación, desgaste emocional y sentimientos de inferioridad ante los profesores con una trayectoria y métodos arcaicos de enseñanza.

Es necesario indagar la experiencia del año de internado ya que es donde más se presentan factores como los ya mencionados, para fomentar la atención al médico en formación y las demandas emocionales que este podría tener y no continuar con la normalización de patrones de conducta que tienden a desgastar la salud emocional del pupilo. En este sentido la pregunta de investigación es la siguiente: ¿Cuál es la experiencia del año de internado en médicos de pregrado de la facultad de medicina humana de la UNACH?

JUSTIFICACIÓN

La presente investigación se enfocó en analizar las experiencias del año de internado en médicos de pregrado de la Facultad de Medicina Humana, UNACH, este año de la formación médica ha sido motivo de investigación debido a las alteraciones emocionales que se puedan tener en el trayecto de este, además, otra de las problemáticas más notables que se presentan durante este año es la sobre carga de responsabilidades que existe, esto gracias a los pocos lugares que se otorgan, tanto en Chiapas como otros estados, para que los futuros médicos puedan desarrollar las prácticas clínicas en las distintas áreas con más demanda dentro del hospital;

Según una nota informativa del 10 de octubre del 2019 en el periódico “cuarto poder” del estado de Chiapas, señala que se asignaron a la facultad de medicina humana “Dr. Manuel Velasco Suárez” 49 plazas federales, para realizar el internado rotatorio de pregrado en los hospitales generales de Comitán de Domínguez, San Cristóbal de las Casas, Tapachula y Tuxtla Gutiérrez.

Sin embargo, lo anterior es únicamente a nivel federal, cabe destacar que hay otras instituciones dentro del estado y fuera que otorgan más lugares para llevarse a cabo de internado rotatorio de pregrado, pero los lugares otorgados son pocos a comparación de la población estudiantil que tiene la facultad de medicina humana “Dr. Manuel Velasco Suárez”

Según el anuario estadístico de la Universidad Autónoma de Chiapas, UNACH, en el 2019 contaba con 1,136 estudiantes, cuales se espera en su mayoría logré llegar al año de internado, en la Facultad de Medicina Humana “Dr. Manuel Velasco Suárez, campus II” para médico cirujano, de los cuales 542 eran hombres y 594 mujeres.

La mala administración del sector salud puede generar en el médico interno de pregrado distintos malestares y sintomatología emocional como el síndrome de burnout, debido al exceso de quehaceres que se deja a cargo y el mal trato/estado que puede enfrentar el médico en formación, no obstante, Fuentes Unzueta, Manrique y Domínguez. (2015) dentro de su investigación sobre las condiciones generales de medicina durante el internado, señala que dentro de la Norma Oficial Mexicana NOM existe un artículo que menciona sobre este año;

La NOM-234-SSA1-2003, en su artículo 5.1, menciona que los establecimientos para la atención médica deben contar con áreas de descanso, áreas de aseo personal exclusivas para internos y comedor. Sin embargo, en la realidad no todos los estudiantes cuentan con las instalaciones; además, un porcentaje importante de internos no puede ocupar sus lugares porque el resto del personal del hospital los está ocupando. La NOM, en su artículo 7.5.4, señala que las prácticas clínicas complementarias o guardias de “castigo” no son aplicables. Están prohibidas; sin embargo, siguen ocurriendo con mucha frecuencia y lo grave es que son los propios médicos adscritos quienes las fomentan y aplican. (p.33)

Aludiendo lo que mencionan los autores anteriores, esta investigación buscó analizar toda la experiencia que atraviesan los médicos internos para que más adelante se pueda demostrar que el médico en formación (a parte del desgaste físico) atraviesan un desgaste en su salud mental y se ponga más interés en atender la parte emocional de su formación, al igual que fomentar la inteligencia emocional dentro de la carrera, sobre todo, antes de llegar al año de internado ya que, no solo la mala administración del sector salud contribuye con el desgaste si no, las experiencias emocionales no tan amenas como es la relación médico-paciente y la muerte, pues muchas veces lo teórico no sustituye el poder desarrollar la empatía con los pacientes, este sería el principal beneficio entre la población y el médico, por otro lado, hacer conciencia de estos aspectos en su formación mejoraría la relación dentro del gremio y terminar con tradiciones o patrones de conducta violentos que puedan contribuir a el estudiante de medicina deserte en este año o caiga en patologías psicológicas como depresión o ataques de ansiedad.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Analizar las experiencias del año de internado en médicos de pregrado de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Autónoma de Chiapas (UNACH).

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Comprender el rol de los médicos internos dentro de las jerarquías del hospital.
- Reconocer la relación que construyen los médicos internos con el paciente.
- Indicar los cambios emocionales, físicos y académicos en el médico de pregrado durante el año de internado.

CAPÍTULO 1. MARCO TEÓRICO

1. 1 ACOSO SEXUAL O LABORAL

Dentro de cualquier nivel académico que englobe la preparación para ser médico el fenómeno del acoso, ya sea laboral o sexual, es bastante marcado e incluso logra comprenderse como “dentro de lo normal” a travesar este tipo de situaciones, el acoso dentro de medicina no toma en cuenta género, estatus económico, creencias, religión, estado, hospital, universidad, etc. Sin embargo, a pesar que en esta carrera no considera ninguno de los aspectos anteriormente mencionados, sí existen factores de riesgo, Sepúlveda, mota, Fajardo y Reyes. (2016) al respecto refieren que;

En medicina se han identificado como factores de riesgo para ser víctima de acoso el sexo del alumno, su edad, ser soltero, el tipo de especialidad, la menor jerarquía o grado académico, el nivel sociocultural u origen étnico y el tipo de especialidad médica. (p.593)

Esta situación de acoso dentro del gremio médico no se tiene la noción de cómo va pasando de generación en generación, únicamente se va replicando sin tener la certeza cómo es que sucede o a partir de cuándo empieza este círculo vicioso “el funcionamiento de la fábrica social puede ser enigmático para sus propios actores, y con toda certeza en ello estriba parte de la eficiencia con la que opera” (Castro, 2014, p. 346) Con lo que menciona Castro, se justifica hasta cierto punto por qué sucede el acoso dentro del hospital y/o durante la carrera, cabe resaltar que el argumento que menciona Castro por parte de un médico no tiene justificación frente a su actuar, es decir, se puede concebir coloquialmente un; “así pasa y ya”. Retomando los factores de riesgo anteriormente mencionados, el género es el factor más destacable en el medio médico, desde el primer momento de la formación como lo comenta Castro (2014);

Puede ocurrir que en las aulas de clase las mujeres deban enfrentar y lidiar con diversas expresiones de discriminación de género que las lleva a ser construidas fundamentalmente como elementos para el ornato, para la diversión o el “ligue”, para el servicio, o bien como agentes francamente inferiores que no deben, por definición (por ser mujeres) aspirar a las mejores calificaciones. (p. 344)

Lo más alarmante del acoso en una carrera tan portentosa es que no se encuentra la justificación que tenga un fin en cuestión de cultivar a mejores profesionales de la salud, como hace referencia Castro hacia los médicos varones y el acoso a sus compañeras médicas; “Y, sin embargo, los varones solían admitir que el acoso a las mujeres sigue siendo una práctica regular dentro de los años de formación en medicina” (Castro, 2014, p. 346)

Por otro lado, el acoso dentro de medicina trasciende de maneras despiadadas que pueden lograr acabar con las aspiraciones a servir mejor a la población, como lo describe Sepúlveda, et al. (2016);

Las conductas de acoso descritas más frecuentemente en este ámbito son el menoscabo del trabajo, la humillación pública, amenazas, comentarios de menosprecio, críticas injustificadas, exclusión, la asignación de tareas irrealizables para “desbordar” al acosado, ocultación de información, difamación o trato vejatorio, insinuaciones u hostigamiento sexual, tomar el crédito por el trabajo de otro, gritos e insultos, incremento en horas de trabajo (guardia), o cambios sin previo aviso en actividades programadas. (p. 593)

Lamentablemente en el medio hospitalario cada vez es más normalizado el acoso y el hostigamiento, incluso se llega a concebir como “lo que tiene que pasar” el aprendiz para llegar a ser médico o darse a respetar para así poder repetir la misma transición en otros, esto siendo “tradición” dentro del medio, dejando a un lado el hecho de que estas acciones por parte de otros médicos, comúnmente de mayor jerarquía, pueden ser denunciadas, sin embargo, se prefiere el silencio para no tener represalias por parte de su superiores, así es como el acoso es una estrategia para controlar el medio médico, Ortiz, Jaimes, Tafoya, Mujica, Olmedo y Carrasco. (2014) señalan que;

El acoso laboral, entendido como la conducta intimidante, degradante, ofensiva o maliciosa que se ejerce de manera persistente contra un individuo, suele ser tolerado y justificado en todos los niveles de la práctica médica, considerándose como una conducta inherente a la formación. (p. 291)

Retomando a la acción de denunciar, (que sería una de las soluciones dentro del hospital) es mal vista, en realidad el hecho de confrontar la situación es muy raro o poco por parte del médico afectado “la víctima no reacciona para protegerse de las agresiones; sin embargo, algunas

acciones descritas son ignorar la intimidación, contárselo a algún compañero, confrontar a la persona, presentar una queja ante las autoridades o una queja administrativa.” (Sepúlveda, et al., 2016, p. 594) Algunos hospitales donde el médico en formación llega a estar predominan unos aspectos más que otros e incluso el nivel académico donde se encuentra cursando o área, a pesar de que el acoso se manifiesta en distintas maneras y factores, el género sigue siendo determinante. En esta misma investigación los autores resaltan las áreas dentro del hospital en las que más se llega a sufrir acoso;

Hasta en 10% de los casos ocurre agresión física con golpes y empujones. El acoso ocurre más comúnmente durante las rotaciones quirúrgicas, y luego en las rotaciones en los departamentos de medicina interna, urgencias y anestesia, o durante las actividades académicas o guardias. (p. 594)

Retomando el fragmento de la investigación de Sepúlveda-Vildósola, et al., es claro que faltaría profundizar cómo se empieza a dar este fenómeno del acoso dependiendo de las áreas del hospital y cuáles son las principales características que tiene el médico interno de pregrado para que sea motivo de acoso u hostigamiento dentro de sus prácticas clínicas, subrayan los autores que;

También es necesario investigar sobre el origen de la hostilidad y el acoso, y la cultura que crea y permite estos comportamientos, el fenómeno de formación de grupos en medicina, e incluso cuestionar el diseño de los programas actuales de especialización. (p. 599)

No sorprende que las instituciones de salud no permitan ser cuestionadas por los médicos que se encuentran dentro de esta formándose, debido a que, siendo instituciones gubernamentales (en el caso del sector público) pueden existir alteraciones en la administración, estas disfunciones administrativas pueden fomentar el hábito de no denunciar el acoso y hostigamiento que recibe el pupilo médico. “las principales consecuencias del acoso son de tipo psicológico y predominan el enojo, la desmotivación, la depresión, la pérdida de autoestima y la ansiedad, que ya han sido descritas por otros autores.” (Sepúlveda, et al., 2016, p. 598) De forma similar, los autores señalan los efectos del acoso laboral, haciendo énfasis en las residencias médicas (o especialidad médica), donde suele desenvolverse más este tipo de acoso;

Las consecuencias del acoso laboral durante la formación académica de una especialización incluyen la afectación del estado emocional, principalmente enojo, miedo o ansiedad, culpa, vergüenza, disminución de la satisfacción de realizar una residencia, disminución de la confianza como doctor, afectación del desempeño académico y la calidad de la atención que se les brinda a los pacientes, insatisfacción laboral, burnout, abuso de alcohol, drogas ilícitas o automedicación, ideación o intento suicida. (p. 594)

Sin lugar a dudas, en un medio donde se ve por la vida de otros, uno deja atrás las creencias, valores, autoestima, etc., a cambio de aprender, parece ser una condena en lugar de ser preeminencia por todas aquellas consecuencias que se atraviesan durante la formación del médico, hasta aprobar el hecho de ser acosado (a) por otros, evidentemente si retroalimenta el quehacer clínico del médico el estar dentro del hospital, pero como suele ser el funcionamiento de la dinámica hospitalaria, tendrían que dar algo a cambio, ya sea, salud física y mental o favores sexuales y muchas veces no consensuados, “Si se realiza maltrato y acoso a los educandos en el contexto laboral, ello puede producir daño psicológico, emocional y moral, lo que de ninguna manera puede ser benéfico para los estudiantes y para los pacientes.” (Sánchez, 2016, p. 66)

El acoso dentro del hospital no debería de ser permitido por parte de los médicos en formación y mucho menos promovido por aquellos médicos de mayor jerarquía, no únicamente transgrede las metas o expectativas del aprendiz también repercute directamente a la relación con los pacientes y su práctica médica.

1.2 AUTORITARISMO MÉDICO

En diversas instituciones que son marcadas las jerarquías y el abuso de poder, como lo es el hospital, sobre todo los hospitales del sector público, se puede denotar más el autoritarismo médico, a comparación del acoso, el autoritarismo que ejercen los médicos de mayor jerarquía podría decirse que es un método desalmado para la dignidad del médico interno de pregrado, así lo concibe Fuentes, et al. (2015) en una investigación vivencial con médicos internos de pregrado del Instituto Politécnico Nacional;

Son atentados directos contra la responsabilidad, la ética, la dignidad, el profesionalismo y la justicia. Los abusos de autoridad y de poder son evidentes y los alumnos no cuentan con mecanismos para denunciar o evitar este tipo de acciones de sus superiores. (p. 3:34)

Las coincidencias de efectuar el autoritarismo y el acoso dentro del hospital se destacan los métodos tan parecidos que tienen para que estas dos se lleven a cabo, al final de cuenta lo que buscan es la subordinación de los que se encuentran en una posición inferior en la dinámica de las jerarquías, son pocas las diferencias que hay entre estos dos, por ejemplo, el acoso sexual es más inclinado a la población femenina que masculina pero, la denuncia por parte de los médicos que enfrentan este tipo de situaciones son escasas, de esta manera lo señala Fuentes, et al., (2015);

No existe una cultura de denuncia. También es evidente la falta de decisión de los estudiantes para reconocer estos actos y oponerse a ellos. ¿Es verdad que nadie en el hospital se da cuenta de todos estos actos? ¿Qué hace el resto del personal ante estas faltas evidentes contra sus derechos y dignidad? (p. 34)

Es estremecedor, como se ha mencionado que, a pesar de ser algo notorio cómo se lleva a cabo toda esta serie de hechos hacia los médicos de menor grado académico no haya una intención de denuncia o que alguien externo alce la voz para que no sobre pasen la dignidad humana de los que se encuentran en el medio, entonces, ¿qué determina o impide la delación? o ¿Es que es tan normalizado para tomarse como “aprendizaje” el pasar por este proceso? entonces, ¿qué hace dentro del hospital una educación de “calidad”? Respecto a estos argumentos, Fuentes, et al., (2015) aluden que;

La cantidad no es el factor determinante para asegurar la calidad o el aprendizaje. Baste lo anterior para mostrar la clara negligencia y abuso por parte del personal y autoridades hospitalarias, y la clara explotación de los estudiantes, quienes no pueden oponerse a las demandas y órdenes de las autoridades (p. 34)

Respecto a ello, el hecho de tener guardias extras (una guardia consta de al menos de 36 horas estar dentro del hospital) no garantiza un mejor aprendizaje del estudiante, este método de aprendizaje/castigo no debería concebirse como método de estudio, sin embargo, suele ser de lo más común esta acción, cabe destacar que dependiendo el grado académico que se atreviese serán los castigos o sanciones que se les imponga por autoritarismo.

Así Acosta, Aguilera, Pozos, Torres y Parra. (2017) lo mencionan en el caso de los residentes (médicos estudiantes de la especialidad);

Un residente debe re-construir su acervo de conocimientos y ajustarlo a un nuevo contexto y cultura que se caracteriza, en la mayoría de los casos, por el control y dominio, imposición de jerarquías, subordinación, comunicación directa solo con su superior inmediato, aceptación y disponibilidad para realizar cualquier tipo de tarea a cualquier hora, comer y descansar cuando pueda y aprender a callar. Solo así pudiera ser reconocido por los otros y por sí mismo como médico residente. En México los residentes son expuestos, al menos, a condiciones legales y normativas no siempre claras. (p. 171)

Cualquier médico en formación, para adquirir los conocimientos necesarios o que necesite para fines de lograr sus metas académicas, tendrá que pasar por procesos de adaptación, sobre todo si este realiza su residencia fuera de su lugar de origen, más que nada para pertenecer a esta “jungla” (cómo muchos médicos en formación se refieren al hospital y su dinámica) tendrán que resignarse a una subordinación del autoritarismo médico por parte de su superiores, es curioso porque, siendo médico interno de pregrado (nivel académico llevado a cabo antes del servicio social; hacen un internado durante un año para hacer sus prácticas clínicas) estos mismos se han considerado estar un escalón debajo de los trabajadores que tiene base en una institución de salud, la subordinación que sufren ellos también es proveniente de estas personas, por ende a los internos y residentes les causa consecuencias como estrés, así lo recalcan Sánchez, et al., (2008) en su artículo de investigación;

Esta situación coincide con lo reportado por Cohen y Patten (15) con relación al estrés al que se ven sometidos los residentes y que es válido también para los internos, que se sienten amenazados por los superiores y otro tipo de personal, lo que los pone ante la disyuntiva de expresar sus ideas o conservar su estatus académico. (p. 20)

No hay duda que los logros académicos en la formación de los médicos a la larga obtendrán muchos frutos, como es previsto cuando se ingresa a una carrera universitaria, sin embargo, medicina a diferencia de las otras carreras esta puesta en un estatus social bastante alto, y el precio a pagar por tener un lugar en una institución de salud es elevado, pasando por diversos momentos en que se tiene que tolerar, como maltratos, hostigamiento y/o violación a la dignidad humana, explotación laboral, etc., para obtener el respeto por parte de sus superiores, no hace falta decir que el autoritarismo médico se empieza a aprender a sobrellevar desde el año de internado, donde el médico tiene que poner en práctica sus saberes obtenidos en la universidad, a pesar de ello, no hay materia alguna en los planes de estudio que se les indique como lidiar con este sometimiento causado por las jerarquías que en el hospital se manejan. Acosta, et al. (2017) sustentan que;

Es deseable un cambio en las políticas de las instituciones de salud, tanto en la planeación y operación, como en el uso eficiente y efectivo de recursos. Que los encargados del proceso formativo de los médicos tengan realmente las competencias necesarias para no permitir más comportamientos incívicos u hostiles y que se luche por erradicar trato y prácticas indignas, como guardias de «reflexión» y los castigos «académicos», así como alentar la formulación de denuncias por parte de los médicos residentes. Que en la implementación de los planes de estudio y programas operativos se evite la sobrecarga de trabajo; que sean más benignos con la salud de los médicos en formación. Se sugiere partir de la premisa de que los residentes, como cualquier otro ser humano, son vulnerables y tienen un límite que, de ser rebasado, pudiera poner en riesgo su salud. (p. 178)

Los efectos del autoritarismo médico, a parte de los efectos en lo académico, en la salud física logran tener mayor importancia de unos años a la actualidad, ya qué ha sido cada vez más notorio las retribuciones en esta y en el aspecto emocional, sin embargo, los médicos de la “vieja escuela” tienen una percepción que los aprendices tiene poco umbral de soportar este tipo de situaciones que viven cada día dentro del hospital, es grave el normalizarlo, ser quién lo extiende

pero aún más grave quién recibe estas conductas y que inconscientemente puede repetir los patrones de autoridad con las generaciones de médicos que vienen detrás.

1.3 CONSECUENCIAS EMOCIONALES DE LA SOBRECARGA DE RESPONSABILIDADES.

Las responsabilidades durante la carrera universitaria de medicina suelen ser mucho menos a comparación del año de internado, ya que en este año aplican los conocimientos adquiridos durante semestres posteriores en un espacio clínico, sin embargo, como ya se ha mencionado antes, en la jerarquía del gremio médico el lugar que ocupa el médico interno de pregrado suele ser el último peldaño de esta dinámica, por lo tanto, el estar en este lugar significa que se adjudican responsabilidades no correspondientes al papel que tienen que desempeñar dentro del hospital para su aprendizaje, las consecuencias de la sobrecarga de responsabilidades empiezan por el estrés, como lo señalan Hernández, Castillo y Mendoza. (2017);

Los residentes e internos de pregrado son sometidos a una gran cantidad de estrés académico (aquél que se produce en relación con el ámbito educativo) y no académico (relacionado al currículo oculto y a la violencia simbólica) que debe entenderse como fenómenos adaptativos de los seres humanos que contribuye en buena medida, a su supervivencia, a un adecuado rendimiento en sus actividades y a un desempeño eficaz en muchas esferas de su vida, por supuesto, se reconoce más el efecto nocivo del estrés negativo y su forma de afrontarlo. (p. 18)

Con lo mencionado, es importante señalar que los médicos internos y los que se encuentran haciendo su especialidad (residentes) son a los que más cargan de responsabilidades, es preciso indicar como esta acomodada la jerarquía; los médicos internos de pregrado están a cargo de los residentes, los residentes de los médicos adscritos, de ahí sigue el médico titular de área (especialidad) y por último uno de los rangos más alto del hospital, el médico jefe de enseñanza, tomando en cuenta cómo se acomoda la jerarquía del gremio médico, las responsabilidades clínicas o de las áreas del hospital recaen en los residentes e internos y,

específicamente es el residente es quién le carga las responsabilidades al médico interno de pregrado. Es conveniente resaltar que dentro del sector público es normal que las sobre cargas de responsabilidades no únicamente es para los médicos, si no, para todos quienes conforman un hospital público, Consejo y Chapela y Viesca (2005) alegan que;

En las instituciones de salud mexicanas existe un fenómeno de desinterés y apatía a raíz del exceso de trabajo rutinario, rígido y repetitivo, del individualismo y de la “especialización excluyente del trabajo”. Existe un “desarrollo de un horizonte reflexivo estrecho”, en el cual el trabajador es “ajeno a su contexto laboral, a sus contextos cultural, social, e histórico” a los que considera “ajenos a su quehacer y hacia los que ha desarrollado creciente desinterés” (p. 2)

Como lo refieren los autores, no es de extrañarse de quienes laboral en el medio tengan quehaceres lejos de lo correspondientes, hasta excesivos muchas veces provocando disgusto y abulia por realizar lo que sí es correspondiente.

Es común en los quehaceres no correspondientes en población médica del sector salud, entre los internos y residentes que tengan las famosas “guardias de castigo”, una guardia de castigo consiste en estar más de 36 horas (guardia normal), suelen aplicarlas por algún error clínico que cometan o muchas veces también son represalias contra el interno y/o residente, por ende, las consecuencias de estas, abarcan lo emocional y a cometer negligencias médicas por no tener el tiempo que cualquier individuo tiene que descansar, “es de esperarse que los médicos cometan un mayor número de errores cuando trabajan 24 horas o más, que cuando trabajan por turnos, poniendo en riesgo su seguridad y la del paciente.” (Hernández, et al., 2017, p. 18) Retomando el tema de las guardias de castigo, la población médica que más recibe este tipo de sobrecarga laboral son los residentes de las distintas especialidades, cabe destacar que, dependiendo en la especialidad que se encuentre cursando será la carga de responsabilidades o que tan propensos sean para que sean castigados de esta manera. Derive, Casas, Obrador, Villa y Contreras. (2017) mencionan que;

La sobrecarga de trabajo, la cual es usada como castigo, afecta a más de dos tercios de los residentes. Es el caso de las guardias de castigo que consisten en imponer al residente guardias adicionales a las que están calendarizadas en el programa, representando un incremento considerable de la carga de trabajo, un cansancio y un desgaste que conllevan

un mayor riesgo de cometer errores en la atención de los pacientes, estableciéndose así un círculo vicioso que es difícil de romper. (p. 6)

Como se indica en el fragmento anterior, la sobrecarga de trabajo en el médico (residente o interno) no únicamente afecta a este, si no, la atención al paciente también se ve afectada por este factor, en el sector público se espera que el médico tenga una atención eficiente hacia las personas, sin embargo, esta institución pasa por alto que el médico sigue siendo humano y que la carga de responsabilidades muchas veces excede lo que una persona puede llegar a hacer dentro de sus posibilidades, ya no les exigen un total de sus posibilidades o de su rendimiento, sino, un esfuerzo sobre humano. ¿Las consecuencias? “Las consecuencias sobre los residentes, como burnout, depresión y ansiedad, son importantes, pero más aún, el efecto negativo del maltrato sobre la calidad de la atención de los pacientes” (Derive, et al., 2017, p. 7)

El síndrome de burnout en medicina al paso del tiempo se ha ganado lugar dentro de la vivencia del estudiante, ya sea que empiece a padecer desde la carrea o cuando se empieza el quehacer clínico en alguna institución de salud, este síndrome puede ser una de las consecuencias emocionales más recurrentes en esta carrera, “entre las consecuencias nocivas que el maltrato acarrea sobre los estudiantes de medicina se hallan los problemas de salud mental como la depresión, el síndrome de estrés postraumático, el “síndrome de burnout” (Cruzado, 2016, p. 74) Es necesario resaltar que la depresión en médicos en formación es una sintomatología recurrente cuando se encuentra dentro del hospital, quizá se inmortaliza la idea que es el médico quién salva a los demás pero, ¿quién ve por la salud emocional del pupilo? Claro, es importante mencionar que, hacerse cargo de la salud emocional de médico pasa a ser uno de los últimos planos en esta dinámica, y se justifica con la falta del tiempo para ocuparse de ella, se romantiza la concepción deshumanizante de los estudiantes con la recompensa de tener una economía segura y un estatus importante ante la sociedad, y tal estatus es adquirido desde que se pasa el examen para ingresar a la carrera, volviendo al tema de la depresión entre los padecimientos del médico, Palmer, Prince, Medina y López. (2017);

Se reporta que la depresión repercute en el desarrollo académico y profesional de los médicos, la han asociado con la falta de empatía con el paciente y el deterioro de la calidad de atención médica. La depresión ha sido considerada por años, concomitante al entrenamiento médico y en especial al año de internado. Las medidas de afrontamiento a

conductas agresivas por parte de los médicos internos de pregrado fue la de aceptar pasivamente la acción y no acudieron en busca de ayuda por miedo a las represalias. La sintomatología que presentaron durante la agresión fue el sentimiento de soledad, impotencia, angustia, estrés, tristeza y depresión, con efectos en la salud mental, en sus interrelaciones familiares, en el rendimiento académico y en la comunicación docente asistencial. (p. 76)

Las consecuencias de la sobrecarga de responsabilidades en médicos durante su formación a la larga tiene muchas consecuencias emocionales como ya ha sido señalado por distintos autores, incluso el síndrome de burnout ha hecho mucho énfasis para ser hincapié a investigaciones y de estas valorar las horas que son eficientes para realizar una buena praxis y no ocurran negligencias médicas por la falta de descanso, es importante mencionar que los rasgos depresivos y sentimientos por desertar en el grado académico que se encuentre el médico en formación, suelen ser recurrentes, en parte se debe al maltrato que reciben por parte de superiores, teniendo como resultado panoramas desmoralizadores para continuar la preparación médica, parece que el aprendizaje suele ser en ocasiones desalentador y un sacrificio de la salud psicoemocional, inclusive es sustancial hablar sobre los antecedentes sobre salud emocional previo de llegar al año de internado porque al paso de la preparación académica y de las exigencia que tenga esta es el deterioro y morbilidad psiquiátrica que demuestre el discípulo médico, Cruzado (2016) lo expone de la siguiente manera;

Diversos estudios han demostrado que los estudiantes, al inicio de su carrera médica, presentan una carga de morbilidad psiquiátrica comparable con la de los estudiantes de cualquier otra carrera pero progresivamente, durante los años del pregrado, se verifica un deterioro de la salud mental de los estudiantes de medicina: se incrementan las tasas de depresión y trastornos de ansiedad, aumenta el consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas, se presentan cuadros de bulimia y aumenta netamente la ideación suicida, bastante por encima de las cohortes de otras escuelas universitarias. (p. 73)

Varias investigaciones, ya sean cualitativas o cuantitativas, coinciden en la sintomatología que se ha mostrado antes y después de ingresar al internado o residencia, desde otro ángulo, en la investigación que realizada por Palmer-Morales, et al. (2017) argumentan una parte importante

de la experiencia de los médicos internos de pregrado respecto a las áreas donde se rotan durante el año de internado;

La vivencia de los MIPS durante la rotación de los servicios fue de un «trato duro» por parte del médico tratante y la frase coloquial de «la letra con sangre entra», las jornadas de trabajo, las notas de evolución durante la guardia y estadísticas abrumadoras, que muchas veces fatigan al personal becario demeritando la atención brindada a los pacientes. (p. 77)

Son pavorosas las ideologías que se tiene sobre “la letra con sangre entra” como lo narran los autores anteriores, replicando todos los patrones de conducta sin dar paso a deconstruirse como médico y hacer un aprendizaje digno y en el trato en la experiencia el estar 365 días en el hospital, pero, ¿para qué ingresar al internado en un ámbito hostil en su mayoría? “Los estudiantes ingresan al Internado para aprender, reforzar y consolidar sus conocimientos, no para ser fuerza de trabajo o para ser explotados.” (Fuentes, et al., 2015, p. 34)

Y, sin embargo, es la explotación laboral uno de los motivos que desencadena una serie de malestares en el médico en formación, desde la enfermedad física hasta el deterioro psíquico.

1.4 DESIGUALDAD DE GÉNERO EN MEDICINA

El tema de desigualdad de género en México, a través de los años ha tomado fuerza para manifestar la inconformidad de las mujeres respecto a las oportunidades que en el país se tienen por ser mujer, sobre todo en el área laboral, donde existe una brecha salarial e incluso, ser madre es un aspecto relevante para que no puedan desarrollarse profesionalmente como se desea. Reduciéndose más la oportunidad de desenvolverse en un puesto profesional relevándola la mayor parte del tiempo por un hombre, ya que también se considera que no puede ser competente para tal puesto o las responsabilidades que se tienen que llevar a cabo.

En el hospital, sobre todo en las competencias profesionales, existe una desigualdad grande con respecto a la práctica médica, este argumento lo sustenta Castro (2014) en su investigación junto a el movimiento feminista;

El pensamiento feminista ha documentado que un saber que era propio de las mujeres, el saber de la salud reproductiva, fue gradualmente expropiado en beneficio de una institucionalidad moderna dominada por una medicina con una identidad profesional masculinizada, la alianza histórica entre la ciencia masculina y la medicina moderna implicó también una lucha de género, que terminó desplazando a las mujeres y confirmándolas en su papel de amas de casa y madresposas. Solo gradualmente pudieron las mujeres regresar al espacio de la salud, esta vez como profesionales. Pero la impronta de la exclusión de las mujeres permanece y, como se verá en seguida, las mujeres deben tratar de sobreponerse a ella permanentemente. (p. 342)

Con lo anterior, la polémica respecto al lugar de las mujeres en medicina, ha tomado muchos años de constante lucha por abrirse paso en el medio, en medicina durante mucho tiempo ha sido una profesión regida por hombres, el problema no ha sido sí en la población del hospital hay médicos mujeres ejerciendo, si no, la discriminación profesional que hay hacia ellas, no creyéndolas capaz de “sobrevivir” a medicina, ser tomadas como objeto sexual durante toda la formación académica, entre otros factores, Castro (2014) menciona;

Si las mujeres son sistemáticamente construidas como inferiores, como agentes cuya carrera debe ser secundaria a su papel de “madresposas”; si en clase son construidas ante todo como objetos sexuados (antes que como alumnas), como personas con minusvalía intelectual por ser mujeres; en una palabra, si desde antes de entrar a la carrera y sobre todo durante esta, a lo largo de sus años de formación, las mujeres deben sobreponerse permanentemente a un conjunto de dispositivos sociales que las cercan y se despliegan en su entorno para invisibilizarlas, para hacerlas menos, para remitirlas al lugar de la subalternidad, ¿sorprende que durante su ejercicio profesional tengan constantes dificultades para ser vistas como lo que son, médicas o especialistas? (p. 347)

Respondiendo la pregunta de Castro, medicina es una de las profesiones que el género es un factor de riesgo para ser discriminada y peor aún, para tener experiencias de acoso, en donde, la mayor parte del tiempo las relaciones sexuales no son consensuadas o son objeto de cambio, es decir, con tal de no pasar por guardias de castigo o represalias por parte de superiores prefieren hacer “favores” y si no acceden a estos muchas veces el castigo es más duro, siendo las mujeres

población de control para ejercer poder en una institución, este mismo autor respecto a las jerarquías y género, manifiesta que;

Al basarse en la desigualdad de género, y al reproducirla, dichas formas de interacción son un vehículo privilegiado a través del cual se forma el habitus médico que, a su vez, será funcional en la reproducción de las estructuras de género propias del campo médico que le dieron origen en primera instancia. Aunque se presentan a sí mismas como meras formas de trato, a veces jocosas, a veces altaneras, a veces, cuando más, un tanto abusivas –pero siempre como conductas que solo remiten a lo irrelevante– estas pautas de interacción son auténticas “tecnologías del yo”. constituyen una forma de violencia simbólica que en la escuela de medicina resulta particularmente funcional; son, por tanto, formas de micro-poder directamente relacionadas con el orden institucional de género en pleno funcionamiento. Ello significa que sobre el “sí mismo” o self de los médicos que se forman en esta fábrica social. (p. 348)

Esta fábrica social como la llama el autor, se construye por diversas estrategias para hacer de las mujeres médicos sujetos de control y así empezar a jerarquizar el medio médico. La escuela, la cárcel y el hospital son lugares donde el poder para el dominio de una población es imprescindible, una de las estrategias para exponer al alumno es el examen, explica Castro (2014);

Los exámenes son la ocasión por excelencia en que los docentes pueden exhibir y utilizar todo el poder de que disponen para reproducir las jerarquías de género y de clase en las que se basa su desempeño en primera instancia. Son también la ocasión para insistir en “poner a las mujeres en su lugar”, esto es, para recordarles a todos que el papel que deben desempeñar las mujeres es en primer lugar y, ante todo, el de esposa, pareja sexual o ama de casa. Son ocasión, pues, para descalificar de nuevo a aquellas que están tratando de remontar todos los prejuicios de género que operan en su contra para convertirse, por pleno derecho, en profesionales de la medicina. (p. 345)

El gremio médico como institución de poder, utiliza diversas formas de control, como ya se ha mencionado, sin embargo, específicamente la discriminación profesional por género es uno de los medios más acentuados, puesto que, a las mujeres tienen una educación básica donde la sumisión y servir son protagonistas de esta y en este medio se encarga de recordar que el papel estipulado por la sociedad son las tareas del hogar; madre y esposa. Castro (2014) ostenta que;

Ya en la facultad también pueden ocurrir diversas expresiones autorizadas, destinadas a “poner en su lugar” a las mujeres, a marcarles límites que no deben traspasar y, en fin, a reproducir las jerarquías y los ordenamientos de género vigentes en todo el tejido social. (p. 344)

Romper el silencio de las injusticias ejercidas por los médicos (del mismo nivel académico o mayor) muchas veces a las médicas les cuesta puestos o rechazo por parte de sus compañeros, cuando se desea ejercer alguna especialidad que implique la mayor parte de su tiempo, estos las invitan a ser cuestionadas con comentarios del siguiente tipo; “si quieres ser madre, no podrías estudiar esta especialidad, te quitaría el tiempo”, “no aguantarías la presión que demanda la especialidad”, entre otras afirmaciones/interrogantes que es común al elegir una.

La formación de una médica no debería ser razón para pasar por situaciones incómodas, en donde sea exhibida o sexualizada por sus superiores, ni motivo para reducir las oportunidades de una mejor preparación académica, mucho menos, ser vistas como población de control y así mantener el dominio de las jerarquías médicas.

1.5 EL MÉDICO EN FORMACIÓN.

La mayoría de las personas cuando ingresan a una carrera universitaria tienen una perspectiva e ilusiones de estudiar y algún día ejercer en un trabajo que gozaran, se concibe una idealización de la carrera a estudiar, más cuando es una elección personal cursarla. Para los próximos estudiantes de medicina, como ya se ha mencionado, desde que se tiene la primicia que es lo que les gustaría estudiar, la sociedad o familiares ya tienen una idea romántica del futuro médico, sin embargo, la formación del próximo profesional de la salud trae consigo desilusiones gracias a las diferentes experiencias que viven adversas o no, Consejo, et al., (2005) en cuanto a lo anterior planteado, aluden que;

El alumno, al ingresar a una institución y al integrarse como parte de su estructura, tiene que enfrentar el modelo del médico y de una profesión que ha idealizado y preconcebido, contra la realidad que se le devela. En muchos casos, ve al médico como un personaje

privilegiado en la sociedad, al que se le atribuyen características de sabiduría, liderazgo y poder, así como un modo de vida y nivel económico deseables. Muchas veces la idea de convertirse en médico funciona como un mecanismo de resolución de conflictos sociales, como forma de compensar carencias percibidas, como medio para la adquisición de poder. Los médicos en proceso de formación se enfrentan con una realidad que suele resultar contradictoria y difícil. (p. 1)

Siendo una profesión con una posición privilegiada no es de extrañarse que se vea ser médico como un estatus en la sociedad, porque se supone que en unos años se tendrá beneficios monetarios, probablemente enaltecer el quehacer del médico venga de un fenómeno social, claro, el médico es quién salva vidas, quién tenga un futuro seguro porque los malestares físicos siempre estarán en la población, incluso, en la antigüedad los médicos eran elogiados como dioses, un ejemplo de ello afirmando la ocupación del médico es el juramento hipocrático que practican en su formación y responsabilidades.

Ahora bien, ¿qué pasa con la desilusión que se tiene respecto a la formación médica? Estos mismos autores, parafraseando a Kay, aluden que;

Kay explica este fenómeno como una “desidealización traumática”. El autor utiliza este concepto para hablar del impacto generado por la frustración, la desilusión, los malos entendidos y las irritaciones que el estudiante de medicina vive de forma cotidiana en los hospitales durante su práctica clínica; así como de la autopercepción, disminución en el aprendizaje, autoestima, expectativas de convertirse en médico y especialista, factores que en conjunto lo pueden conducir a desilusión y menosprecio hacia sus maestros e incluso hacia la profesión. Para Kay existe una necesidad de afirmación no sólo en la niñez sino también en la edad adulta, la cual es reforzada al adoptar modelos idealizados como referentes de sí mismo. (p. 2)

Entonces, el médico para su formación tiene una necesidad que llenar para su práctica clínica; la afirmación de modelo a seguir, si de infante se tiene un ejemplo que se anhela a ser como tal, de adulto también y es recurrente cuando se trata de la formación médica, probablemente este ejemplo sea por renombre o estatus, como tanto se ha mencionado, la mayor parte del tiempo hay un modelo a seguir, al igual que el ideal de cursar cierta especialidad, sin

embargo, ese ideal se cae cuando ese ingrese a las prácticas clínicas, Consejo y Chapela, et al., explican que;

Al iniciar los años de práctica clínica en las instituciones hospitalarias, el interno de pregrado y el médico residente siguen siendo sujetos morales en formación. Los sistemas formales de conocimiento con los que cuentan para la interpretación de esta nueva realidad a la que se enfrentan, son los adquiridos desde la infancia, en su casa, durante la escuela elemental y durante los primeros años de la universidad. El médico en formación inicia su práctica clínica con un legado de máximas deontológicas aprendidas en los libros y de sus maestros. Sin embargo, ante los conflictos éticos, iatrogenia y mala praxis, el contraste entre estos principios y lo que sucede ante sus ojos en su nuevo cotidiano, puede llegar a ser violento. (p. 1)

Desarrollarse profesionalmente en un ambiente violento como lo puede llegar a ser el hospital, a parte de las consecuencias a la salud mental que se pueda tener, afecta directamente a la relación médico-paciente, debido a que, ya se viene de un trato violento entre médicos es muy probable que se proyecte en el trato hacia al paciente y todavía es más probable que el paciente o familiares respondan de manera agresiva hacia el médico, haciendo finalmente un círculo vicioso de violencia dentro del quehacer clínico del médico, “pensamos que la forma que adopta la doxa y el tipo de habitus que desarrollan los médicos en formación, se verá reflejada en la forma como se relacionan con sus pacientes en un ambiente institucional determinado.” (Consejo, et al., 2005, p. 3) Es así que la formación del médico dentro del curriculum que debe de cumplir, la violencia, que evidentemente no es correcto, se encuentra dentro del quehacer clínico, es importante resaltar que es durante el internado una de las etapas que más se acentúa, ahora bien, ¿qué es el internado? Y ¿por qué es tan importante este año en la formación académica? Fuentes Unzueta, et al., (2015) comprenden el internado como;

Es una etapa clave, porque es el primer momento en que empiezan a formar parte del equipo de salud en los hospitales más importantes del país. Sus modelos y maestros son los médicos de base y especialistas que conocen en los diferentes servicios; sin embargo, ¿cómo es la vida dentro del hospital? ¿A qué se enfrentan? ¿Cómo los tratan y cuáles son sus condiciones de vida en esta etapa? (p. 30)

El internado como pieza clave de la práctica clínica del médico, existen diversos discursos sobre las vivencias que se tiene dentro del hospital, algunos pupilos médicos llevan una experiencia más amena que otros, sin embargo, la vivencia dependerá mucho de la idealización que se tenga de este año y de la salud mental, que tan desgastada puede terminar o estar al iniciar este año, así como también dependerá las relaciones que forme con sus superiores o quién este a cargo del estudiante, en este caso juega un papel muy importante el médico adscrito, del argumento anterior, estos mismos autores aluden sobre el papel del médico adscrito y su relación con el médico interno de pregrado;

La tarea del médico adscrito es supervisar constantemente el aprendizaje, habilidades y destrezas de los internos a su cargo. Los hallazgos muestran el vacío existente en el corazón del Internado: la formación del interno. El Internado es la etapa formativa práctica de los estudiantes y ellos están ahí para recibir enseñanza y aprender de los adscritos. Sin embargo, como se puede apreciar, se deja a los estudiantes solos, sin instrucción y como responsables de los pacientes. (p. 33)

De por sí, la vivencia dentro del sector salud es complicada, la enseñanza por parte de superiores también es una carencia que tienen que pasar los médicos internos de pregrado, eso sí, cabe resaltar que en distintos hospitales esta vivencia será diferente dependiendo si se tiene una buena administración por parte del sector salud, además, si el hospital donde el pupilo médico realice su año internado cumple con las demandas de bienestar del médico aprendiz no pasará; “Mala alimentación, poco descanso, pocas horas de sueño, mucho trabajo, pocas horas de enseñanza, alta carga de trabajo, jornadas muy prolongadas, son las condiciones más frecuentes a lo largo de esta etapa.” (Fuentes, et al., 2015, p.35) El medio donde el médico interno de pregrado desenvuelva sus conocimientos y siga aprendiendo tiene que ser un espacio donde este se sienta cómodo, le proporcionen necesidades básicas, como alimentación, vestimenta o un lugar donde pueda descansar, en pocas palabras; que sea sano ambientalmente para la persona, Palmer., et al., (2017) sintoniza con los autores anteriores respecto a estas condiciones y más que han sido reportadas en el año de internado;

Durante el internado de pregrado se han documentado las condiciones generales adversas de los becarios, como son: alimentación deficiente, horarios excesivos de trabajo, no respeto al horario de clases, hostigamiento, violencia, acoso sexual, maltrato y

discriminación por parte del personal de salud de la institución, además de falta de seguimiento a la problemática de los MIPS por parte de las autoridades educativas. Como consecuencia de lo anterior, se sienten abandonados, con angustia, tristeza, depresión, tensos, culpables, asustados, violentos y con dificultades para dormir. (p. 76)

Posteriormente, ya se ha puntuado algunas de las consecuencias que sucede en los médicos internos de pregrado y residentes, el argumento anterior reafirma sobre los factores que dan pauta a poner en riesgo la salud mental de los médicos en formación, y no únicamente este año poner a prueba el aprendizaje obtenido en la carrera, sino todo lo que se vive dentro del hospital influye que en la decisión sobre la especialidad que se desea cursar más adelante o si se presentará el examen para ingresar a la residencia, incluso el tiempo que se desea esperar a presentar el ENARM (Examen Nacional para Aspirantes a Residencias Médicas). Consejo, et al., (2005) en su investigación basada en ética y poder, especifican las áreas donde encontraron más abuso durante el internado y cómo esto contribuye a la decisión de la residencia a cursar;

Algunos autores como Lubitz y Nguyen encontraron que el abuso experimentado por los médicos internos durante su rotación por las diferentes especialidades, ejercía una influencia significativa sobre el tipo de especialidad elegida, resultando favorecidas especialidades como medicina familiar y rechazadas especialidades quirúrgicas, en las que se vivió un mayor abuso. (p. 2)

Es valioso mencionar la parte económica que tienen los médicos internos, durante este año en la institución de salud que vayan a cursar el internado, los médicos reciben una beca para cubrir gastos que se puedan llegar a tener, sobre todo si el médico esta fuera de su lugar de origen, entonces, esta ayuda económica se puede concebir como un condicionante para sobrecargarle responsabilidades no correspondientes, sin embargo, no logra ser un salario, al respecto Sánchez, et al., (2008) indagando en las expectativas y realidades del internado médico de pregrado, encontraron que;

El interno vive una doble condición: estudiante aún en formación, por un lado, y personal no asalariado (“becario en formación”), por otro; con responsabilidades definidas que implican un cierto cúmulo de conocimientos, de habilidades y destrezas clínicas desarrolladas con la pericia necesaria para responder a tales responsabilidades. Esta doble condición sin duda le coloca en una tensión que se mueve entre sus necesidades de

aprendizaje y las exigencias del hospital para cumplir con una cierta carga de trabajo. (p. 16)

De los años más importante para la formación del médico, el internado y la residencia son cruciales para tomar decisiones valiosas, como ya se mencionaba, elegir la especialidad dependerá de lo que se vivió en el año de internado médico y las vivencias en los primeros años de residencias serán cruciales para quedarse o desertar, en ambas etapas de formación hacen que la salud mental sea un tema que amerite investigar, ya que el desgaste e ideas dejar a mitad el aprendizaje (en su caso menos grave, la existencia de ideas suicidas por depresión también tienen un lugar en la formación) han sido padecimientos desde tiempo atrás, sin embargo, en los últimos años ha llamado la atención por la acentuación que ha tenido en los estudiantes. Resulta menos complicado mostrar una formación en la que el desgaste por obtener conocimiento sea solo físico, por falta de descanso y no el desgaste emocional por falta de empatía, tanto por parte de los superiores como los que forman parte del hospital.

1.6 IMPORTANCIA DE LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE EN EL QUEHACER CLÍNICO

Es valioso abordar en la presente investigación la importancia de la relación médico-paciente en el quehacer clínico, independientemente si son buenos o malos los vínculos que se logró hacer (en su mayoría) durante los años de formación, ya que, el trato que tengan hacia los pacientes y estos hacia los médicos es una parte importante para su praxis, se pensaría que el médico solo atiende al enfermo para curarle el malestar físico que padece pero, muchas veces hay necesidades por parte del paciente que se pasan por alto, como el querer ser escuchado y por exceso de responsabilidades el médico no atiende ese tipo de necesidades, Sánchez, et al., (2008) respecto a la importancia de esta relación señalan que;

Uno de los sustentos de la profesión médica lo encontramos en la llamada relación médico paciente. Su importancia rebasa la sola efectividad terapéutica, pues al incidir en las necesidades afectivas de los pacientes trasciende la simple atención de un daño físico

concreto e incide por añadidura en estratos más profundos que tienen que ver con el deseo de curarse, la recuperación de la esperanza y la alegría de vivir sano. La importancia de la relación médico paciente en la atención médica es incuestionable; de sus cualidades depende la efectividad terapéutica y tal vez hasta la supervivencia misma de la profesión médica. De ello se desprende la importancia que adquiere esa relación para el futuro médico. (p. 15)

Como mencionan los autores, es incuestionable que esta relación no sea importante para la práctica médica, no únicamente por brindar un buen servicio dentro del hospital sino, para la mejoría de un paciente el tener atención por parte de quién lo está atendiendo o curando tiene efecto positivo en la recuperación, a pesar de que el médico en su formación es educado para hacer todo lo médicamente posible aliviar la enfermedad o salvar la vida, no se toma en cuenta que tanto él como el paciente son seres humanos, seres pensantes, seres que empatizan y forman vínculos, muy probablemente traiga beneficios el gestionar bien el aspecto emocional de como relacionarse con el paciente, respecto a esto González, Chávez, García, González, Orozco y Sandoval. (2004) explican que;

De no tomar en cuenta la necesidad de cuidar a los enfermos, no se logra establecer un vínculo más profundo, más allá de un prestador de servicios y un usuario. Pareciera que los estudiantes de medicina olvidamos que tratamos con humanos capaces de pensar, de expresar lo que sienten. Parece nos apegamos al modelo de educación médica que expone Laennec: “hagan diagnóstico basándose en los signos físicos de la exploración física. No le hagan caso al enfermo de lo que dice porque lo que él nos va a transmitir son alteraciones de las funciones o imaginaciones de él con relación a la enfermedad”. Es como si le tapáramos la boca a un ser humano, dice el mismo Martínez al explicar que actualmente no se enseña en la carrera de medicina como debe ser la relación médico paciente. El profesional de la medicina no debe olvidar que trata con humanos y sus construcciones, personas que sienten y tienen derecho a conocer al sujeto que se propone aliviar su dolor. (p. 1)

Por lo visto, como aluden los autores, con el paso de los años y de la idea de cómo formar médicos, ha dejado de ver al paciente como ser humano, dejando atrás dar diagnósticos basados en la palabra de este y haciéndolos por lo que, sí puede ser visible o palpable, no sería desacertado

obtener un diagnóstico por medio de la escucha o por intuición del mismo médico, mencionan González, et al., (2004);

Crear relaciones con los pacientes es más fácil pues hay un antecedente, existe la confianza de contarle al médico lo que siente para que el médico, en este caso el estudiante de medicina, pueda ayudarlo. Es en la escuela donde se acaba con esta capacidad, agotan las habilidades o impiden que crezcan, haciendo imposible que dos simples seres humanos generen una relación, un vínculo y una confianza entre ambos la cual si se logra debe ser profunda. Esta falta de relación, y por tanto la imposibilidad de generar confianza, crea a su vez un conflicto muy serio al momento de poner en práctica lo que hemos aprendido en el aula. Aprender y practicar; pero cómo practicar si el paciente considerado un aliado no está cumpliendo su papel como tal. (p. 2)

Aprender durante la formación a interpretar por medio de la empatía el malestar del paciente es un beneficio para ambos, la responsabilidad de tener en las manos la vida de alguien más es grande e irrealizable que el médico no llegue a proyectar una situación de su vida en un paciente, aunque, en las escuelas de medicina no les enseñan a protegerse emocionalmente de una manera correcta por medio de herramientas personales que fomenten la propia inteligencia emocional, los autores previamente mencionados expresan que;

Es necesario aprender de los pacientes, aunque es mejor decir aprender con los pacientes. De establecer una verdadera relación médico-paciente los dos saldrán beneficiados. El primero crecerá como persona, el segundo habrá aprendido que el aliviar su dolor no implica un sacrificio. La falta de contenido académico para establecer más fácil las relaciones con los pacientes provoca ciertos temores en los estudiantes de medicina, temores que tal vez no sean reales y los construyamos nosotros. No generar confianza entre el médico y el paciente nos hará temer al revisarlo, al interrogarlo, pensando que estamos invadiendo su persona. (p. 4)

Es fundamental, como se ha resaltado, establecer buenas relaciones/vínculos con los pacientes para tener un buen aprendizaje de ellos y hacer más amena la experiencia clínica durante la formación, las escuelas de medicina no aluden tanto la importancia de establecer buenas relaciones con los familiares del paciente, por ejemplo, es complicado dar un diagnóstico desfavorable a los familiares que implique la pérdida de su ser querido, de hecho, el tema de

cómo manejar la muerte ha dado pauta que el médico se involucre menos emocionalmente con el paciente para no tener distracciones de las responsabilidades a realizar dentro del hospital, esta evitación de no vincularse con el paciente ni la familia es motivo para tener al médico en un concepto de ser una persona fría, respecto al tema del médico y la muerte la autora Gómez (2012) plantea que;

En la relación médico-paciente, las ansiedades más intensas en el enfermo, se derivan del pronóstico de su enfermedad, y en el médico, si se dan carencias personales para enfrentar el sufrimiento y la muerte del paciente, o cuando existe desconocimiento de algún aspecto de la enfermedad. En esta relación, a la ansiedad del enfermo y familiares, el médico responde con la suya propia, generándose en algunas circunstancias una cadena de acontecimientos que son el origen del engaño, la incomunicación y el aislamiento del enfermo, en estas circunstancias, el propio médico para disminuir su ansiedad evita el contacto directo con el enfermo. (p. 73)

El médico como ser humano que es, a pesar que su formación le exija poner menos de sus emociones, llega un punto dentro de la práctica clínica que empatiza con algún paciente, probablemente después estar mucho tiempo en el hospital donde la muerte es el pan de cada día o incluso si al médico responsable de un paciente no logra vivir, este puede empezar a partir de este hecho a poner resistencia de los vínculos afectivos que pueda generar con el paciente o familia. “esta condición humana, real o imaginaria, en la que el médico se implica personal y profesionalmente, si no es reconocida y aceptada, hace que la muerte sea uno de los acontecimientos de mayor ansiedad de su quehacer clínico.” (Gómez, 2012, p. 70) Por otro lado, la autora habla de mecanismos de defensa que utilizan los médicos respecto al tema de la muerte;

De estos mecanismos defensivos de negación, tanto del paciente como del médico, surgen numerosos emergentes, que muestran la necesidad del hombre de huir frente a la muerte. El hombre huye de la muerte, médico encontrarse con sus limitaciones, con su ignorancia. (p. 74)

Las emociones del médico aprendiz, tanto su gestión como vivirlas de maneras correctas, no forma parte de los planes de estudio de las distintas escuelas de medicina, parece ser que el médico ya no busca servir a la población desde la empatía, si no, desde lo científico, no está de

más recordar que el médico es humano y la demanda de responsabilidades de sector salud y la exigencia de la población hace que deje atrás la práctica médica por medio de lo empírico, Álvarez, Torruco, Morales y Varela. (2015) proponen que;

Educar a los futuros médicos para enfrentar la muerte beneficia, por un lado, a los pacientes porque se toman en cuenta sus preocupaciones y deseos, se cuida su calidad de vida y se ayuda a los sobrevivientes en su proceso de duelo; por otro lado, promueve el bienestar de los médicos para que pueden manejar estas situaciones sin angustia ni culpa. (p. 630)

La educación emocional en medicina, sería imprescindible implementar y fomentar en la formación académica, sobre todo antes de llegar a las prácticas clínicas como el año de internado, es necesario no pasar por alto la importancia de relacionarse con los pacientes y familiares que estén en el hospital con diagnósticos favorables o no, para beneficio de las dos partes, además, cabe resaltar que aprender a manejar un evento fuerte, como es ver morir a alguien, se tendrían buenos resultados durante toda la formación para saber cómo manejar esta situación y más situaciones, claro, también involucra a un profesional de la salud mental que pueda aportar a saber cómo llevar este tipo de circunstancias que tengan que ver los pacientes.

CAPÍTULO 2. METODOLOGÍA

2.1 ENFOQUE:

Para analizar la experiencia del año de internado en médicos de pregrado de la Facultad de Medicina Humana UNACH, el trabajo de investigación fue a partir de un enfoque cualitativo. “El término metodología hace referencia al modo en que enfocamos los problemas y buscamos las respuestas, a la manera de realizar la investigación. Nuestros supuestos teóricos y perspectivas, y nuestros propósitos, nos llevan a seleccionar una u otra metodología.” (Quecedo y Castaño, 2002, p. 7) Como previamente mencionado, para la presente investigación se realizó desde la metodología (o enfoque) cualitativo con la finalidad de poder describir más minuciosamente la experiencia de pasar por el año de internado médico, estos mismos autores describen esta metodología de esta manera; “en sentido amplio, puede definirse la metodología cualitativa como la investigación que produce datos descriptivos: las propias palabras de las personas, habladas o escritas, y la conducta observable.” (Quecedo y Castaño, 2002, p. 7) En el enfoque cualitativo para realizar una investigación, es importante señalar las cualidades que se necesita para llevarla a cabo, de manera general Ramírez y Zwerg (2012) aluden que;

Una característica que define el diseño de la investigación cualitativa, son sus criterios orientadores de validez como son la credibilidad, transferibilidad, consistencia interna, fiabilidad y significancia. En una investigación de tipo cualitativo se persigue coherencia en sus resultados y también la posibilidad de soportarlos en evidencia empírica, brinda la posibilidad de trascender de la casuística a conocimientos un poco más generales, pero no necesariamente universales ni en atención a leyes o determinismos, examina y separa los factores accidentales o contextuales que pueden afectar los resultados, existe consciencia epistemológica y de que los rasgos ideológicos no afecten o parcialicen la interpretación, se pretende captar el sentido y el significado, lo simbólico y la intersubjetividad. (p. 99)

Así como la investigación cualitativa tiene características que la definen, el investigador de este enfoque debe de tener particularidades para la manera de realizarla, el investigador cualitativo según Cadena, Rendón, Salinas, De la cruz y Sangerman. (2017);

En la metodología cualitativa el investigador ve al escenario y personas en una perspectiva holística, las personas, escenarios o grupos no son reducidos a variables, sino vistos como un todo. Los investigadores cualitativos son sensibles a efectos que ellos mismos causan sobre las personas que son objeto de estudio. Los investigadores cualitativos tratan de comprender a las personas dentro del marco de referencia de ellas mismas. El investigador cualitativo suspende o aparta sus propias creencias, perspectivas y predisposiciones, para un investigador cualitativo todas las perspectivas son valiosas. Los métodos cualitativos son humanistas., los investigadores cualitativos dan énfasis a la validez en su investigación, para el investigador cualitativo todos los escenarios son dignos de estudio. La investigación cualitativa es un arte. (p. 1605)

Por todas las características que tiene el enfoque cualitativo, fue el más apropiado para realizar esta investigación, ya que cumplía con los criterios que se necesitaban para llegar a los resultados deseados.

2.2 MÉTODO:

Para analizar la experiencia del año de internado en médicos de pregrado de la Facultad de Medicina Humana UNACH, el método empleado fue el fenomenológico, este método fue el que cumplía con las características de la presente investigación, Fuster (2019) señala a este método como;

El método fenomenológico admite explorar en la conciencia de la persona, es decir, entender la esencia misma, el modo de percibir la vida a través de experiencias, los significados que las rodean y son definidas en la vida psíquica del individuo. (p. 205)

Respecto al origen de la fenomenología y sus principales percursoros, Barbera e Inciarte (2012) mencionan que:

Explorar los caminos de la fenomenología, se tiene que sus orígenes están en la palabra griega “fenomenon”, significa “mostrarse a sí misma”, poner en la luz o manifestar algo que puede volverse visible en sí mismo. Su principal representante es Edmund Husserl,

con su fenomenología trascendental o descriptiva; posteriormente, nacen Martín Heidegger, Hans-Georg Gadamer, etc. Quienes, reinterpretando la fenomenología, invitan a recorrer el camino de las tradiciones de la fenomenología y de la hermenéutica-interpretativa. (p. 202)

Por lo tanto, conforme a la descripción y cómo se usa este método para investigar es certero en el análisis de la experiencia del año de internado de pregrado; “La fenomenología no busca contemplar al objeto mismo, sino la forma en que es captado por el sujeto desde su intencionalidad y puesto en perspectiva espacio-temporal.” (Bolio, 2012, p. 24) La interpretación de este año dependerá, totalmente, de cómo el aprendiz médico concibe su entorno desde su subjetividad.

2.3 TÉCNICA:

La técnica empleada para analizar la experiencia del año de internado en médicos de pregrado de la facultad de medicina humana UNACH fue la entrevista no estructurada; “las entrevistas abiertas o no estructuradas se adaptan más a condicionantes de la conversación investigativa. Esto último puede conllevar preguntas que no siempre responden a los objetivos de estudio” (Troncoso y Anaya, 2017, p. 330) Por otro lado, la interacción por parte del entrevistador y entrevistado describe Vargas (2012);

La entrevista no estructurada destaca la interacción entrevistador- entrevistado el cual está vinculado por una relación de persona a persona cuyo deseo es entender más que explicar. Por lo que se recomienda formular preguntas abiertas, enunciarlas con claridad, únicas, simples y que impliquen una idea principal que refleje el tema central de la investigación. (p. 127)

Las preguntas principales para llevar a cabo la investigación fueron 5; ¿cómo describirías tu año de internado? ¿cómo era la relación que tenías con las personas dentro del hospital? ¿qué actividades con mayor frecuencia realizabas durante el internado? ¿cuál ha la experiencia no tan agradable que hayas pasado durante el internado? ¿cómo enfrentabas estas experiencias desagradables que vivías?

2.4 SUJETOS

Los sujetos entrevistados fueron 6; tres mujeres y tres hombres; los seis participantes en el momento que se realizó la entrevista se encontraban realizando su servicio social, es decir, ya había culminado su año de internado, Carlos y Fernanda fueron los únicos dos entrevistados que realizaron su año de internado en la ciudad de Monterrey, Nuevo León, ambos describen una experiencia amena a comparación de Marisol, Kathia, Mauricio y Pepe que realizaron su año de internado en la ciudad de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, ya que ellos dos mostraron mejor semblante al momento de recordar las vivencias durante de este año, es importante mencionar que Fernanda mostraba resistencia a mostrar sus emociones cuando hizo mención sobre la muerte de una paciente que le recordaba a su abuela paterna, también, eran muy claras sus expresiones de molestia cuando comenzó a contar su experiencia de desacreditación con médica interna, es decir, que no la creía capaz de realizar algunas actividades en el hospital por el nivel académico que representaba en ese momento, Carlos por su lado cuenta una experiencia agradable, el único detalle que parecía aquejarle eran los castigos que cumplía por alguna “falta” que cometía en el hospital, por ejemplo, no llevar a tiempo algunos estudios de laboratorio, ambos entrevistados concluyeron en decir que volverían a repetir la experiencia del año de internado.

De los entrevistados que realizaron el año de internado en la ciudad de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, Marisol fue la que se mostró más afectada por este año, ya que, en algún momento pensó en desertar de este año, argumentando que era demasiada la carga y el maltrato que vivió en el hospital, se mostró enojada durante la entrevista, sobre todo cuando habló del trato hacía ella por parte de sus superiores, concluyendo que no volvería a pasar por esa presión del hospital, este año puso en duda si presentaría el examen para la residencia. Mauricio por su parte, mostró mucho interés por realizar esta entrevista, hablaba mucho sobre cómo lo cambió este año de manera humana, se le nota un semblante entusiasmado, sin embargo, este cambió cuando platicaba sobre la muerte de un paciente que le afectó mucho, tanto que optó por acudir al psiquiatra, el motivo fue un paciente que falleció siendo un adolescente, mencionaba mucho (y se le llenaban los ojos de lágrimas) cada que decía sobre la frecuencia de la muerte en los hospitales, en cambio, se mostraba enojado cuando habló sobre el acoso sexual y laboral que

se vive en el gremio médico, golpeteaba la mesa con los dedos cada que hacía énfasis en frases como “eso no debería pasar”, concluyó su entrevista diciendo que la experiencia del año de internado es “un mal necesario” para un médico en formación. Pepe, fue compañero de guardia con Mauricio, ambos cada que hablaban de las alianzas que hacían con sus compañeros de guardia, mostraban mucho cariño, mencionaban que los compañeros de guardia se vuelven familia, ellos aluden que se volvieron familia a partir de este año, a Pepe se mostró cooperativo y con un semblante tranquilo hasta que empezó a hablar del abuso de poder dentro del hospital y cómo una mala alimentación que se lleva este año le afecto mucho a su salud, se muestra enojado cuando cuenta una anécdota sobre un camillero y cómo su adscrita a cargo de él le dio la razón cuando no era así, cómo el menciona, protestaba sobre la falta de alimento a los médicos internos, argumentando que en la cocina del hospital no les guardaban las comidas correspondientes en el día cuando muchas veces la sobre carga de responsabilidades no dejaba que pudieran comer. Kathia por su parte, mostraba disgusto cuando mencionaba a sus compañeros de guardia, ya que, no tuvo buena relación con ellos, ella fue víctima de acoso sexual y cuando se quejó de estas conductas sus compañeros optaron por ignorar y decirle mejor que callara para que no hubieran represalias por su culpa, mostró mucha rabia e impotencia cuando narró esta anécdota, al igual cuando contó que enfermo debido al exceso de responsabilidades señalándola como débil por no aguantar estos excesos, ella considero que no volvería a pasar por esta experiencia.

2.5 PROCESO:

La inquietud de realizar la presente investigación nació del testimonio, no tan profundo, de personas cercanas que se veían con muchos temores cuando estaban por entrar al año de internado y a lo largo de este año empeoraba su estado físico, sobre todo, la salud mental debido a las injusticias que vivían dentro del hospital y entre otros factores. Después de la inquietud de investigar ¿qué era lo que pasaban en el hospital para que tuvieran cambios tan importantes en su persona? Se comenzó a contactar a los participantes, primero, por personas conocidas que accedieron fácilmente a dar su testimonio, después, estas personas recomendaron a otros que sí estarían dispuestos de dar una entrevista. Todos los encuentros se dieron en cafeterías, el

encuentro duraba aproximadamente 40 minutos a 2 horas, en ningún encuentro hubo dificultades para obtener información, incluso, el entusiasmo por compartir su experiencia para esta investigación ya que, los entrevistados mencionaban que, si podían aportar algo para mejorar la práctica médica y el trato hacia ellos, lo harían. Se presentaron todos puntuales, inclusive, hubo mucho apoyo por seguir consiguiendo más participantes.

2.6 ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN:

Una vez teniendo las entrevistas, se comenzó a transcribir cada una de ellas, luego, por medio del programa ATLAS.ti se exportaron a tal programa para empezar a seleccionar las unidades de análisis, fueron 19; ¿qué es un MIP? ¿Qué se cambiaría del internado? Apoyo recibido para sobrellevar el internado, cambios emocionales y físicos y académicos obtenidos, cambios en la perspectiva de pasar a ser estudiante a MIP, el año de internado, el internado en hospitales de Chiapas y Monterrey, el médico y la muerte, estigma, causa y deterioro del médico y su relación con el paciente, estrategias para lidiar con malos momentos en el año de MIP, evitación de vincularse con pacientes, las jerarquías en el hospital y medicina, momento actual que se encuentra de la carrera de medicina, preparación antes de ser MIP, relaciones dentro del hospital, valor como MIP, valor humano, vida después del hospital en el año de MIP, vivencias en el internado.

CAPÍTULO 3. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

3.1 LAS JERARQUÍAS EN EL GREMIO MÉDICO

3.1.1 JERARQUÍAS EN MEDICINA

Desde el testimonio de Fernanda se puede percibir que medicina es una profesión que impone en la sociedad y dentro del hospital, curiosamente el médico en formación, tienen la expectativa de recibir el mismo trato que uno que ya es profesionalista. Sin embargo, tal como Fernanda lo señala, a veces dentro de los tratos que se dan en el año de internado, este “estatus” que se cree tener, desciende cuando viven la realidad del nivel de formación que se encuentran.

Como lo señala Munayco, et al. (2016) El estudiante de medicina puede percibir el maltrato como un hecho normal e incluso se justifica como parte de la enseñanza y formación académica, perpetuando el maltrato en la enseñanza. (p. 4)

F (entrevistado): O sea, me respetaban antes de que se enteraran de que era interna, pero no llegaron a la guardia, al otro día tenemos la entrega de guardia de nosotros y salió que ingreso tal paciente por este cuadro no sé qué, como que ahí ya dijeron todos ellos son internos y me dicen; “así que tú nos ibas a enseñar” ahora si me hablaron de tú... a cómo usar el programa y les dije si, si quieren les digo tengo tiempo, les digo porque a ustedes les va a tocar entrar nuevos y ahorita vienen internos nuevos entonces ninguno de ustedes van a saber usarlo y se van atrasar muchísimo es lo que nos pasó a nosotros, si quieren les dije tampoco es su obligación y yo no gano nada ni pierdo nada en enseñarles, pero es como una buena manera... si quieren, me dijeron a no te preocupes no necesitamos saberlo, dije a mi me hubiera gustado que me hubieran enseñado dos o tres días antes a usarlo no entrar así y ahí esta y órale a como salga pero no quisieron nunca llegaron y ya después que se enteraron que yo era interna fue como qué; “ah si lo que tu digas” y ellos quisieron llegar a mandar, en cirugía no habían residentes hasta que ellos llegaron, entonces, todo estaba a cargo del interno, el piso salía bien, no había problemas llegaron ellos y fue un relajo un pleito contra residentes e internos porque ellos no saben usarlo, entonces

llegaba el doctor y se lo pedía al residente y ellos no sabían usarlo entonces agarraba el doctor y se lo pedía al interno y el interno no sabía porque era nuevo, entonces fue un relajo así horrible, a mí ya no me toco porque yo ya estaba en otro servicio, pero si me lo decían y yo le dije a la jefa de enseñanza de cirugía; “doctora yo me ofrecía a enseñarles días antes” pero me dicen no ya se creen adscritos, ya se creen cirujanos incluso tenían problemas con los doctores... una vez que estaba en una cirugía que ya no me toco llegar, llega un residente y dice a ver interna llena la papelería y pues yo no le hice caso y se voltea el doctor y le dice “¿a quién le llamaste así” ella es doctora como tú y solamente se llevan un año de diferencia que es el servicio” le dijo el doctor, y le dice “perdón doctor pero es que ellos vienen apoyarnos a nosotros para llenar papelería” y dice; “no no no no, eso lo vas hacer tu porque tu metiste a tu paciente y es tu encargo ellos vienen aquí aprender, no vienen a llenar papelería de nadie, ¿puedes o no puedes?” le dijo, “porque si no puedes lo hago yo” le dijo el doctor y ya el residente se queda así como que... te exhibieron delante de todos y de la interna, y fue como que me odio desde ese día, pero sí... (2:57)

Marisol, en su testimonio respecto a las jerarquías que hay dentro del gremio médico, expresa la sumisión que se atraviesa ante médicos de mayor grado académico, es decir, van viviendo lo que otros médicos ya pasaron, malos tratos, novatadas, castigos, etc., lógicamente, sin una explicación que conteste por qué tienen que pasarlo.

M (entrevistado): Habían reglas en cada especialidad que decían; “no, así tienes que ser las cosas porque así lo decimos nosotros” y ¿por qué?; “porque somos tus superiores” y ya, no podías...

A (entrevistador): ¿No dices nada?

(...)

M (entrevistado): No podías decir otra cosa (4:29)

Pepe expresa en su discurso que, el saber que se es interno médico de pregrado significa ser parte de una “cadena alimenticia” al mismo tiempo, hace predisponerse a lo que va a pasar en el año de internado, al igual que Fernanda y Marisol hacen énfasis respecto a “obedecer” a otros médicos con mayor nivel académico, expresándolo con un peculiar sentimiento de no tener opción alguna de quejarse o cuestionar.

Respecto al discurso de Pepe, Fernanda y Marisol, el internado según Fuentes, et al. (2015) en un estudio para la IPN sobre este año de formación, señalan que los abusos de poder son evidentes y los internos no cuentan con los suficientes mecanismos o herramientas para realizar una denuncia o para evitar maltrato por parte de sus superiores (p. 9).

P (entrevistado): Comúnmente en los hospitales está dado la jerarquía... que tienes que respetar el médico adscrito que si hay un accidente tienes que respetar a tus residentes, que si tienes MIP 2 los que ya van para afuera y tú eres nuevo tienes que obedecer hasta ellos entonces, tienes que acatar ahora sí que como una jerarquía dentro del hospital, como tú eres el interno; el que no tiene base, el que va de paso... eres el último en la cadena alimenticia. (6:13)

3.1.2 JERARQUÍAS DENTRO DEL HOSPITAL

Dentro de la jerarquía del gremio médico, el lugar que se ocupe o nivel académico que se encuentre el médico serán las responsabilidades que se tenga que llevar a cabo, por ejemplo, Fernanda realizó el año de internado en el estado de Nuevo León, mencionó durante la entrevista que los médicos de mayor categoría académica, en su mayoría, respetaban el lugar que le correspondía en el hospital, ejemplifica Fernanda; un médico de mayor rango que el de ella les aclaró que ninguno de sus superiores tiene que encargarle el trabajo que le corresponde, mucho menos denigrar el papel que desempeñan como médicos internos de pregrado donde, el aprendizaje académico digno es prioridad en este año para ellos.

F (entrevistada): el Doctor Jara nos dijo; “si el residente le urge él lo va hacer ustedes no vienen acá a sacar pendientes no vienen aquí a sacar trabajos del residente ustedes vienen aprender, o sea, vienen a sus sesiones académicas, vienen a leer, a ver los procedimientos a decir a lo que leí es lo que están haciendo, no vienes a oye vete por las copias o por el desayuno, este... sabes que búscame los laboratorios no no no no, ese es trabajo del residente, desgraciadamente el residente se carga en ustedes, pero no, ustedes no vienen acá sacar trabajos” si nos defendían mucho al interno si le daban su lugar (2:18)

Pepe, como se ha mencionado antes, durante su entrevista, alude que antes de entrar a este año “ya sabía lo que iba al internado...” predisponiéndose a el lugar que ocupara dentro del

hospital, al igual que Marisol, Mauricio y Kathia realizaron el año de internado en Chiapas, curiosamente en la entrevista de ellos, se puede apreciar algo que tuvieron en común; en su experiencia del año de internado las jerarquías fueron muy marcadas, incluso, los castigos como el que menciona Pepe aquí; “dejarlos guardados” (que es estar más horas de guardia de lo normal, puede prolongarse incluso hasta en días) este tipo de castigo suele ser demasiado para el humano puesto que ninguno puede aguantar sanamente jornadas o tantas horas dentro de un lugar, y no queda más que aceptar el papel que se juega y caer en la sumisa palabra de “obedecer”, hasta entre médicos internos de pregrado hay una jerarquía marcada determinada por el nivel de conocimiento que se traiga o experiencia, siendo una herramienta más de supervivencia para la “cadena alimenticia” que llega a ser el hospital.

Sosteniendo esto Palmer, et al. (2017) Argumenta en su investigación que se ha documentado durante este año las condiciones adversas que atraviesan los médicos de pregrado; alimentación deficiente, horas excesivas de trabajo, hostigamiento, acoso laboras/sexual e incluso discriminación por parte del personal de salud que está en contacto con ellos además de la falta de seguimiento por parte de autoridades académicas la problemática que pasan los MIPs. Como consecuencia de toda esta cadena de eventos los médicos llegan a experimentar sentimientos de abandono, angustia, ansiedad, depresión, insomnio, etc. (p. 1)

A (entrevistadora): Okay, Y ¿cómo lidiabas con esa parte de las jerarquías que mencionas?

P (entrevistado): Bueno, yo sabía lo que iba al internado, entonces cuando me regañaba alguna adscrito, algún residente pues yo lo tenía que tomar, ahora sí de la mejor manera porque o era de tener que aclimatar al espacio donde estás porque si yo me ponía a contradecir a los que tenían una mayor jerarquía pues te dejan guardado... a veces si estás de postguardia te dejan guardado otro día entonces es más cansancio para ti más... más estrés entonces, lo único que así que te queda es decir; “haz tal cosa” ... “Bueno”, si te regañan está bien o solamente con agachar la cabeza y no decir nada y sacar lo que te están pidiendo, aunque tú sepas que tienes la razón y que... quién te está mandado pues es de mayor jerarquía este mal pero no le puedes contradecir, no le puedes contradecir... ahora sí que depende también de la persona porque hay personas que los corriges pero ellos no creen capaz que una persona que un interno pueda corregir a alguien que ya tiene años de estudio así lo tomo, pero... ahora sí que tratas de respetar esa parte bueno dices “yo soy interno pues sí me mandan tengo que obedecer” lo único que haces es

agachar la cabeza y sacar el trabajo ahora sí que tratas de respetar esa parte bueno dices “yo soy interno pues sí me mandan tengo que obedecer” lo único que haces es agachar la cabeza y sacar el trabajo (6:18)

A veces si puedes tener un pre internado pero a veces ese tipo de alumnos llegan con un poco más de “yo... yo estuve un semestre así, ustedes son los nuevecitos yo ya estuve en el hospital”... y volvemos a caer en lo mismo en lo de las jerarquías (6:25)

3.1.3 PAPEL QUE JUEGA EL INTERNO EN LAS JERARQUÍAS DEL HOSPITAL

El MIP Dentro de la jerarquía del gremio médico el papel que desempeña es como aquel que hará el trabajo “duro y difícil” como en pocas palabras lo dice Carlos en este fragmento de su entrevista, cabe destacar la normalización que se va presentando del rol que vayan a tener dentro del hospital donde, de alguna manera u otra se resignan ante esto, sobre todo que, siendo la jerarquía más baja (aparte de la denigración que existe) muchas veces entre compañeros, dependiendo de la relación que se tenga con los demás, hace que la experiencia del año sea más ameno o más difícil.

C (entrevistado): Porque como interno eres la jerarquía más baja de un hospital y prácticamente tú tienes que hacer el trabajo duro y difícil (1:26)

Que el médico interno de pregrado sea de la jerarquía más baja implican otras situaciones adversas; es tanta la carga de responsabilidades que el desgaste físico suele ser notorio como lo menciona Kathia afirmando que el médico interno “no puede dormir puede no comer...” y en consecuencia se obtiene un bajo rendimiento por parte del médico y en algunos casos empiezan a padecer el síndrome de burnout.

Consejo y Viesca (2013) refuerzan este fenómeno que ocurre en las jerarquías dentro del hospital señalando a la autora Kay, lo explica cómo “desidealización traumática”, esta autora señalando como el impacto vivido en los médicos internos de pregrado manifestándolo como frustración, desilusión, malos entendidos con otros médicos de su grado o más altos (he ahí la importancia de tener una buena relación con las personas que se tiene más convivencia) y todas aquellas irritaciones cotidianas que se viven en las prácticas clínicas al igual la disminución de

una buena precepción de ellos mismos autoestima, aprendizaje, expectativas de ser médico o en su caso especialista, etc. (p. 3)

K (entrevistada): Tanto “que todo lo haga el interno” el interno puede no dormir puede no comer, pero... no te va a rendir igual (3:28)

3.1.4 PERSPECTIVA SOBRE LAS JERARQUÍAS DENTRO DEL HOSPITAL

Como ya se había mencionado antes en las entrevistas, la normalización del lugar que ocupa el médico interno de pregrado y a lo que se atiene al tener ese nivel dentro de la jerarquía es notorio, como alude Carlos que en su caso lo ve necesario por cuestiones académicas, sin embargo, menciona la “obediencia” que se le debe de tener a los superiores sin cuestionar órdenes.

Consejo, et al. (2005) Hablan que en este año pueden deformar su sistema de valores incluso contribuir a su formación “antiética” que señalan los autores que citan en este artículo, al mismo tiempo señalan que se puede generar una lucha interna entre sujetos y profesionales en el medio hospitalario. (13:4)

A (entrevistadora): Ok comentaste sobre las jerarquías que hay dentro de un hospital ¿cómo percibiste esta parte ya estando dentro de un hospital y como mencionaste jerarquías darte cuenta como están acomodadas estas jerarquías como tal entre los niveles me imagino que ocupas dentro de un hospital?

C (entrevistado): Las jerarquías a veces no son justas, pero siento qué si están adecuadas a las necesidades realmente la jerarquía más baja como tal en cuanto a medicina es el interno de ahí le sigue residente y posteriormente el médico adscrito y después el encargado de cierta área entonces siento que sí están adecuados de manera correcta tu como interno eres el primer contacto y posteriormente el residente qué son los que llevan a cabo todo el trabajo y por último el médico adscrito qué es el que tiene mayor experiencia y ella es el que va a dar el dictamen final de todo lo que se va hacer entonces considero que está bien porque son escalas que vas pasando hasta llegar a ese punto cómo es jerarquías mayores sí te puedo llamar la atención regañar o tengas cierto tipo de comentarios hacia ti pero tienes que aprender a lidiar con eso

A: Ok y esta cuestión que mencionas de jerarquías ¿crees que tiene que ver mucho con el trato, que hay entre ellas?

C: Así es porque si una persona está arriba de ti y dice algo tu nada más lo cumple, tu no tienes derecho a opinar, no tienes derecho a decidir, no tienes derecho hacer simplemente cumplas lo que la persona está arriba de ti dice

A: Ok, entonces si hacen una jerarquía remarcada

C: Si se nota mucho, tienes que respetar todo lo que te dicen (1:29)

Las jerarquías que hay en el hospital, como en el gremio médico, existe una gran diferencia en cuanto a cómo se llegan a desarrollar dependiendo en el estado donde se encuentre el médico cumpliendo con su año de internado, es decir, Carlos menciona que en Chiapas es más marcado el trato o como es la dinámica con sus superiores a comparación de lo que vivió en Monterrey, el apoyo era notorio por parte de los otros médicos, recalca que; sí hacen “comentarios” pero se justifica. ya que es parte de la formación del médico, así mismo el MIP debe de tener los conocimientos suficientes para saber qué hacer en distintas situaciones que se le llegan a presentar durante la estancia. Por otro lado, el entrevistado hace mención sobre cómo influye ser mujer durante el internado en Chiapas, argumentando desde su experiencia que en Chiapas aún hay ideologías arcaicas respecto a el papel de la mujer y su desempeño en distintos sectores como sector salud.

C: Si precisamente esto de las jerarquías aquí en Chiapas está muy marcadas eso en cambio allá el trato es diferente aquí por ejemplo si una persona de mayor jerarquía quiere molestarte lo puede hacer fácilmente no tienes derecho a opinar y como te dije, pero allá no me tocó ver absolutamente nada de eso al contrario había mucho apoyo entre las jerarquías mucha convivencia realmente habla un ámbito de trabajo agradable, obviamente si te llaman la atención y te dicen cosas, pero es parte de la formación, hay cosas como médico tienes que saber y si no sabes ya no es momento de que te enseñen como un niño de kínder te lo tienen que enseñar de manera que te deje marca porque ya no estás tratando con juguetes estas tratando con personas entonces no puedes cometer errores (1:30)

A: Acabas de mencionar algo muy importante de Chiapas ¿crees que el trato acá de acuerdo a las jerarquías tiene mucho que ver con que seas hombre o mujer?

C: En definitiva, si creo que hay muchos problemas hacia las mujeres sobre todo acá se denota acá voy a decirlo así de manera vulgar me ha tocado ver muchos casos que muchas personas piensan que por ser mujer creen que no son capaces de y pues eso obviamente sabemos que no es verdad, pero muchas personas tienen esa ideología un poco rezagado (1:31)

Al igual que Carlos, Fernanda hace alusión a Chiapas respecto a las jerarquías dentro del hospital y en medicina debido a que ambos cumplieron con el internado en el estado de Nuevo León y vuelve a remarcar; “tienes que respetar” sin dejar opción alguna de cuestionar un porqué.

F (entrevistada): Hay regiones más aquí, en Chiapas las jerarquías son muy marcadas y las tienes que respetar, (2:21)

3.1.5 INCONFORMIDAD CON LAS JERARQUÍAS

El trato que se recibe conforme al lugar que se ocupe en el gremio médico, genera bastante ruido como lo expresa Fernanda al decir que; no ve la necesidad de tratar a los otros como los trataron en algún momento sus superiores, dando paso a un círculo vicioso y falta de empatía entre ellos. Por otra parte, la empatía, esta habilidad emocional puede irse perdiendo al paso del internado, llegando a no sentir empatía por la situación que se encuentren sus pacientes ni a otros que conformen el hospital, menciona Fernanda también algo que debe de destacarse; el tratar correctamente a un médico sea cual sea su rango académico hace que la dinámica de trabajo del hospital logre funcionar mejor.

Ahora bien, un ejemplo donde comienza a acentuarse la jerarquía médica entre los internos es pasar el examen para entrar a la especialidad; ENARM (Examen Nacional de Aspirantes a Residencias Médicas) dando aprobación/reconocimiento entre ellos o por los médicos con más grado académico, sin embargo, este examen (o alguna otra situación) no debería tener relación con el valor humano que se le debe dar a cada médico de cualquier grado.

Consejo, et al. (2005) Mencionan que el estudiante de medicina al ingresar a una comunidad o red de intercambio de capital con ciertas características; la comunidad médica perteneciendo a una institución específica, es decir, una institución que tiene normas específicas,

valores, códigos. El médico interno de pregrado buscara ser aceptado e integrarse a esta comunidad médica, pero se pone difícil cuando se encuentra la diferencia de los valores, códigos, normas del estudiante y como se resultado; la generación de conflicto. Si el MIP en formación no llega a ser parte de esta red de intercambio (principalmente conocimientos académicos y prácticos en el ámbito clínico) podrá no tener otra salida que renunciar a la carrera, especialidad, año de internado alejándose de esa comunidad. La estructura tradicional jerárquica del medio médico da pie a nuevas relaciones de poder, es en este entorno donde uno de los principales conflictos sucede entre el médico interno de pregrado y el residente. (p. 12)

Esto reafirma el argumento de Fernanda; querer pertenecer a la comunidad médica significa alinearse a los valores y creencias de la institución para obtener beneficios para su desarrollo profesional como es el intercambio de conocimientos que pueda darse en este año académico.

F (entrevistada): o sea, ¿por qué pasar por lo mismo? es como los militares a mí me golpearon y yo tengo que golpear al que viene y al que viene va a golpear al que viene porque no acabar con eso, o sea, es como yo de mi buen afán de enseñarles no quiso pues ni modo, pero no porque uno no quiso no quiere decir que el que viene ya no le voy a decir que tal el otro si quiere aprender o sea cosas así, que cambien su mentalidad porque no es que no seas nadie obviamente está más arriba que el interno y que el médico pasante del servicio (2:59)

F: si tú te llevas bien con tu interno el trabajo va a salir rápido, en forma y no vamos a tener problemas incluso, hasta ellos te adelantan trabajo porque dicen me va a pedir los laboratorios, aquí están antes de que se los pidas, cuando te llevas bien con el residente, cuando, o sea, cuando tú tienes un ambiente de trabajo bueno las cosa salen pero si yo voy a estar peleando con mi residente va a ser... muy difícil, las cosas van a salir muy tropezadas, y no se trata de eso, o sea, no se trata de ponerle el pie para que lo regañen a él, eso... la mentalidad que entran siendo residentes porque nada más pasan el examen... digo, si un examen muy difícil, digo, el que lo pase wow, pero... no pues, siempre vas a estar en el continuo estudio siempre va a ver alguien que sepa más que tú, o sea, no puedes hacer eso; tratar como cucaracha al que está más debajo de ti, algún día tu estuviste en su lugar porque nadie pasa de la carrera a ser residente, tienes que pasar por el internado y el servicio y luego pasar el examen hay peldaños... quieras o no, pero no se trata de “ahora porque yo estoy arriba te voy a ver así bajo el hombro”... eso. (2:60)

Sobre las tareas que le pertenecen a cada integrante del hospital Marisol externa; a pesar de que “supuestamente” cada médico de mayor grado académico tiene asignado a un paciente es al médico interno de pregrado que al final de cuenta le dejan la responsabilidad de hacer un trabajo que no le corresponde, igual que los otros entrevistados dicen que son llamados “saca chamba” puesto que hacen roles que no les corresponden y no solo ser el médico interno de pregrado en formación, por ende, siendo que están en formación muchas veces el aprendizaje no da abasto y tienen que arreglárselas por sí solos. En esta parte de la entrevista logra manifestar que las responsabilidades extras que le otorgaban implicaban incluso que su jornada en el hospital se extendieran más de las 36 horas que pasan en el hospital cuando son los días que realizan guardia.

Respecto a las responsabilidades de médico interno de pregrado o residente que tiene en el hospital, específicamente las jornadas tan pesadas en el hospital Derive, et al. (2019) Menciona en su investigación “percepción de maltrato durante la residencia médica en México: medición y análisis bioético” basado en la Norma Oficial Mexicana (NOM) en su artículo 8.6, tiene que regular tal artículo las residencias médicas señala que deben de tener un ambiente éticamente responsable por parte de sus superiores, es decir, proteger su dignidad, tener acceso a necesidades básicas que son vestir y alimentación y más relevante descanso, es artículo también menciona sobre la prohibición de las guardias de castigo. (p. 5)

M (entrevistada): es como... es que lo tienes que hacer porque si, o sea no hay opción no es de que “Ay no, pero es que a mí no me toca hacer la nota médica, usted es el doctor de ese paciente tiene que hacerla” no, olvídate de que tenemos que contestarle así o no se te ocurra decirle; “no doctor, no me toca a mí” o “yo estoy con otro doctor ayudándole con las indicaciones no puedo ayudarlo a usted”... no, tú lo tienes que hacer porque así te lo están mandando

A (entrevistadora): O sea, a pesar de que era el médico del paciente, o sea que el... entiendo que él estaba... así

cómo; “ok, es mi paciente porque viene...”

M: Yo estoy viendo su evolución

A: Ajá

M: Yo estoy viendo que le estoy poniendo pues yo hago la nota ¿no? Para dejarla en el expediente, no, eso le toca al interno ¿por qué? Porque así es (risas). Solamente nos pueden decir eso, es que así es, o sea, así nos dicen, pero nosotros siempre decíamos “pero ¿por qué tenemos que hacerlo nosotros? Si no nos toca o ya termino mi guardia ya me tengo que ir” ¿no? Es que te tienes que quedar a terminar lo que te falta o lo que te toca. (4:8)

M: Y tenías que cuidar muy bien los expedientes porque si los dejabas en otro lado ahí si es responsabilidad de nosotros ¿no? Pero... nunca nos enseñan o nos dicen las instrucciones: “no, mira, aquí esta esté mueble que es especial para esto, lo tienes que acomodar bien, allá esta la máquina tienes que usarla este... en ese... así que en ese escritorio no puedes usarla en otro” o cosas así, reglas que tienes que seguir pero que nos las explique por le menos, no que no las (4:30)

3.2 VALOR HUMANO

3.2.1 DESACREDITACIÓN DE LA DIGNIDAD

El camino que se recorre en el internado existen aprendizajes emocionales, académicos y personales cómo defender la dignidad, y un claro ejemplo de esto es en el discurso de Kathia, donde cuenta que tuvo que poner un alto sobre el poco valor humano que le daban dentro del hospital, al igual que sus superiores (las jerarquías antes mencionadas y el desequilibrio que resalta más en los hospitales de Chiapas) sus compañeros de rotación le daban el mismo mal trato y la consecuencia era que a la entrevistada lograban bajarle la moral recurriendo como desahogo llegar a casa a llorar, platica Kathia que, los insultos llegan a ser denigrantes como “eres un cucaracha”, por otro lado, Fernanda menciona algo parecido en su entrevista; no entendía porque los otros médicos de un rango académico más alto que ellos tenían que actuar de la misma manera como actuaron con ellos y los compara con el trato que ella imagina que es hacia los soldados. Un MIP dentro del hospital da a respetar su valor como humano cuando se tiene la fuerza de voluntad para poner un alto, lamentablemente no es así en todos los casos debido a

que no todos los médicos internos tienen la misma inteligencia emocional o por la personalidad que tienen.

Cruzado (2016) respecto a esta vivencia que sobre pasa el valor humano menciona que cualquier médico puede evocar situaciones vividas en carne propia durante los años formativos de médico sea como estudiante, interno o residente. Se habla de daños a la dignidad por humillación durante la práctica clínica ante los demás o la sobre carga de trabajo más allá de lo humano que se puede hacer, también señala sobre la desigualdad de género en este ambiente hospitalario, el autor menciona el “castigo” más obligaciones improductivas para su formación, incluso el ser golpeados, jaloneados, zarandeados, etc. (p. 4)

K (entrevistada): Una persona se siente superior y sólo te dice algo para humillarte y tú sólo piensas “ Okay, está bien, él está mal” y lo dejas pasar, pero allá no, allá llega a los insultos decirte que eres una cucaracha y no es permisible pues... no es algo que sea normal tienes que tomar fuerza para decir “sabes que no, merezco que me respetes” aprender a decir las cosas con firmeza y con respeto sobre todo (3:6)

K: Y entonces como hay personas que pierden la vida y no te importa la de la persona que te está sirviendo tuve problemas por eso (3:11)

K: realmente si me afectaban, no te voy a decir que no porque si... es feo y se siente feo que persona que es igual que tú que estuvo en la facultad contigo te trate de esa manera que menosprecia tu trabajo simplemente lo pasaba por alto y lloraba en casa (3:20)

La desacreditación del valor humano que viven los médicos internos contribuye a el desgaste físico y emocional, resultando como consecuencia que la percepción que tengan hacía ellos mismos empiece a ser mala; que no rinden como médicos o que no tienen valor como personas. La personalidad que tenga cada MIP influirá mucho respecto a si quiebra emocionalmente o no puesto que, los más “débiles” serán aquellos que les sea más complicado este año subsistir dentro de la jerarquía médica. Marisol mostró durante su estancia en el hospital no ser tan fuerte que al igual o la mayoría de sus compañeras, ella se derrumbaba al llegar a casa donde no les queda más que externarlo con el llanto e incluso menciona sobre que no cubren sus necesidades biológicas principales como es comer o dormir, como consecuencia, el MIP no rendirá igual físicamente o en su aprendizaje.

Respecto a la personalidad, bienestar emocional y profesional menciona Cruzado (2016) que estos aspectos del médicos se construirán precozmente, pero aquí interviene fundamentalmente la historia de cada individuo para su formación como médico, puede abarcar desde la adolescencia como punto de partida a su formación, propone que las escuelas de medicinas deben de proveer independientemente del conocimiento académico, habilidades emocionales respecto a sus sentimientos y actitudes de profesionalismo sea empatía, altruismo, compasión, calidez humana, etc. Imprescindibles para su buen desempeño. Sin embargo, todas estas habilidades/cualidades solo serán fructíferas si son sustentadas desde una buena salud mental y trabajada al ritmo del médico en formación dependiendo de la historia de vida y personalidad de cada uno de ellos. (p. 2)

M (entrevistada): Entonces, eso para nosotros era desgastante, tanto físicamente y mentalmente porque dices; “y yo ¿qué estoy haciendo aquí?, ni me están enseñando, no estoy aprendiendo nada y estoy aquí parada”, y siempre nos preguntábamos “pero ¿por qué pasan esas cosas si siempre...? es que así es, yo también como adscrito, yo también pase por el internado y también me toco hacer eso y así lo tienes que hacer tú también”

A (entrevistadora): (reacción de sorpresa) y ¿cómo te sentías con este pensamiento de “es que yo pasé por esto y tú también tienes que pasar por esto”?

M: Pues si se siente feo (risas) o sea, si muchos doctores nos decían, así como que lo malo y nos hacían hasta llorar, era muy... era muy feo porque... no nos... respetaban, por así decirlo, o sea, no tanto como “ay no, es que también es médico” o “va para... para médico o médico general” o algo así, no, ni si quiera... o sea, ni si quiera pensaban por la persona que nosotros somos ¿no?

A: O sea, ¿sobre pasaba totalmente la dignidad?

M: Decir “bueno es un ser humano, está cansado, tiene hambre, este... o sea, no o le tengo que enseñar o cosas así ¿no? Porque está en proceso de aprendizaje, no, o sea, a ellos no les importa. Nos ven casi casi... “saca chamba” como le decimos nosotros, o sea, porque nos toca, porque tenemos que hacerlo y... pues nos preguntábamos ¿no? “¿por qué... por qué pasan estas cosas?” y a veces tenemos que pasar por todo esto como para asimilarlo y comprenderlo ¿no? Toda la problemática que existe allí en el hospital.

A: Y... al principio ¿cómo fue? O sea, cuando empezaste a ver cómo “es que no me están valorando casi casi como ser humano” o por lo que yo entiendo... ¿cómo te sentías al principio con eso?

M: Sí... al principio si era muy feo y triste, te acaban este... toda la... todo el problema que existe ahí te acaba física y mentalmente, porque te hacen sentir mal, te hacen sentir que no vales por así decirlo (4:15)

M: pareció verle... este... haberse dirigido al paciente” o cosas así o “¿por qué me dice esas cosas? ¿por qué me trata así? Si yo no le estoy haciendo nada” (risas) (4:24)

A: ¿Te insultan?

M: Ajá si te insultan... te... pues igual algunos te dicen groserías, otros no, pero, (4:26)

Por otro lado, para Mauricio respecto a la desacreditación como ser humano que vivió y vio (hace ejemplificación respecto a las mujeres) habla sobre el dominio que hay de superiores hacía ellos, el control que menciona implica no solo con la moral de la otra persona sino de algo físico, los castigos que recibían eran duros que sobrepasaba el valor humano que ya implica estar horas en el hospital “guardados” donde nada más el único contacto que tengan con el mundo exterior sea para recoger sus cosas personales. En el dominio físico de superiores hacía las médicas internas suele llegar al acoso; cambian el castigo de quedarse más horas en el hospital por un beso e incluso relaciones sexuales y como consecuencia en la “cadena alimenticia” que se vive en el hospital empieza a generarse el abuso de poder para beneficio del otro.

Sobre la desacreditación humana manifestada dentro del hospital que es el acoso Sepúlveda, et al. (2016) ha identificado como factor de riesgo para ser víctima del acoso el sexo del alumno, edad, estado civil, el tipo de especialidad si es que se encuentra cursando la residencia en ese momento, jerarquía o grado académico, nivel socio cultural u origen étnico. (p. 4) Existen conductas de acoso que señalan los autores como lo son humillación pública, amenazas, comentarios de menosprecio, críticas, cargar más al médico en formación de responsabilidades, insinuaciones u hostigamiento sexual, horas extras de guardias, etc. (p. 5) Y todas estas con el fin ejercer poder en el otro en beneficio del otro.

M(entrevistado): el empoderamiento que tienen los doctores hacia alguien menor es demasiado... es demasiado es algo que no debería de existir es... tanto control sobre una

persona o sea, es tanto el control sobre una persona que tienen sobre ti que neta pueden usarte o deshacerte de la manera que ellos quieran entonces, eso no debería de existir creo que en ningún lado ¿no?, la gente debería tener un límite en las cosas que te pueden pedir o qué creen poderte pedir ¿no? pedirte cuerpo, pedirte dinero, pedirte lo que sea realmente no sabes que te van a pedir y me vas a comprar una coca ¿no? tú esperas que te den dinero y no te dan dinero y vas con tu dinero y compras una coca (5:33)

M: Entonces te cuidan todo tu forma de pararte, tu forma de hablar, tu forma de presentarte... todo todo todo todo es motivo de castigo ¿no? y si lo pagaba... no pagaba monetario pero me decían “güey...” porque frente al hospital está Walmart “güey vete por las conchas...” no sé porque comemos conchas, pero comemos conchas a mí ni me gustan las putas conchas para mí gritos y entonces yo compraba conchas con el dinero que me hacía falta, los castigos deben ser diferentes o sea, realmente horas extras de guardia es mortal no sé pagar cosas así o sea, te pueden usar puedes estar tan desesperado, como yo lo veo, tal vez como mujer puedes estar tan desesperada para irte a tu casa, porque hay gente que la tienen allá toda una semana, hay doctores residentes que se quedan una semana guardados en el hospital a los que se llevan su ropa... güey a los que llega nada más a estacionamiento a recoger su maleta y regresan (5:37)

M: “ya güey chingue su madre ya me quiero ir a mi casa, no dormir en mi cama una semana güey ya me quedo chingue su madre un beso” o sea, es tanto que llegas a ver las cosas íntimas como cualquier cosa “chingue su madre es un beso, ¿qué pasa? se lo doy” nadie debería de pedirte un beso sin tu consentimiento, o sea, neta y lo aceptas porque estás entre la espada y la pared entonces, eso no debería de existir eso lo cambiaría totalmente las...las... el poder que tiene un médico hacia otro en formación lo cambiaría (5:40)

3.2.2 ACOSO HACIA LAS MUJERES DENTRO DEL HOSPITAL

Retomando el tema del acoso hospitalario, existe en su mayoría una gran demanda por parte de mujeres, ya que es una población vulnerable, sin embargo, el acoso también es hacia los hombres, Carlos no habla mucho el tema del acoso que conoce, pero refiere que en Chiapas es donde más ha sabido de este fenómeno.

C (entrevistado): Esa es otra, ciertas mujeres sufren cierto tipo de acoso y pues eso te complica el ámbito laboral el ámbito como médico si llega a afectar hasta cierto punto su trabajo

A (entrevistadora): ¿Has sabido de algún caso de acoso hacia una interna aquí en Chiapas?

C: Si varios casos (1:32)

A: Okay, acabas de mencionar que sales como que con carácter ¿no? ¿me podrías dar un ejemplo? De alguna situación que dices “yo no era así, hasta que...”

K (entrevistada): Bueno uno podría ser lo que mencionaba del acoso que, muchas veces se normaliza y tal vez en tu vida diaria como no es tan frecuente o tan persistente pues lo dejas pasar dices “bueno, no le hago caso y ya” en cambio ahí están... persistente qué tienes que llegar al punto donde tú dices “basta” ¿no? “no voy a permitirlo” no es normal que suceda o que te humillen de cierta forma a veces pasa en la vida cotidiana que una persona se siente (3:5)

La normalización del acoso llámese callejero, en el trabajo o específicamente hacia las mujeres, es común escuchar que superiores en el trabajo logran sobrepasarse más allá de lo verbal llegando a lo físico o cargando de responsabilidades a una sola persona, Kathia en su experiencia del internado fue acosada por sus superiores, menciona que el acoso dentro del hospital logra ser persistente, muchas personas soportan esta condición dentro del hospital por la misma normalización y son pocas como ella que tuvo que poner un alto, sin embargo, le trajo consecuencias en su desarrollo como médico interno de pregrado. Da Pauta este fenómeno a que con el paso de los años el ambiente del hospital exista el acoso y sobre todo en el caso de Chiapas se sigan multiplicando o repitiendo estos patrones que aún no logran romperse a comparación de otros estados del país como lo son el centro y norte.

Castro (2014) señala respecto a lo que menciona Kathia como un “habitus” dentro de la formación médica; las mujeres ponen resistencia a la normalización de actitudes como acoso por parte de superiores, como lo son residentes, adscritos etc., otra parte de la población femenina terminan aceptándolo como “estrategia” de adaptación al medio. Por el lado de los varones viven esta situación con toda naturalidad como “la costumbre” o no saber porque se actúa así, claro, cabe destacar que una parte como lo menciona el autor, muestran desconcierto ante esta situación de acoso/poder. (p. 25)

Mauricio señala sobre el acoso hacía las mujeres dentro del hospital; llega un punto donde es tanto el cansancio de estar cargado de responsabilidades que cambian algo físico con tal de salir del hospital, se hace notar el abuso de poder que puede haber con tal de obtener beneficios en este caso que ejemplifica Mauricio es físico. Previo al entrar al internado muchas mujeres saben a lo que se atienen al entrar al internado que incluso en el caso de estas entrevistas Kathia fue la única que hablo de este fenómeno que sucede dentro del hospital a comparación de los hombres entrevistados que si hacen mención respecto el acoso hacía sus compañeras.

Fuentes, et al., (2010) dentro de la definición que conciben al internado en su investigación señalan que son frecuentes las propuestas a estudiantes de recibir enseñanza a cambio de favores (físicos, por ejemplo, como habla en su experiencia Mauricio) todo esto se interpreta como una crisis de valores de las autoridades, siendo atentados directos contra la dignidad, profesionalismo, ética, etc. Los abusos de autoridad y poder son evidentes (más en el aspecto físico sobre las mujeres) sin embargo, no se demanda para evitar este tipo de acciones por parte de otros con mayor grado académico. (p. 9)

M (entrevistado): “a ver interna vas a salir conmigo o vas a estar conmigo” ¿en dónde estás tú? O sea, no, ese tipo de cosas no deberían de pasar, no debería... (5:34)

M: hay gente tan desesperada que, si el doctor te dice “güey, si te vas, pero si me das un beso Dame un beso” después de una semana de mal dormir ahí chingue su madre le doy un beso ¿cuál es la puta... ¿Cuál es la puta ciencia? ¿No? (5:39)

3.2.3 OPINIÓN SOBRE EL ACOSO HACÍA LAS MUJERES DENTRO DEL HOSPITAL

Carlos señala que el problema del acoso reside más en Chiapas, así como Mauricio en su entrevista, respecto al acoso en el hospital que estuvo en Nuevo León “los protegían” de alguna manera ya sea mujeres u hombres, el acoso es bien señalado como consecuencia del abuso de poder que hay entre las jerarquías existentes en el hospital, como lo recalca Carlos; a los superiores les da cierto “derecho” a actuar como lo hacen.

A (entrevistadora): ¿Cuál es tu opinión respecto a esto?

C (entrevistado): Pues que realmente no debería ser así por ejemplo cuando yo llegué allá al internado en general nos dijo la jefa enseñanza que es nuestro jefe inmediato que si algún día tenemos un caso de ese tipo y sobre todo las mujeres tenían algún caso de acoso que nos dirigimos inmediatamente hacia ella y ella iba a resolver el problema porque en pleno Siglo 21 no puedes hacer nada de eso tú estás para realizar un trabajo, pero no para recibir acoso de nadie ni por que sean tus jefes o por que tengas como mencionábamos jerarquías tienen derecho a ser de ese tipo de cosas (1:33)

A: ¿Por qué crees que aquí en Chiapas se esté dando más y que no se haya controlado o disminuir el problema?

C: Yo creo que es porque no había ningún escarmiento al respecto por que consideró que todas las mujeres merecen respeto en general no sólo en el ámbito de la salud, pero no habido ningún caso que dejé marcado a alguien porque por ejemplo si alguien te está pasando tienen derecho a correrlo o a proceder legalmente y si realmente desconozco sobre el tema, Pero supongo que se puede proceder por esto de otras maneras, entonces cómo no sea un caso así por eso algunas personas lo siguen haciendo a veces no llega al punto de llegar a ser acoso, pero sí estas molestando a alguien tú podrás decir nada más la estoy molestando no la estoy acosando, pero es prácticamente lo mismo (1:34)

3.3 VALOR COMO MIP

3.3.1 DESACREDITACIÓN COMO MIP

Otra situación que se vive siendo MIP y tener un papel dentro del gremio médico es la desacreditación que tienen como profesionales de la salud, Mauricio señala que, los castigos hacía ellos no deberían de ser tan duros como; dar dinero por un mal lenguaje o referirse mal a un término médico, el quedarse “guardado” horas extras donde mal dormir y comer traen consecuencias físicas lamentables y terminan siendo más propensos a sufrir enfermedades, Mauricio habla que en el hospital regional de la ciudad de Tuxtla Gutiérrez pasaban por alto el

papel que tenía que ejercer como MIP dejaban aún lado (aparte de la dignidad humana) la dignidad que tenía siendo médico interno y que estaba en pleno aprendizaje, empezando lo que sería una vida dentro del hospital.

Respecto a la vivencia de ser médico interno dice Sánchez, et al., (2008) es en el hospital donde se marcan claramente las jerarquías del gremio médico, el médico interno de pregrado está por debajo de los residentes y éstos se encuentran a un grado académico menos de los médicos adscritos (a quienes tienen que rendirle cuentas). Entonces, esta estructura jerárquica coloca a los MIPS en una situación de sometimiento a la órdenes del demás personal médico, tal circunstancia genera en el médico interno una tensión extra y temor al castigo como lo menciona Mauricio en su entrevista de la existencia de tales castigos, la consecuencia de toda esta dinámica expone la salud física/mental del médico y el buen desempeño de las funciones que tenga que hacer dentro del hospital, cabe destacar que las tareas extras que puedan ordenarles no siempre son relacionadas con su formación académica. (p. 5)

M (entrevistado): En el Gómez Maza no me sentía médico, en el Gómez Maza no me sentía ni valorado mucho menos importante, no me pedían mi opinión no les interesaba mi opinión (5:14)

M: No deberían de haber tantos castigos o castigos no tan manchados o sea, no le veo la necesidad de... de cobrarte \$5 por cada “el, la, los” que digas en un pase de visita, a mí me cobraban \$5 Si decía por ejemplo “el hematocrito” no, era hematocrito no tenías que decir “el” sí doctor y me dijeron “por cada vez que decías; las, los, un, una, te voy a cobrar \$5” (5:35)

3.3.2 NORMALIZACIÓN DEL TRATO HACIA EL INTERNO

Marisol por su parte señala que, la normalización del trato que tendrán como MIP es inevitable ya que, en su año de internado optaban mejor por no quejarse sabiendo que están expuestos siempre a tratos así por parte de sus superiores, Marisol manifiesta que hacía pesado su año de internado porque, como a ella le decían sus demás compañeros internos; “¿para qué quejarte?”

Respecto a la normalización del maltrato hacia el MIP señala Munayco, et al., (2016) explica que desde la psicología social el estudiante de medicina no denuncia estas conductas abusivas

aceptando el abuso como una herramienta pedagógica, en otras palabras “es parte de...” (4:6) siguiendo esta conclusión de los autores, mencionan que el estudiante al ingresar a una comunidad médica que contiene sus propias normas tienen que adaptarse a este ambiente, incluyendo sus comportamientos abusivos, sin embargo, son considerados como “común” en el medio. (p. 7)

Cruzado (2016) Por su parte a la normalización del trato hacia al MIP concluye en su investigación que debe condenarse a la equivocada creencia que el maltrato es un componente de los sistemas educativos a lo largo del tiempo, estas maneras de trato prepotente, despectivos hasta humillantes se ha pasado de generaciones en generaciones de la formación médica o como el autor lo expresa como “la letra con sangre entra” como erróneo dogma. (p. 10)

M (entrevistada): porque ellos normalizaban todo entonces para ellos era como de “ay ¿por qué te quejas? Aguanta, todos pasan por esto ¿por qué quejarte? (3:17)

3.4 EL AÑO DE INTERNADO

3.4.1 DESCRIPCIÓN DEL AÑO DE INTERNADO, DESCRIPCIÓN DE LA EXPERIENCIA EN EL INTERNADO

Carlos y Fernanda describen su año de internado como ameno, en el caso de Fernanda lo señala más satisfacción como “el mejor de toda la carrera”, los dos hicieron el internado fuera de Chiapas en el estado de Nuevo León, por lo tanto, el salir del estado donde realizaron sus estudios da pauta a tener nuevas experiencias tanto académicas como personales, el ser foráneo resulta toda una travesía y más pasar a una ciudad como Monterrey donde el desarrollo es más que en Tuxtla Gutiérrez, llegando a cambiar la perspectiva de vida personal y profesional.

A (entrevistadora): Ok, ¿Cómo fue tu experiencia en ese año de internado?

C (entrevistado): Fue una experiencia muy padre el hecho de conocer a nuevas personas, nuevas mentalidades

este... e (1:3)

A (entrevistadora): ¿Cómo describirías tu año de internado?

F (entrevistada): para mí fue el mejor año de toda la carrera, el mejor año, (2:2)

fue... un año divertido, de aprendizaje y fiesta (2:4)

Para Kathia, su año de internado le resultó difícil puesto a que las jerarquías en los hospitales de la ciudad de Tuxtla Gutiérrez, como ya antes mencionado, son bastantes marcadas, Kathia también ha mencionado antes que, le resultó aún más difícil cuando enfermó durante un periodo dentro del año de internado, ya que se tuvo que ausentar, eso bastó para que sus compañeros de rotación la señalaran con frases como; “no aguantas nada” sin embargo, ella argumenta que al final fue gratificante el saber que pasó los obstáculos que se le presentaron durante este año y no deserto como casos de otros médicos internos que se ha sabido, respecto a la experiencia de su año de internado Kathia también lo describe como “feo” por el trato que recibió pero gracias al maltrato (como lo señala) se llevó enseñanzas.

A (entrevistadora): Hola Katia, bueno... me podrías explicar ¿cómo fue tu experiencia en tu año de internado?

K (entrevistada): Bueno, fue difícil si pudiera expresarlo en una palabra sería difícil pero gratificante, difícil porque hay muchos obstáculos en contra de ti, las personas desde la jerarquía más alta hasta la más baja todo mundo pues... y gratificante porque sabes que a pesar de los obstáculos lo pasaste... es como que resististe, (3:2)

K: Por lo menos aquí en el hospital en el que estuve pues fue feo la verdad, feo cuanto el trato del personal y gratificante por las enseñanzas que te llevas tanto de ese mismo maltrato (3:4)

Respecto a Marisol y cómo vivió su año de internado cuenta que, fue difícil para ella, ya que comenzaba a pensar que en algún momento desertaría por la presión que sentía dentro del hospital y por el trato que recibía de sus superiores, esto hace pauta a confirmar el hecho que en los hospitales de Chiapas no existe protección emocional/física hacía los internos.

A (entrevistadora): Ah ok, me podrías decir ¿cómo describirías tu año de internado? O ¿me quisieras platicar?

M (entrevistada): Pues... eh... mi internado fue el año pasado en el periodo del (...) 2018 y este... Pues fue una temporada muy difícil, (4:2)

Mauricio a pesar de que realizó su año de MIP en la ciudad de Tuxtla Gutiérrez lo describe como desafiante por todos los momentos malos que tuvo dentro de los hospitales en los que rotó, la personalidad de cada médico que pasa en el internado será esencial para definir como pasarán este año, por ejemplo, Marisol de todos los entrevistados mostró ser la que más difícil vivió su año de internado a comparación de los otros médicos que hicieron su internado fuera de Chiapas o en el mismo estado.

A (entrevistadora): Okay... ¿cómo describirías tu año de internado Mauricio?

M (entrevistado): Yo creo que si eligiera palabras para describir mi año de internado definitivamente metería estresante... desafiante, desafiante en todos los aspectos... muy chido, o sea realmente muy chingón, de mucho aprendizaje igual en todos los aspectos... todos mis aspectos diría... de mi vida y tal vez como el año más importante de mi formación como médico (5:4)

Para Pepe, concibe el internado como el año de formación más importante para el médico, señala que lo disfrutas y suceden “muchas cosas”, esto se puede interpretar como todo lo bueno y malo que puede pasar en el hospital donde se realiza el internado, lo señala también como aprender para pasar a la otra etapa de la formación del médico; médico de pregrado de servicio social.

A (entrevistadora): Ah okay... ¿Cómo describirías Tu año internado?

P (entrevistado): Hmmm... no pues el año de internado ahora sí que es... una fase o del médico o bueno una parte de la formación pues... te sucede muchas cosas entonces, es una etapa en donde la disfrutas (6:3)

P: Al final de cuenta es un año de formación en el cual tú aprendes demasiado para poder llevar bien lo que es el servicio social (6:5)

Ante las experiencias de los entrevistados respecto a su internado, fueron experiencias muy variadas de acuerdo con la personalidad de cada uno, el hospital donde estuvieron durante este año, sus superiores, compañeros de trabajo, etc., señala Consejo y Viesca, (2005) que el alumno

al ingresar a una institución como el sector salud e integrarse a ella tiene que enfrentarse al modelo que tal institución maneje (modelo médico) y de una profesión que se ha idealizado antes de llegar a este punto de la carrera que es el internado donde se le devela otra realidad diferente a la antes planteada. No es secreto que socialmente al médico se le ve como privilegiado, al que se le atribuye cualidades como poder, líder o sabiduría, así como también un estatus económico alto. Cabe destacar que los autores conciben que la idea de convertirse en médico funciona como un mecanismo de resolución de conflictos sociales, conforme compensar carencias que existan en su vida o como medio de adquisición de poder, es así como los médicos en proceso de formación se enfrentan a una realidad que puede ser difícil y contradictoria en este año. (p. 2). Como mencionan estos autores en su investigación y en equivalencia al discurso de los entrevistados, dependiendo de los factores internos de cada uno será la vivencia que se obtenga durante este año y los factores externos que pueden ser la sociedad, el aprendizaje, las maneras que se mueven esta estructura, etc.

3.4.2 DESCRIPCIÓN DEL HOSPITAL DONDE SE REALIZÓ EL INTERNADO

La descripción del hospital para esta investigación será de mucha importancia, ya que para el desarrollo del internado dependerá mucho de cómo se mueven administrativamente y en las jerarquías para que el médico pueda obtener el aprendizaje académico debido, Marisol describe su hospital “estricto y normativo” ya que ella y sus compañeros de rotación podían no estar de acuerdo en cómo se organizaba el hospital donde realizó el internado sin embargo, cuestionar no era opción y en su caso, el desabasto de personal dentro del hospital hacía que los cargaran más de responsabilidades provocando un desgaste físico más elevado a comparación de los otros entrevistados, por lo consiguiente se puede sospechar que gracias a un desabasto de personal o mala administración en el hospital pueda traer consecuencias a los MIP como un síndrome de Burnout; que es el conjunto de sentimientos de baja autoestima, poca realización profesional y personal provocado por el desgaste físico y emocional e incluso despersonalización hacia las demás personas.

Consejo y Viesca (2005) mencionan sobre las instituciones de salud mexicanas que existe un fenómeno de desinterés y apatía a raíz del exceso de trabajo; rutinario, rígido y repetitivo,

sinónimo de lo que parafrasea Marisol al describir el hospital donde realizó su internado “estricto y normativo”. Mencionan los autores también que existe un “desarrollo de un horizonte reflexivo derecho” en donde el trabajador es ajeno a su contexto laboral, a sus contextos cultural, social e histórico” es decir, que dentro de las instituciones de salud en México normalmente el MIP realiza actividades ajenas a su quehacer, por el cual desarrollan desinterés por lo correspondiente. (p. 6)

M (entrevistada): Pero, este... en sí mi hospital era muy estricto, muy... normativo, o sea de que nos decía “así se tiene que hacer las cosas porque así este... está establecido, no podemos cambiar nada y... más que nada había mucha enseñanza, si nos daban clases todos los días una hora diaria, pero, este... la carga de trabajo es mucha por la población porque llegan muchas personas muchos pacientes, el hospital en sí no tiene muchos trabajadores por así decirlo... o sea, falta personal, faltan médicos, faltan enfermeras hasta los propios internos son faltantes porque... este... solamente aceptan a muy pocos, entonces desde que hay mucha población hay poco personal entonces la carga laboral es demasiado (4:6)

3.4.3 COMPARACIÓN DE LA EXPERIENCIA DEL INTERNADO PROPIA CON LA DE OTROS COMPAÑEROS

Para Marisol, como ya antes mencionado, la experiencia del año de internado no fue tan amena, en esta parte de la entrevista explica el porqué, ella considera que pasar el año de internado depende mucho de la personalidad de cada persona, puesto que habían otros compañeros médicos internos que disfrutaban las horas extras después de una guardia de 32 horas seguidas, incluso menciona que a comparación de ella que lo único que quería llegar a hacer a casa era dormir, ellos llegaban a leer más o no les afectaba los regaños de sus superiores dejándolo pasar. Otros entrevistados para esta investigación dicen disfrutar este año ya que para la formación del médico será fundamental vivir básicamente en el hospital durante un año entero.

Respecto al testimonio de Marisol, Cruzado (2016) habla que durante el entrenamiento que recibe el estudiante en la carrera universitaria, ellos están sometidos a diferentes generadores de estrés que en el año de internado pueden resultar adversos para su salud mental; mucho son

independientes de la formación académica, por ejemplo, la personalidad de cada uno y su formación emocional de toda la vida, desde la exigencia académica de cada uno para sí mismo relacionado con el entorno competitivo al que están expuestos, sin embargo, otros factores son potencialmente modificables por la interacción con otras personas, sobre todo figuras de autoridad (como residentes y jefes de enseñanza en el caso del internado) relación que influiría en el proceso de enseñanza-aprendizaje (p. 1), volvemos a dirigirnos al testimonio de Marisol, ya sea por su historia de vida u otros factores que influían en su desarrollo como médico de pregrado hacía que la experiencia de este año no fuera tan amena como otros compañeros de ella.

A (entrevistadora): Bueno, pues muchísimas gracias por esta pequeña entrevista emmm... creo que no hay nada más que agregar o ¿quieres platicarme otra cosa sobre tu internado?

M (entrevistada): Pues cada uno tiene su experiencia ¿no? Algunos compañeros, por ejemplo, les encantó el internado y creo que es más este... por la forma de ver las cosas, de la perspectiva que tengas de las cosas, algunos compañeros que quedaba ahí más de su guardia porque les gustaba estar ahí, les gustaba ayudar, les gustaba ver a los pacientes, este... hacer algunos procedimientos, pero igual más porque les gusta aprender más cosas, llegaban a su casa y todavía estudiaban y yo no entendía cómo es que les daba tiempo de todavía hacer todo eso, pero, es más por la motivación que tiene uno mismo, ellos si les gustaba estar mucho en el hospital, y cada uno tiene su experiencia igual hay unos compañeros que ya se sentían super cansados y ya se quieren ir a sus casas, querían comer, tenían hambre, y... algunos compañeros les gusto, te digo, mucho el internado y otros pues... no tanto

A: ¿Tú crees que hay una gran diferencia entre los que sí y los que no?

M: Hmmm...

A: Bueno, lo que según has escuchado de tus compañeros

(...)

M: Diferencia en cuanto a la forma de ser de la persona, porque de ahí a que ese tipo de persona les gustaba aprender más o este... quedarse en el hospital, por así decirlo, les gusta... era porque no les importaba lo que les dijeran los demás, o sea, a ellos no les afectaba eso, o sea que cada quién es diferente pues, cada quien toma las cosas diferentes, pero, ese tipo de personas eso

notaba de que... ellos tenían su burbujita y si el adscrito los regañaba, les gritaba, los insultaba ellos no les importaba, no les afectaba eso realmente, entonces, por eso mismo tenían este... más motivación, o sea, como tenía su burbujita y dejaban pasar las cosas no afectaba en su estado de ánimo entonces, podían estar como nada en el hospital, aunque los hayan regañado en la mañana, insultado, lo que sea. (4:40)

En el caso de Carlos, la única experiencia para comparar que platica fue con sus superiores, por comentarios sobre que, lo mejor que puede pasar en el año de internado es el tiempo que dura, como se ha mencionado; resulta en general pesado para cualquier médico de pregrado pasar por esta etapa para su formación. Este año de internado está compuesto por rotas por 6 áreas; Pediatría, urgencias, cirugía, ginecología y obstetricia, traumatología y medicina familiar.

C (entrevistado): Muchos de mis maestros me decían; “oye Carlos ¿qué es lo mejor del internado?” Y tú empiezas a decir un montón de cosas y te dicen; “no no, lo mejor del internado es que solo dura un año” porque realmente es bastante bastante... bastante pesado (1:14)

3.4.4 EXPERIENCIA EN EL INTERNADO DE ACUERDO CON LA ALIMENTACIÓN, DISCONFORMIDAD CON LA ALIMENTACIÓN

La alimentación del médico interno de pregrado es muy importante durante este año, ya que si el desgaste físico es grande la alimentación (como las horas de descanso) influirá que tanto rinde o no el interno, Fernanda menciona en su entrevista que donde hizo su internado era bueno el alimento, no como muchos mencionan del IMSS, sin embargo, menciona que la ley ha ido cambiando desde que ella termino el internado, entonces, regresando a la importancia de alimentación del interno, en su mayoría de los entrevistados tocan poco este tema sobre la alimentación pero, mencionan que en algunas áreas que se rota en el internado dependerá si subes o bajas de peso, ya que la demanda como por ejemplo en urgencias o en cirugía es grande, muchos no alcanzan a comer en las horas que la cocina este abierta para los médicos o se acaban los alimentos.

F (entrevistada): bueno, ahorita que esta la nueva ley que ya me enteré que solamente tienen derecho a una sola comida en el hospital y con horario y depende del horario en el que salgas

tienes derecho a un alimento, a nosotros nos daban desayuno que empezaba a las 7:00 am y terminaba 8:30 am tu sabías si llegabas antes o si no llegabas, la comida empezaba a las 12:00 pm y terminaba a las 2:00 pm, había una cena que era de 7:00 pm a 8:30 pm y la colación para los que se quedaban de guardia era a las 12:00 am, siempre había café en la cafetería, siempre había agua y te daban buena comida, tampoco... lo que dicen que el IMSS puro chayote, no, o sea, nos daban tacos, quesadillas, hamburguesa, hot dogs, en 24, 31 o fechas así, que gracias a Dios nunca me toco guardia en esos días, pero, tengo una amiga que si le toco les dieron creo el 24 les dieron de cena pozole, el 31 creo que les hicieron pavo, o sea, y celebran ahí mismo en la cocina para los que estén porque pues por mala suerte te toca guardia, y también a los familiares o a los niños... les invitan, (2:16)

Pepe por su parte menciona la consecuencia de la mala alimentación que pasó en su internado, cabe destacar que el cambiaria eso de su año de internado; las horas que se está abierta la cocina en el hospital porque muchas veces ingresan pacientes a última hora lo cual impiden que coman a las horas debidas y traspasen, también mencionan que la falta de alimentos era notorio porque cuando ya se tenía la oportunidad de comer algo ya no había, desde su experiencia él hace referencia a que se debería de guardar la comida a los médicos que no alcancen a llegar a las horas que son para comer.

P (entrevistado): cambiaría el tipo de alimentación... un poco balanceada porque realmente si se pierde mucho por ejemplo, yo ahorita tengo una gran gastritis secundaria al internado entonces, no comes a tus horas... implementaría que hubiera una hora exacta desayuno una hora exacta de comida pero... estamos en un medio que también... que la demanda de trabajo es mucho entonces, puedes tener tu hora establecida de comida pero qué tal en ese momento te llegó un paciente grave entonces no vas a ir a comer por dejar tu paciente o simplemente que las cocinas no sé... te guardarán tu comida, dejarás tu credencial o canjear la comida no es que de repente... se acaba la comida, ya no ajustaba o ya había pasado la hora de comida y te quedaba sin comer entonces te ibas por un yogur y unas galletas (6:31)

No es coincidencia que la alimentación sea un tema en esta investigación y para los entrevistados, puesto que para Fuentes (2015) en la investigación realizada en el año de internado en alumnos de Instituto Politécnico Nacional (IPN) manifiestan que la mala alimentación, poco descanso, pocas horas de sueño, carga de trabajo, jornadas prologadas, etc., son las condiciones

más frecuentes que pasan los médicos internos de pregrado en este año en las instituciones de salud (p. 15) Siendo que el riesgo al que están sometidos es alto y no se están desarrollando distintos planes o algún plan para mejorar su salud emocional y aprendizaje.

3.5 ¿QUÉ ES UN MIP?

3.5.1 ACTIVIDADES LLEVADAS A CABO COMO MÉDICO INTERNO

El año de internado, como ya lo han explicado los seis entrevistados de acuerdo a su experiencia han hablado de lo que han vivido con sus superiores, sus otros compañeros de rotación o el personal del hospital, ahora bien, concuerdan los seis en las actividades que llevan a cabo al estar en este nivel de la carrera de medicina; van desde mover a los pacientes a diferentes áreas hasta ser quienes van por los alimentos de sus superiores como lo menciona Kathia, coinciden los entrevistados en las responsabilidades como; recibir a los pacientes, ver su evolución aunque no sean su médico de cabecera, tomar las muestras y cuando sus médicos superiores pasaban al pase de visita, es decir, checar distintos pisos cada paciente y la razón por la cual estaban ahí, diagnóstico o patología. Los MIP tienen que “presentar al paciente” lo cual significa decirle a su superior sus datos personales, resultados de laboratorios (si estos fueron solicitados) o todos los procedimientos que ha tenido el paciente, también son los encargados de ver las necesidades de los pacientes y pedir apoyo al personal del hospital si así lo requieren. En esta investigación se observa que la carga de responsabilidades que tienen en el hospital varía por el área que se encuentren rotando o el hospital donde se haya realizado el internado, por ejemplo, es notorio que en Chiapas la carga de responsabilidades o pendientes que tenían los médicos internos de pregrado era más o extra de lo que les correspondía a comparación de los que realizaron el internado en el estado de Nuevo León.

A (entrevistadora): Ok, ¿en tu año de internado que actividades llevas a cabo?

C (entrevistado): Actividades... ¿de qué tipo?

A: Sí, tu como interno

C: Ok, como interno te toca... como lo trabajos más difíciles, yo estuve en un hospital de... nueve pisos de solo hospitalización, de acuerdo, entonces, tu como interno tenías que verificar si un paciente ingresaba a un servicio por decir, medicina interna, si un paciente ingresaba ya no le avisan a nadie, llevan al paciente a una cama y tú eres el encargado de sacar la torre e informar a los demás que hay un paciente en esa cama y revisar, hacerle historia clínica, hacer toda la papelería necesaria para que en este caso el residente llegará junto contigo revisar al paciente y dar las indicaciones de que se va hacer; si se van hacer estudios, si se van a hacer estem... cualquier tipo de muestras que se vaya a tomar estudios, tú te encargas de eso y de que se lleve a cabo y posteriormente informar a los superiores, entonces prácticamente el trabajo se basa en eso, en hacer historias clínicas, en revisar los pacientes, en hacer las notas; notas de ingreso, notas de alta, notas de evolución (1:10)

F (entrevistada): Tu como interno tu papel es estar en todas las cirugías cuando estas rotando en cirugía, tienes que bajar a la cirugía porque estas a cargo de un doctor, en la mañana y a cargo de un doctor en la tarde, entonces cuando te quedas de guardia obviamente tienes que estar en todas las cirugías que estén en tu guardia, tienes que bajar a las cirugías, llenar todo el papeleo que tiene que entrar el paciente con... a la cirugía y ahí tienes que estar, muchas veces te meten de ayudante o de instrumentista pero generalmente tienen enfermeras instrumentistas, doctores que ayudan, tienes que estar ahí por cualquier papeleo más que otra cosa, pero allá si nos dejaban o bueno en lo personal hice muchas hernias, hernias umbilicales, tenía un doctor que me dijo bueno si las quieres hacer lee la técnica y lo haces, obviamente él estaba ahí conmigo pero yo las hacia o puse muchos catéteres para diálisis para hemodiálisis, de vesículas con las cámaras y las pinzas también me dejaron hacer (2:7)

F: Ya después cuando nos convertimos en MIP 2 que es el segundo semestre y tienes a cargo un MIP 1 como que tienes la responsabilidad de educar a alguien porque es tu responsabilidad que interno aprenda porque en seis meses tú te vas y él se queda y él tiene que enseñarle al que viene y así se va pasando la cadenita (2:53)

A (entrevistadora): Normalmente ¿qué hacías en el hospital?

K (entrevistada): ¿Las funciones?

A: Ajá

K: Bueno... hacía desde tomar muestras, irlos a dejar a laboratorio, llevar pacientes en camillas cuando no había camillero, llevarlos a rayos x, ponerles Sonda Foley, hacerle curaciones, en ocasiones cortarles el cabello, llevar la sangre, hacer los procedimientos para llevar la sangre, pasar “índicas” las indicaciones del paciente, traer los refrescos, traes las pizzas, a veces te daban a veces no, acomodar papelería, acomodar expedientes, limpiar, recoger áreas de trabajo, escribir en el pizarrón... de todo lo que te pidieran tú lo tienes que hacer (3:31)

A (entrevistadora): Ah bueno, y con esta carga que tú dices, ¿Cuáles eran las actividades... o ¿cuáles consideras que durante este año hiciste más frecuentemente en el hospital?

M (entrevistada): ¿De lo que hacíamos así todos los días?

A: Ajá

M: Pues...

A: O tu ¿Qué realizabas con más frecuencia en el hospital?

M: Pues por ejemplo emmm... Ahí con los pacientes teníamos que hacer las notas médicas

A: Hmmmju

M: Pero en sí nuestro adscrito, nuestro jefe por así decirlo, nuestro médico superior a nosotros pues nos decía lo que teníamos que hacer; todas las notas, todas las indicaciones porque se supone que así es... en todos los hospitales en toda la república este... los internos hacen lo mismo, ellos hacen las notas, las indicaciones, si hay curaciones tenemos que hacerlas si hay algún procedimiento fácil por así decirlo como poner una sonda nasogastátrica una sonda Foley tenemos que hacerlo nosotros todo porque así es

A: Y ¿no podían estar en otro procedimiento? O sea, ¿con un paciente o más allá de hacer solo notas y... o ¿poner alguna sonda?

M: ¿Más que hacer eso?

A: Ajá

M: Pues era lo que nos tocaba hacer, o sea... ah bueno también teníamos que entrar a las cirugías, ayudar a los doctores, por ejemplo, agarrar las... este... las pinzas o pasar algún instrumen...

por este... los instrumentos, material quirúrgico algo así ¿no? Ayudábamos en las cirugías, pero, algunos médicos pues este... entonces prácticamente nos quedábamos parados 3 horas sin... sin aprender y solamente estar ahí deteniendo un objeto ¿no? (4:12)

A (entrevistadora): Ah okay... Y bueno y normalmente ¿qué responsabilidades tenías a cargo durante tu periodo? ...durante el año, vaya

P (entrevistado): Bueno dependiendo de cuántos internos estuvieran en cada servicio y dependen en qué servicio estuvieras... por ejemplo, mi primer servicio fue en preescolares; eran niños de 6 años hasta... hasta 12-14 años en este piso pues habían pacientes oncológicos ahora sí, de todos eh... que habían salido de cirugía fracturados todo, entonces nuestra labor y va desde realizar el pase de visita donde tú tenías que visitar el paciente con el médico saber de toda la vida del paciente y durante el pase de visita pues... ahora sí te comenzaban a preguntar cosas de acuerdo a la patología del paciente entonces, era como a nivel académico... ahora sí tomabas los laboratorios el doctor pasaba y te decía; “sabes que este paciente vamos a tomarle ultrasonido laboratorios y ponle no sé una sonda urinaria o una sonda nasogástrica”. Entonces conforme ibas pasando en las camas vas sacando tus pendientes, terminando el pase de visita te ponías a sacar los pendientes hacer interconsulta a las especialidades a sacar las muestras, a llevar a las pacientes de rayos x, ultrasonido... hasta las tomografías nos “radiaban” mucho (risas)... y... y también tenías que hacer las notas de los pacientes, la evolución del día que tenía los pacientes que incluía cómo estuvo el día del paciente incluyendo los laboratorios que ya se habían tomado anteriormente (6:7)

3.5.2 JORNADAS DEL MÉDICO INTERNO

Como se ha mencionado antes, la carga de responsabilidades del médico interno de pregrado son demasiadas al grado de llegar al desgaste físico y mental a partir de esto, cuenta Marisol que, en el lugar que realizó el internado sus jornadas de guardia eran de 32 horas, en las cuales no tenían un horario establecido de comida o de descanso, señala que si bien le iba a ella y a sus compañeros salían “temprano” (5 o 6 de la tarde) al siguiente día, ellos se refieren a los días de jornada normal como “pre-guardia” donde aprovechan para dormir un día antes de una guardia

y al día siguiente lo refieren como “post-guardia”. Los entrevistados para esta investigación argumentan que cuando estaban de “post-guardia” llegaban directo a dormir ya que, a veces más de 24 horas se mantenían despiertos. Las guardias para cualquier médico se dividen en ABC o ABCD dependiendo el hospital donde se encuentren, esta manera de organizar las guardias consiste en que el grupo A de médicos son los primeros que cumplen con sus horas estipuladas de guardia dentro del hospital, mientras que B esta de “pre-guardia” para entrar al día siguiente que acaba la jornada del grupo A, y así sucesivamente. Cabe destacar que en los hospitales del centro del país y norte las guardias son obligatoriamente ABCD, ya que, los médicos sin descansar son más propensos a cometer negligencias médicas por la falta de descanso, en cambio, en Chiapas aún algunos hospitales siguen sin implementar las guardias de este tipo y como consecuencia es más alta la probabilidad de padecer un síndrome de Burnout, entonces, desde el punto de vista de esta investigación ningún humano puede estar del todo sano físicamente o mentalmente para hacer actividades que pongan su rendimiento a prueba.

Respecto a este tema de las jornadas durante el internado Hernández, et al., (2017) en su artículo sobre el efecto de las guardias en habilidades cognitivas en estudiantes de especialidades y médicos internos de pregrado, mencionan sobre el rendimiento que se puede tener cuando una persona no descansa bien, ya que el aprendizaje y la consolidación de la memoria tienen su mayor actividad y se asientan durante los ciclos MOR de la etapa del sueño, la privación del sueño afecta significativamente a los procesos relacionados directamente con estos. Las personas que tienen menos de 5 horas de sueño las consecuencias empiezan por afectar habilidades mentales, por lo consiguiente la coordinación motora se verá afectada y por ende esta puede terminar en una negligencia médica durante los periodos largos de guardia (p. 6) Al estrés académico y no académico que se pueden someter los residentes y MIPS respecto a un rendimiento físico, señalan los autores, que deben entenderse como un proceso adaptativo y en buena medida al adaptarse a este estrés ganan la supervivencia dentro de las instituciones de salud en las que se encuentren , se reconoce más el efecto negativo de estrés y la forma de afrontarlo en todo lo que engloba a esta “adaptación por sobrevivir” (p. 2)

M (entrevistada): Allá en el internado hacíamos guardias las cuales este... teníamos dos días de descanso y teníamos este... hacíamos una guardia teníamos dos días de descanso y otra vez al tercer día otra vez guardia, entonces era muy pesado a veces no desayunábamos o no comíamos, o no cenábamos, estábamos muy cansados y teníamos que seguir por 32 horas continuas.

A (entrevistadora): ¿32 horas?

M: 32 horas

A: Y de esas 32 más o menos ¿cuántas considerabas que... que... que dormías o descansabas?

M: Algunas guardias que eran muy muy pesadas no dormíamos nada, o sea nos manteníamos despiertos más de 24 horas. Entrábamos a las 5:30 de la mañana todos los días, cuando no nos tocaba guardia salíamos... a las... 6 de la tarde si nos iba bien, si no hasta las 10 de la noche más o menos. Cuando estábamos de guardia igual entrábamos a las 5:30 de la mañana y salíamos... si nos iba bien igual como a las 5 o 6 de la tarde del día siguiente y si no, nos quedábamos hasta las... 10 de la noche... porque igual cuando había mucha carga de trabajo podíamos salir hasta las 12 de la noche y no nos dábamos cuenta y estábamos todos acabados (risas) y así regresábamos a nuestras casas

A: Y..o ¿cómo crees? O ¿cómo describirías el hospital donde hiciste tu... internado? Porque dices que eran guardias ABC ¿no?, un poquito más pesado

M: Ajá, éramos guardias ABCD

A: ABCD Ah ok (4:4)

M (entrevistado): Después de estar 36 horas en el hospital era una manera de soltarlo todo y cuando estaba de pre-guardia venía directo a mi casa a dormir a prepararme para el otro día porque al otro día tenía que regresar a 6 de la mañana y sabía que no iba a salir hasta las 4 o 6 de la tarde del otro día (5:20)

3.5.3 EXPERIENCIAS NO TAN AMENAS DURANTE EL INTERNADO

Las malas experiencias durante el internado están a la orden del día debido a varios factores, por ejemplo, Carlos considera que una mala experiencia en el año de internado fue el no solicitar estudios para un paciente que estaba a su cargo, la consecuencia fue ser castigado y regañado por sus superiores, ¿por qué Carlos no pudo solicitar aquellos estudios? El argumenta en su entrevista que sin malicia alguna o que lo hiciera a propósito fue porque no le dio el tiempo suficiente de

hacerlo, que incluso ese día no había desayunado, ni comido, previamente el describe que en el hospital que realizó su año de internado era de nueve pisos entonces, el tiempo, caminar hacía donde tenía que solicitar esos estudios (que se encontraba en distinto piso) y sumándole que tenía a otros pacientes a su cargo, se puede señalar que esta consecuencia de ser castigado y regañado es gracias la carga de responsabilidades que le dan al MIP, teniendo como resultado el experimentar sentimientos de impotencia ya que algunas cosas no pueden estar a su alcance y al final de cuenta ser castigado por lo mismo.

Las experiencias no tan amenas que se pueden vivir durante el internado prevalecen todo este año, aparte de las experiencias de los años siguientes o de los años atrás durante la formación del médico, Cruzado (2016) menciona que, cualquier médico puede validar con su testimonio de haber sufrido una experiencia mala porque la vivió en carne propia o fue testigo cercano sobre algún maltrato hacía otro compañero médico, ya sea que fue tratado de manera humillante o las exigencias fueran más allá de lo humanamente posible, como se menciona en la experiencia de Carlos respecto a no poder sacar unos estudios al paciente debido a la falta de tiempo, el autor también menciona respecto a este fenómeno de las experiencias no tan amenas algo que influye mucho es el género, por ejemplo, a las médicas se les señala por el ser mujer que no están “hechas” para una profesión con tanto peso social o que en algún momento fueran castigadas con responsabilidades que no tengan relación alguna con su trabajo, cabe destacar que las agresiones físicas también forman parte de tal “formación médica”. (p. 4)

A (entrevistadora): Ok, ¿tuviste alguna experiencia no tan amena durante internado?

C (entrevistado): Sí, yo creo que varias, pero una de ellas qué más me marcó fue estem... estaba atendiendo un paciente y no tener tiempo de solicitar sus estudios no porque se me haya olvidado o porque no haya querido, simplemente porque no me dio tiempo de realizarlos y al no hacerlo obviamente me castigaron, me regañaron y todo ese tipo de cosas (1:11)

C: y sí se siente impotencia porque no hay realmente porque no quieras trabajar... tú sabes que estás dando todo, o sea, ni siquiera había comido... no había... si si desayune... eran como las 6 de la noche, entonces estuve todo el día trabajando y no me dio tiempo de hacer eso, y pues sí me castigaron por ello y esas veces sientes impotencia (1:12)

Para Fernanda una mala experiencia que paso durante el internado fue ver el deceso de una persona mayor, ya que ella le encontraba un parecido a su abuela paterna que posteriormente ya había fallecido, durante el internado los MIP tienen como pan de cada día presenciar la muerte, sin embargo, Fernanda señala que a ella durante este año le recalcaron que no podía relacionarse (encariñarse) con los pacientes, esto sucede porque, ya que todos los médicos tratan a diario con la vida y/o muerte no puede pasarles a afectar para no detener sus actividades del día a día o al menos no descuidar las vidas que tienen que salvar, el deceso de una persona no puede ser una barrera emocional para salvar a diez que tengan más a cargo, menciona en la entrevista Fernanda que a los familiares de los pacientes que no se tiene una esperanza de vida se les va “preparando” con pequeñas frases como; “Lo veo muy difícil” o “se está haciendo lo que se puede”. A los médicos no se les prepara tampoco para dar malas noticias de la muerte de alguien, es ahí donde se empieza a construir el estigma hacia ellos sobre “un médico es muy frío”. De cierta manera u otra no se pueden distraer emocionalmente para no enfrascarse en la muerte y dejar por otro lado las responsabilidades, cabe destacar que se necesita inteligencia emocional por parte del cuerpo médico que conforma un hospital para que estos sentimientos/emociones que experimentan no las involucren en su vida personal.

Respecto a la mala experiencia de Fernanda y el tema del médico ante la muerte, refiere en su investigación Gómez Esteban (2012) según un diccionario de ciencias médicas de la época que si el médico no puede salvar al paciente debe evitar estar un lado de la persona en el momento de agonía de la persona (p. 2) Cabe destacar que la muerte es todo un tema a diario en la vida de cualquier persona, porque, con solo pensar en el hecho de morir o vivir la muerte de un ser querido llega a causar angustia y temor, sin embargo, los médicos como seres humanos pueden presentar los mismos temores, así como lo dice Fernanda de acuerdo a la relación que encontró esta paciente con su abuela paterna, pero ellos, como lo menciona Gómez (2012) no pueden enfrentarla con serenidad, y no hablando de un “no tomarlo con serenidad que causa revoloteos en aspectos físicos como un descontrol”, si no, emocionalmente, a pesar de que es un aspecto importante de su quehacer clínico, es una problemática difícil de abordar durante su formación, las consecuencias al final serán las carencias sobre cómo manejar este tipo de situaciones manifestándose en un quehacer doloroso y angustioso respecto a la muerte. (p. 3)

A (entrevistadora): Ok, ¿tienes alguna experiencia desagradable que hayas vivido durante el internado que haya quedado como... muy marcada o que simplemente vas a recordar siempre?

F (entrevistada): sí, hubo una que has de cuenta estábamos en cirugía y una señora... no estaba a cargo mío estaba a cargo de otro amigo y le dijeron que se iba de alta, pero la señora no se quería levantar o sea no quería caminar y tienes que caminar para saber pues si el intestino se mueve bien si hacen Del baño, la señora tenía unos... 70 años yo creo yo le encontraba mucho parecido a mi abuelita que ya falleció hace unos años... bueno ya hace 10 años, y ese día a mí me tocaba guardia, entonces yo todos los días... porque... has de cuenta que nos íbamos dejando los pacientes conforme íbamos rotando los doctores, entonces a mí siempre me cargaban los pacientes de mi amigo a las dos semanas que rotábamos, entonces ya faltaban tres días para que rotara y me gustaba conocer a mí a los pacientes que me dejaban, digo, unos se iban de alta, pero esa señora si sabía que me iba a quedar y ya cuando llego la empiezo a conocer, a platicar con los familiares y haz de cuenta hoy, sabes que se va de alta y si estaba emocionada la señora, pero no quería levantarse y yo le decía; “¡levántese señora!” Pero no se sentía ella como para levantarse, entonces ya yo la levante y desde ahí fue que lastime la cadera, si estaba pesadita la señora, ya la levante, camine con ella, unas dos vueltas le dimos al pasillo, pero ella no se sentía bien para irse, entonces, yo en la tarde como me quede de guardia llego el Doctor hable con él y le dije; “¿sabe qué? no creo que se sienta ella bien para irse de alta”, y me dice; “pero sus estudios ya están bien”, ella clínicamente estaba dada de alta pero, ella no se sentía bien y los familiares pues ya así desesperados porque se querían ir, pero veían que su mamá no le echaba ganas, pasa la tarde en la noche empezó a ponerse mal, o sea ya en la guardia, no sé si aquí, pero allá la entrega de guardia es como que le dices a los que se quedan de guardia quienes son los pacientes más delicados para que les echen un ojo y hay una cosa que se llama RCP3 que es que si caen en paro o los familiares dijeron ya no se le da resucitación o clínicamente ya no es viable su vida entonces, ya se deja, o sea, es así, entonces ya te entregas y a ella ya me la habían entregado pero nunca me mencionaron que ella estuviera delicada ni nada y como yo en la mañana estuve en otros lados no la vi hasta en la tarde que me tocó verla, pero la señora no se veía bien, sus pulsaciones estaban bajas, estaba fría, su presión subía y bajaba, mal mal mal y en la noche cuando empezamos hacer censo porque tenías que hacer censo de cuantos estaban por paciente... se empieza a poner mal la señora, empezó a decir que no podía respirar, cae en paro cardiorrespiratorio y con mi amiga empezamos las compresiones, se activó todo el protocolo de RCP, el carro rojo, sacan a los familiares y nada más quedamos mi amiga, yo y todo el personal de enfermería pues ya me tocaba a mí hacerle compresiones luego a ella y luego con la

respiración, la señora se levantaba pero bajaba... si le dejábamos de hacer... bajaba o sea nunca se levantó para revivir y falleció la señora y pues... siempre es feo decirle a un familiar porque no llevas una clase en la carrera de cómo dar malas noticias, en cómo decir; “oiga sabe que tiene cáncer y se va a morir en no sé cuánto tiempo o acaba de fallecer su familiar” y cosas así, pues ya nos enseñaron allá que cuando ves que no sale. Uno de los doctores que este ahí tiene que salir y preparar a los familiares, “sabe que se está haciendo todo lo posible, pero pues está muy difícil” sin decirle que no porque no tienes derecho a decirle no porque todo puede pasar y a como está ahorita... Derechos Humanos cualquier cosa que digas puede ser usado en tu contra, la cosa es que la señora fallece y a mí me pego mucho porque se parecía a mi abuelita y yo dije pues no pude hacer nada, o sea no es mi abuelita, pero se parece a mi abuelita y los familiares me abrazaron y “Doctora muchas gracias”, “usted estuvo con ella, camino con ella”, todos los días preguntaba por mí la señora y... no sé si es mi problema pero cuando yo estoy en una situación...ehh... muy fuerte que no quiero llorar me rio, pero como me voy a reír si falleció la persona, o sea, entonces también te dicen no te puedes encariñar con los pacientes está prohibido encariñarse con los pacientes porque es un paciente más y le puede pasar todo y hay un Sx que se llama Sx del paciente recomendado que por querer hacer todo lo mejores fallas por no tratarlo de igual manera entonces, se te enferma, recae y no funciona el tratamiento y así pasa y eso es lo que estuvo feo (2:26)

F: en todas las horas en pediatría me toco una niña también que falleció de ahí como que también lo más feito porque tenía nueve meses la niña, pero de ahí en todos los servicios te toca verlo. (2:38)

No solamente la muerte se puede considerar un momento difícil dentro del año de internado, también como lo que pasó Kathia en este año, debido a el desgaste físico y la carga de responsabilidades físicamente no rindió por lo tanto ella enferma y esto la lleva a ausentarse por un tiempo del hospital, ella cuenta que no tuvo el apoyo por parte de sus superiores o compañeros, estas personas argumentaban que faltaba por flojera pasando por alto la credibilidad que las jornadas tan extensas que vivía en el hospital traería repercusiones a su salud, ella como muchos médicos internos de pregrado pasan en este año un deterioro físico grande.

La carga de responsabilidades, como ya antes mencionado, sobre pasa el esfuerzo humano y respecto a este tema del papel real que tiene que ejercer un médico interno de pregrado Fuentes,

et al., (2015) menciona que al ingresar el estudiante a su quehacer clínico en ese año; van a aprender, reforzar y consolidar sus conocimientos adquiridos en semestres anteriores, no para ser explotados al grado de recaer en el bienestar físico. Sin embargo, es tanta la atención que deben de tener tanto al paciente como la demanda que ejercer sus superiores que son los médicos adscritos y el demás personal base del hospital. (p. 12)

A (entrevistadora): Y pues bueno ¿me podrías platicar alguna experiencia...? aparte del acoso, que te resultó totalmente desagradable

K (entrevistada): Bueno una experiencia que... bueno sería la de salud, yo me enferme debido a que son jornadas laborales muy muy largas yo entraba a las 4:30 de la mañana y salía a las 11 de la noche entonces, imagínate... había días que no comía sólo bebía agua pues me enferme ¿no? no hay cuerpo humano que soporte eso, entonces me enfermé, me dio anemia, me dio principios de neumonía, me tuve que ausentar, me internaron y todo lo que fue el personal pues del internado la jefa de internos se puso totalmente en contra creían que sólo era por flojera cuando... cuando yo llegaba y era obvio que se veía que estaba enferma pero no lo querían permitir (3:8)

K: y cero apoyo por parte de enseñanza, sólo un doctor me hizo me hizo favor de darme un permiso y con eso pude avalar todos los días que falté (3:12)

A: Ya, ¿durante tu año de internado tuviste como un evento... algún momento desagradable dentro del hospital?

Marisol refiere que, un momento difícil que paso durante el internado fue con una médico superior a ella, argumenta que de “mensa” no la bajaba por no saber hacer una historias clínicas como ella lo solicitaba que era escribirlas a mano, cuenta que en una ocasión ella hizo tal nota clínica de un paciente en la computadora, acción que desagrado a la médico rompiéndola en su cara y tirándosela a la basura, después, tuvo que hacerla a mano, cuenta que en el hospital que estuvo cada especialidad tiene sus reglas/maneras de hacer las cosas y ellos tienen que acatar lo que dicen, hace mención que los internos tienen que hacer las cosas como si ya superan que hacer, es decir, no tiene una enseñanza previa de cómo hacer lo que solicitan los médicos de un nivel académico más alto.

Por ese lado de la mala experiencia de Marisol durante su internado, habla Sánchez (2016) en su investigación sobre la formación médica que el sentimiento de temor es recurrente, es decir el miedo a cometer errores y ser humillado públicamente, como lo platica Marisol, teniendo una sensación de vulnerabilidad, esto quiere decir, que las jerarquías empiezan a hacerse notar desde un principio cuando existen tales sentimientos, esto es parte del currículo oculto hospitalarios (p. 4) Este aspecto es importante como lo señala Sepúlveda, et al., (2016) la sobrecarga asistencial durante este año que el hospital-escuela, debido a la demanda de los servicios e insuficiente personal, como menciona la autora con la frase “la cuerda se rompe por lo más débil” esto se refiere a que el alumno de menor jerarquía es a quien se le carga más de trabajo. Los autores mencionan que es importante resaltar los índices de maltrato disminuyen cuando estos se integran a una parte de lo laboral y disminuye el efecto de las jerarquías (p. 14)

M (entrevistada): Pues sí, hubieron varios, si hubieron bastante más cuando este... los médicos adscritos te regañan o te insultan por cuestiones que... pues ni al caso ¿no?

M: emm... había una doctora igual en una especialidad ahí en el hospital que igual, o sea, de casi casi de... de que no sé nada de mensa no me bajaba y me regañó por eso; porque no hacía una buena historia clínica porque no hacía tal cosa ¿no? Y pues en una especialidad cada especialidad tiene sus reglas, por así decirlo, que de acá tiene que estar ordenado de esta forma o tienes que hacer las notas de esta forma este... a máquina o a computadora, no sé cómo quieras y tenían sus reglas, pero pues algunas veces no nos explicaban esas reglas y ya casi casi tu debías saber eso, entonces, si no lo hacías pues te regañaban, pero tú no sabías que tenías que hacerlo así, por ejemplo, que las notas estaban escritas a computadoras y te las rompían y te las tiraban a la basura y te decían; “no, las tienes que hacer a mano, las tienes que hacer a máquina de escribir pero no a computadora” entonces, pero si tenemos toda la tecnología ahorita ¿por qué estamos teniendo...? O sea, teniendo esas cosas ¿no? De regresar otra vez a lo antiguo y utilizar máquina de escribir o así, “no es que a computadora se confunden mucho” siempre nos decían eso

A (entrevistadora): Y a máquina de escribir ¿no? (risas)

M: Es mucho más fácil, mucho más rápido terminaremos más rápido y hasta veríamos más pacientes por usar una computadora simplemente (4:28)

Volviendo a abrir el tema de la vinculación de los médicos hacia los pacientes, Mauricio como Fernanda relatan que el mal rato que pasaron en este año de internado fue el ver fallecer a un paciente que de alguna manera u otra forman un vínculo, en el caso de Mauricio vio el deceso de un adolescente de 15 años, para él lo más impactante fue ver que tal paciente no quería morir. Se puede percibir desde la experiencia de Mauricio que la manera de ver la muerte cambia totalmente en el año como médico interno de pregrado; puede ser para tener un sentido más humano/sensible respecto a este hecho o seguir apartando sentimientos y emociones para no que afecten su estado emocional. Menciona también que más allá de los regaños o castigos que recibía en el hospital no tiene comparación con ver el deceso de alguien con quién se establece un vínculo.

No es de extrañarse que, dentro del quehacer clínico de médico, el vincularse esta muy cuestionado hasta no permitido por el médico mismo, respecto a la relación médico-paciente Sánchez, et al., (2008) señalan que uno de los sustentos de esta profesión es la relación que puede haber entre médico-paciente, la importancia de esta rebasa lo afectivo, por lo cual además de una necesidad de cura física, la afectividad terapéutica que puede haber aporta a la recuperación, ya que esta necesidad trasciende de lo físico, abarca la esperanza de recuperarse y alegría de vivir sano, el valor que tiene esta relación dentro del quehacer clínico del médico no es cuestionable. (p. 2) Estos autores dirigiéndose al significado sobre la existencia de este vínculo, aporta a la praxis del médico con mejor eficiencia para la recuperación de un paciente, sin embargo, la carga de responsabilidades hace que esta relación sea muy poca a nula, debido a que durante la carrera de medicina es deficiente el manejo emocional o aprender a cómo lidiar un tema tan importante como es la muerte de un paciente y que tenga que ver en la historia de vida del médico y llegue a tocar fibras emocionales del aspirante médico.

La educación a los discípulos médicos para enfrentar a la muerte, menciona Álvarez, et al., (2015) beneficia a los pacientes porque son tomados en cuenta a su necesidad de escucha que se tiene dentro del hospital, es decir, preocupaciones y deseos, de la mano va una recuperación más garantizada, como ya antes mencionado, también se ayuda a los sobrevivientes (familiares del paciente) en su proceso de duelo. Promueve al mismo tiempo el bienestar del médico para que dentro de su práctica clínica pueda manejar este tipo de situaciones sin culpa ni angustia (p. 1)

A (entrevistadora): Okay ya nos dijiste donde hiciste tu internado y ya hablaste sobre con quienes convivías más y qué significaba todo esto... ¿recuerdas alguna experiencia desagradable en este año internado que haya marcado totalmente todo? ¿algún mal rato?

M (entrevistado): Realmente uno que me haya marcado muy muy cabrón es ese que te platicaba del niño que falleció yo creo que ese fue el momento que más me ha marcado en mi vida sin dudar, o sea ,porque malos ratos realmente sí tuve un chingo, inalcanzables gritos, regañadas pero todo eso pasa... pero la sensación que tienes cuando alguien que te importa... realmente que ni siquiera era nada mío el niño, pero alguien que te importaba por lo menos un mínimo fallece enfrente de tu cara es feo, o sea, tuve la oportunidad de conocer a este muchacho de 15 años, tuve la oportunidad de platicar con él, de convivir con él, de poder darme cuenta de que el entendía que estaba mal y que... y que muy probablemente iba a fallecer y y ver una persona que entiende eso, o sea, ver un niño que dice no te “no me quiero morir” o sea “no me quiero morir... no me quiero morir” y verlo llorar te te te parte el corazón de mil maneras, o sea que ni siquiera podía imaginar... o sea, nunca pensé que alguien que llegará a conocer en una semana me fuera a afectar tanto... me fuera afectar tanto y cuando falleció ese fue un mal rato... e se fue un mal rato, esa fue la peor experiencia que he tenido (5:5)

En la presente investigación se puede ver que los malos momentos que paso cada entrevistado cuando fue médico interno de pregrado dos principalmente; la muerte y regaños debido a las jerarquías que hay en el hospital y gremio médico, en el caso de Pepe el mal momento que paso en este año de internado fue con una médico superior a él; Una adscrita (médico con especialidad terminada que está a cargo de un área de las especialidades dentro del hospital) y un camillero, en la vivencia de Pepe se puede notar que incluso siendo MIP y ocupando un lugar dentro de las categorías del gremio médico sigue siendo lo más bajo dentro del hospital, ya que la adscrita, en lo que nos cuenta Pepe, le dio más peso a la palabra del camillero que a la de él, argumenta “quiera o no” esta persona tiene una base dentro del hospital y que él estaba de paso como todos los médicos internos de pregrado, la situación se desencadeno por la ausencia del entrevistado de diez minutos para ir a comer, tiempo que bastó para tener una confrontación con la médico adscrita y el camillero por no mover a una paciente oncológica (con cáncer), estos casos (como varios) dentro del sector salud, el tiempo para atender a los pacientes y todos los que mueven un hospital es vital, en los médicos implica sacrificar sueño, mentalidad, comidas, etc., estos casos son más comunes de lo que se puede imaginar en el país, una parte de la

entrevista Pepe hace énfasis sobre que, no le ve la necesidad que los médicos superiores intenten humillarte cada que se hace algo mal, salvar vidas de otras personas implica sobre pasar el valor humano de ellos, el valor académico y el desgaste general de una persona.

Respecto a una mala experiencia relacionada con las jerarquías que se encuentran en una institución de salud, Castro (2014) en su artículo respecto al desarrollo del Habitus médico, cita a Foucault donde, este sociólogo mostró que las instituciones carcelarias, psiquiátricas y médicas producen “tecnologías del yo”, que es la relación de poder concreta que intervienen sobre el cuerpo (en el caso de la experiencia de pepe sería atender una necesidad fisiológica que sería comer) y la mente del individuo (cuando la médico de mayor grado académico le decía; “solo estaba de paso” comparándolo con el personal de base en el hospital). Tal dispositivo del yo que menciona Foucault, constituye a los sujetos que estén debajo de este a moldes de patrones particulares de aprendizajes, desarrollo de habilidades y ciertas actitudes, en este caso, este dispositivo del que señala influirá en el quehacer clínico del médico interno de pregrado, por lo tanto, más adelante puede ser normalizado el trato, como probablemente pueda tratar más adelante cuando tenga un mayor grado académico y esté en otro nivel de la jerarquía que hay en los hospitales, pues es la expresión de que el poder en esta institución se crea y reproduce, así sea; saberes, discursos, actitudes hacia los demás, etc., cuya función principal de reproducirse tal tecnología del yo es; reprimir y finalmente los patrones/círculo vicioso va transmitiéndose de generaciones en generaciones entre médico y personal del hospital. (p. 9)

Por otro lado, Cocimano (2016) respecto a la reproducción como desvío cita a Louis Althusser; “la reproducción de la ideología dominante, lejos de estar garantizada, no es sino una lucha perpetua que se ha de reanudar una y otra vez” (p. 2) Si esto se relaciona con la reproducción de poder que se encuentra en instituciones de salud; quiere decir que dentro de las jerarquías del hospital es constante la cadena de sometimiento, disfrazado como aprendizaje o maneras de sobrevivir dentro del gremio médico, muchas veces perpetuándose en el acoso o desgaste emocional/físico que viven los médicos en su formación.

A (entrevistadora): Okay y... ¿quisieras compartir algún momento no tan agradable que hayas pasado durante el internado?

P (entrevistado): (Risas) Sí, (6:12)

P: Una experiencia desagradable con un adscrito y con un camillero o sea... o sea casi casi el camillero no quería hacer su trabajo y yo salí haciendo el trabajo de... para no hacerla de muy largo, me tocó una paciente oncológica esta paciente traía mucho dolor abdominal entonces, cuando son pacientes que tiene quimioterapias esa clase de pacientes pues las defensas se les baja demasiado porque son pacientes que se les matan células buenas y células malas durante la quimioterapia son muy susceptibles a que ellos con traigan algún tipo de infección y la niña traía un poquito de infección nivel abdominal la adscrita me mandó a tomar un ultrasonido a esta niña para descartar una colitis neutropénica, se le avisa al camillero y el camillero sube exactamente cuándo ya iban a cerrar la cocina entonces, si yo no bajaba comer en ese momento pues ya no iba a comer en todo el día pero si no bajaba la paciente la adscrita se iba a enojar conmigo por no sacar ese pendiente, decidí bajar a la paciente con el camillero, estando en la sala de ultrasonido llega la adscrita y me dice; “sabes que ve a comer y yo espero que la paciente”, ahora sí que comí en 10 minutos porque tenía otros pendientes que ir a hacer a piso, era el único interno que estaba en piso, llegó y el camillero exactamente llegué cuando el camillero estaba colocando a la niña en la cama, este... y me senté a hacer mis notas en ese momento pasa el y me dice; “sabe qué doctor con usted no vuelvo a sacar nunca más a un paciente” y pues yo le digo porque entonces, él me hizo el comentario que yo había abandonado a la paciente en el lugar ultrasonido yo le di a entender de qué... de que el paciente la adscrita me había dado permiso para ir a comer este... y que no había ningún problema el camillero lo llevó ahora si a circunstancias... como son... es un personal que quieras o no tiene una plaza, una base... tiene un contrato, entonces se creen más que... que uno siendo interno entonces, pues yo soy de carácter medio impulsivo entonces en ese momento le dije; “pues aunque no quiera bajar los pacientes conmigo ese es su trabajo” y eso le molestó a él que le dije que es lo que tiene que hacer. En ese momento el señor rápidamente se paró, se puso muy agresivo hasta me dijo; “¿sabe qué? hasta tengo ganas de darle un golpe me dan” me dice, y yo bien sacado de onda me quedé de que “¿ahora qué hice mal?” y pues el camillero me dijo de que... este... yo no era quién para darle instrucciones a él pues que yo era un simple interno entonces me empezó a poner en mal frente a todas las enfermeras lo peor no fue eso, yo no conteste ni nada, voy me quejo con adscrita, la adscrita no me hizo caso la médica que estaba encargada ese día de la guardia este... llega el camillero y se queja con la doctora; “doctora para quejarme de que su interna abandonó mi paciente” en ese momento pues yo quería ser mi réplica pues así de; “doctora péreme, yo no

la abandoné, pues usted me dio permiso” En ese momento la doctora me calló; “¿sabes qué José Luis? Cállate, el señor viene hablar conmigo no contigo” Entonces, estaba imprimiendo las notas para acomodarlo porque ya era afín para entregar la guardia la doctora ya se iba, el... el camillero se quejó de que casi casi le dije que es lo que tenía que hacer, le dijo exactamente que me quería dar un golpe y la actitud de la adscrita de la doctora en vez de preguntar de ¿cómo fue la situación? o sea le creyó al señor y entre los dos me comenzaron a... atacar me comenzaron a atacar entre los dos de que de que casi casi me dijo que el camillero estaba más preparado que yo, que tenía más estudios, luego el Señor me comenzó a decir que él estaba en el sindicato, que él ya había corrido a otro interno, que yo podía estar muy alto, podía estar... lo que quisiera ser, pero de que me iba a correr del internado y pues quieras o no pues tú llegas a hacer tu trabajo y en determinado momento creo que me equivoqué al decir qué; “yo no llegué a hacer amigos al internado”. La doctora se puso en un plan muy muy mal o sea, me dijo que... que hasta su café estaba mejor preparado que yo (risas) y quieras o no como persona, o sea si me hicieron sentir mal por los suelos y más cuando el señor me empezó amenazar que me iba a correr y todo, sí me sentí muy mal porque dije yo; “y bueno ¿dónde queda todo el esfuerzo que yo estoy haciendo?” al final de cuentas lo estoy haciendo por los pacientes no lo estoy haciendo por ellos y si fue momento de frustración que me fui al baño y me puse a llorar así dije yo; “No... yo no... o sea... o sea ¿por qué estoy acá? al final de cuentas”, si al final... o sea, no creo que el camillero esté más más preparado que yo, o sea estudié 4 años y yo no sólo nuevo pacientes... sí fue una muy desagradable pues comúnmente yo trato de respetar a los médicos a los adscritos, y sí fue un... una mala experiencia... a partir de ese día pues la doctora como que no me traiga de “encargo” y pues me comenzó a cargar un poquito más la mano... pero, pues yo lo que hice pues, fue hablar con el camillero; “sabe qué... probablemente no tuvimos una... un buen comienzo” y le dije que me disculpara y si mi actitud en algún momento estuvo mal y pues otra vez él me empezó a decir que conocía a no sé quién del sindicato y pues que él llegaba a comer a su casa... o sea amenazándome, al otro día para entregar la guardia estaba haciendo el censo... de hecho era (...) no sé eran días festivos, ahora sí el presidente del sindicato llegó a repartir lapiceros y chocolates que al personal que estaba ahí entonces, yo estaba en la (6:15)

P: computadora cuando veo entrar a los del sindicato yo me quedé, así como que... “verga me vienen a correr”, se acerca una doctora conmigo y me dice; “doctor tomé esos chocolates ya no nos alcanzaron los lapiceros” y yo gracias y fue un momento como en el que “gracias Dios”

(risas) pero siento que esa es la experiencia más... o sea, más más fea, o sea, que las personas que tienen un poquito más de estudio que tú los adscritos o los residentes tratan de humillar... tratan de humillarte y te hacen sentir como la peor persona entonces, todo eso sí lo reflejas llorando en tu cuarto en tu casa o en el baño hospital (6:16)

3.5.4 EXPERIENCIA DE SER FORÁNEO DURANTE EL INTERNADO

La experiencia del año de internado puede tener varias perspectivas, desde “el peor año para el médico aprendiz” como “necesario y el mejor año” pero eso sumándole ser foráneo, en un lugar totalmente diferente; la manera de ver, pensar, costumbres, hacer las cosas, etc., en algunos resulta ser más difícil por el proceso de adaptación a una nueva ciudad, la adaptación de ser foráneo puede beneficiar o perjudicar la experiencia en general, esto depende también de la personalidad de cada individuo, por ejemplo, para Fernanda no le resulto tan difícil el irse al estado de Nuevo León pero para su compañera de casa y médica interna también, sostiene que le fue difícil el proceso de adaptación, ya que veía la necesidad de la madre o que no era tan fuerte anímicamente cuando recibía algún tipo de regaño en el hospital. La supervivencia al medio hospitalario, así como salir de casa, dependerá mucho de la personalidad de cada sujeto y su historia de vida.

F (entrevistada): A mí no me pego tanto lo de ser foránea, el no ver a mi familia porque... me ha gustado ser independiente hasta donde mis posibilidades me lo permiten pero, mi amiga si estaba así como que se sentía mal le hacía mucha falta su mamá, mucha mucha falta, no sabía hacer muchas cosas o lo indispensable porque pues tienen muchacha que les ayude, entonces yo le enseñe a lavar ropa que ella no sabía, a ella si le costó mucho esa adaptación y ella se si la paso muy mal en el internado, ella como estaba acostumbrada a vivir así protegida la sueltan y si le hablabas y decía; “es que porque me gritas”, lloraba y lloraba, me decía es que me fue mal, me regañaron, hice mal esto (2:51)

F: y le decía; “pues así se aprende tranquila”, yo como que queriendo... cubrirla o ayudarla me sentía al inicio, con la obligación moral con su mamá de protegerla, si ella hacia mal algo yo lo

corregía rápido y lo entregaba a su nombre y ahí está, si me sentí con esa responsabilidad de cubrirla, de ayudarla ya después fue aprendiendo (2:52)

3.5.5 IDEAS SOBRE DESERTAR EN EL INTERNADO

De los ex médicos internos de pregrado entrevistados fue notorio que a Marisol fue a quién más le costó pasar todo este año de internado, ya que ella fue la única que señaló en su entrevista que en algún momento pensó en dejar el internado y, por lo tanto, la carrera. Se cuestionaba porqué seguía ahí si eran jornadas, regaños y tratos bastante difíciles, argumenta que llego a escuchar a otros MIP decir preguntarse “¿por qué elegimos esta carrera? Si está muy pesada” o “no tenemos vida” cabe señalar que efectivamente, gran parte de su vida durante un año de internado o la residencia pasan más horas en el hospital que en casa, esto dependiendo si se encuentran de guardia o los dejan castigados (guardados). Mauricio en su entrevista señaló que a muchos médicos solo les llevan más ropa o cosas de higiene personal al estacionamiento del hospital y de vuelta a sus responsabilidades, incluso es demasiado el tiempo que pasan dentro que, las relaciones interpersonales se vuelven bastante comunes. Por otro lado, Marisol señala que cuando un médico interno de pregrado se da de baja puede regresar a terminar su internado, pero seis meses después.

Respecto a la idea de desertar durante el año de internado se puede relacionar directamente con el deterioro de la salud emocional/mental que se vive en este año de quehacer clínico, Cruzado (2016) alude que, diversos estudios basados en estudiantes de medicina al inicio de la carrera presentan una carga de morbilidad psiquiátrica comparable con estudiantes de alguna otra licenciatura, sin embargo, conforme van avanzado en la carrera se verifica un deterioro en la salud mental de los médicos en formación obteniendo como resultado el aumento de las tasas de depresión y trastornos de ansiedad, aumento del consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas e incluso cuadros de trastornos alimenticios y finalmente el aumento de ideas suicidas (p. 3).

Como lo menciona el autor y los entrevistados, en su momento pensaron desertar de la carrera, conforme fue pasando el año, la idea de dejar el quehacer clínico en el hospital aumenta

debido al desgaste mental que se padece, primeramente, se le retribuye al trato que reciben de los médicos de rango académico, sin dejar pasar que, también pueden verse involucrado el personal que conforma el hospital.

M (entrevistada): O sea, tanto que al final de todo el internado como... como a la mitad del internado más o menos, pues si me empecé a preguntar ¿no?, si... si era lo que realmente quería, si quería continuar con esto porque si te acaba, (4:14)

M: no, o sea, yo ya no quería hacer nada, casi casi quería terminar con todo y salirme de la carrera y ya, no quería nada (4:18)

A (entrevistadora): Y ¿tú crees que fuiste la única en pensar, digo tu... tu año de internado con tus demás compañeros, tu fuiste la única en pensar ¿“ya no puedo más, me quiero salir, esto no está funcionando”?

M: Pues así en tal grado...

A: Ajá

M: Sí, era como que... igual yo creo que había otras personas que pensaban así pero no las conocía realmente, pero, igual escuchaba comentarios de mis compañeros que se sentían mal de que; “¿por qué estamos aquí?” o se preguntaban “Ay, ¿por qué elegimos esta carrera? Si está muy pesada o no tenemos vida” si se preguntaban igual que yo, pero no sé si llegaron a tal grado de pensar como yo, de... de querer dejar ya todo, así tirar la toalla casi, porque si es muy... muy pesado (4:19)

A: Y ¿en tu generación de internado hubo alguien que si lo haya dejado? Que no pudo con tanto

M: No, en mi generación no, pero, si escuche de mis compañeros que... tenían igual a otros compañeros en los hospitales que dejaron el internado... ah no si, miento, en mi generación ya al final del internado pues si me entere de las personas que se había salido por 6 meses, pero volvieron a entrar a los 6 meses después

A: Y ¿sabes por qué se salieron?

M: Porque dos compañeros estaban en el hospital militar y decían que ahí este... pues estaba mucho más pesado ¿no?, habían más reglas pues te regañaban más cosas por el estilo, y se dieron de baja para entrar a otra sede en 6 meses después

A: Ah, o sea, si les dan chance de cambiarse (4:32)

A: Ya, y... me llama mucho la atención cuando dijiste que a mitad del internado fue así como; “No... ya no quiero nada” ¿qué fue lo que te impulso a decir; “bueno ya falta poco, casi casi casi a la mitad, tengo que acabarlo”

M: Te digo que no sé (risas) no sé qué fue lo que realmente me impulso a seguir (4:43)

3.6 RELACIONES DENTRO DEL HOSPITAL

3.6.1 RELACIÓN CON OTROS COMPAÑEROS MÉDICOS

La relación que se pueda sostener con compañeros de rotación u otros de un nivel más alto dará pauta a que tan amena sea o no la estancia en el hospital, Carlos menciona que se llevaba muy bien con sus compañeros, trabajaban bien e incluso había apoyo entre ellos haciendo que, aunque fueran poco minutos que pudieran convivir para compartir algunas risas, haciendo la carga moral más ligera. Del otro lado de la moneda está la experiencia de Kathia, que no llego a hacer una buena relación con sus compañeros de rotación provocando momentos desagradables, debido a su ausencia durante un periodo por enfermarse, provocado por el desgaste físico que vivía en el hospital, cuestionaba con recurrencia la calidad de médico y de persona que eran sus compañeros, ya que, pensaba si por enfermarse la trataban así; ¿cómo serían con los otros pacientes? Kathia como cualquier otra persona (fuera de la profesión que tuvieran o edad) podían enfermarse, también es una realidad que no hay cuerpo humano que aguante tantas horas sin comer o descansar, ni existe alguna personalidad que no se rompa durante este tiempo por los regaños, acoso o maltrato psicológico, como lo cuenta también Marisol, en su caso eran con sus superiores residentes que no logró relacionarse bien.

C (entrevistado): Y la relación con mis compañeros pues... excelente la verdad trabajamos muy muy muy bien hubo mucho compañerismo y mucho apoyo entre nosotros y de hecho es algo que puedo rescatar porque un día en el hospital es terrible ver de todo y diez minutos con tus compañeros te hacían el día porque te entretenía te olvidaba del resto del hospital, comías a gusto, platicaba a gusto y te olvidaba del resto (1:8)

K (entrevistada): Se pusieron en contra mis propios compañeros... daban por hecho que era por flojera desde ahí fue como que... me cayó el veinte que... ¿qué calidad de personas son las que te atienden? Que a tu propio compañero no te importa. (3:9)

K: más problema fue con la rotación con mis compañeros que al igual que yo eran internos, ellos adoptaron una posición... a la defensiva y todo lo que yo hiciera o dijera les molestó a causa que me ausente ese periodo entonces, con ellos discutía por todo (3:16)

K: y mi postura era al revés, así como porque me tengo que dejar si no es normal que te traten así por esa cuestión con ellos sí tuve bastantes problemas los últimos cuatro meses son los únicos que fueron menos... conflictivos (3:18)

A (entrevistadora): Ok, Y ¿tú crees que eso haya influido... igual como te relacionabas con las personas del hospital? ¿Con tus demás compañeros internos o con los residentes? ¿hay acá?

M (entrevistada): Ajá

A: O ¿Adscritos?

M: Sí, si yo no... yo no... este... yo no me llevaba así muy bien con los doctores o con los residentes, igual porque te tratan mal, por así decirlo, o sea, no les tomas tanto respeto por... por ellos, de que digas; “No, ese doctor este... lo respeto mucho porque es un médico, es este... o te enseña” o que te haga esa ilusión de... casi casi querer ser como esa persona o de imitarla, pero no, yo sentía que habían muchas cosas Hmmm... por así decirlo, malas ahí en el hospital, con los de médicos o con algunos residentes decías; “pero, ¿por qué hacen eso? O sea, no les cuesta nada, no sé... ir a ver a su paciente y ver como sigue o modificarle algunas indicaciones o ¿por qué hizo esto? (4:23)

Para Mauricio y Pepe la relación que lograron formar con sus compañeros fue buena (cabe destacar que ellos fueron compañeros de rotación) Mauricio argumenta que, a pesar del estrés

que vivían entre ellos, considera que son personas que estarían para él y viceversa, hace una comparación con la familia señalando; “eran como mis hermanos” argumento parecido al de Pepe que los señala como; “familia”.

Entonces, se da a entender que, entre compañeros de rotación en algunos casos se veían como recurso personal para aligerar las cargas emocionales que tenían o como estrategia de supervivencia al año de internado.

M (entrevistado) Conviví durante un año con 4...5 personas todo un año hasta ahorita son mis mejores amigos... una de las personas que más podría respaldar porque son personas muy inteligentes, personas no tanto, muy responsables, unos muy flojos, muy fuertes, pero al final de cuenta sin importar de quién... quién fuera sin importar los malos momentos, sin importar las gritadas que nos damos entre nosotros... o que están asqueados estábamos entre nosotros de “güey ya no te quiero ver me tienes hasta el copete” a pesar de sus errores... a pesar de todo eran así como mis hermanos (5:3)

P (entrevistado): aparte de eso las personas que conoces las amistades que haces son pues... o sea, son amistades para toda la vida (6:6)

P: muy bien con ellos, pero en sí la relación va de tus compañeros con los que rotan, o sea con ellos duermes con ellos comes con ellos todo, entonces se vuelven, así como tu familia (6:9)

3.6.2 RELACIÓN CON PERSONAL DEL HOSPITAL

Carlos, en su entrevista hace una comparación entre la relación que se tiene con compañeros médicos y personal del hospital, como son las enfermeras o trabajo social, argumentando que; no hay tanto egoísmo como es médico a médico, ya que en el caso de la relación que se establece con las enfermeras o enfermeros es fundamental, menciona Fernanda también que gracias a ellos se mueve lo que en determinado momento necesitan los médicos, desde material quirúrgico, de curación o hasta cosas personales, por otro lado Kathia no menciona mucho sobre las relaciones con el demás personal que conforman el hospital pero, los tres concuerdan que hay excepciones, por ejemplo, en enfermería, no todos los que conforman esta área llegan a establecer una buena relación profesional.

A (entrevistadora): Bien, y ¿cómo era la relación con tus demás compañeros durante el internado y personal del hospital?

C (entrevistado): Ok, prácticamente me baso en el decir que es un trato diferente, por ejemplo, relación con enfermería que es de lo más cercano, trabajo social, etc., es muy, o sea, es un trabajo en donde realmente se apoyan los unos con los otros no hay tanto egoísmo o al menos eso me tocó percibir obviamente no estamos generalizando a todas las personas, pero, las pocas que me tocó tratar sí en ese aspecto era muy diferente... (1:6)

F (entrevistada): yo me lleve muy bien con todo el personal de enfermería, pero habían ciertas enfermeras que tenían como más cariño, estaban de guardia, y me decían; “Ay, me enteré que estabas de guardia te traje tal cosa” o también te ayudaban con los procedimientos a conseguirte material porque al fin y al cabo ellas eran las que se tenían que mover pero a ti te urgía el material porque contra ti venía el doctor si no estaba rápido eso, emm... pues también los señores de la cocina (2:14)

A: Okay, y bueno ¿cómo consideras tu relación con el personal del hospital? Compañeros, camilleros, enfermeras...

K (entrevistada): Generalmente con los camilleros pues buen trato, había una que otra excepción, pero dependiendo de cómo los trataba era como ellos me trataban con las enfermeras igual tenía sus excepciones (3:15)

En la experiencia de Mauricio, menciona de nuevo la relación que se tiene con las enfermeras señalando; “sentía que tenía que hacer méritos para tener una buena estancia del internado” puesto que ellas son clave para el desarrollo de un buen ambiente laboral, ya que, tanto enfermería como médicos, químicos, etc., se encuentran en el mismo ambiente de estrés. Mauricio comenta que para él, lo ayudó llevarse bien con la mayoría del personal para no hacer más difícil el año de internado, también desde su punto de vista sostiene que la forma en que das el trato es lo que recibes; esa fue una ventaja para él, la personalidad que tiene hizo que se relacionara bien con las personas que conforman los hospitales donde rotó.

A (entrevistadora): ¿Cómo consideras que fue la...? bueno, ya hablaste de la de esos cinco amigos. ¿Cómo consideras que fue tu relación con los demás... con el demás personal en el hospital?

M (entrevistado): De cierta manera bien porque pues todo mundo dice “no pues tu forma de dar tienes que recibir” y yo siento que soy una persona para empezar muy respetuosa y también muy caballerosa. Entonces tu forma en la cual tratas al personal del hospital, tu forma de presentar...de tu forma de presentarte “buenas tardes soy el interno Mauricio Maldonado”, siempre que entras algún lugar cambia la forma de cómo te ven las personas ahorita me llevé bien con la mayoría de las personas del hospital como cualquiera otra persona que conozcas en cualquier otro lugar la gente tiene sus prejuicios con las personas entonces hay mucha gente que te trata muy bien simple y sencillamente por sonreír y hay gente que te trata muy mal por no hacerlo... no es muy accesible, siempre y cuando hagas porque sí sentía yo que tenía que hacer méritos para conseguir cosas... que al final de cuentas necesitaba que me ayudara enfermería, que me ayudarían camilleros, que llevarme bien con mis residentes, llevarme bien con mis adscritos ¿no? con todos los logros hay gente que de plano no quiere ser tu amigo y punto, o sea, no te va hacer plática por más que le hagas plática que seas buen pedo, que le llesves coca, o sea, no, le caíste mal o no quiere hacer amigos entonces, pero, es contado la neta sí, es contado la mayoría de las personas que están allá adentro, como están dentro del mismo estrés tratan de hablar contigo para hacer más amena la convivencia dentro del hospital y es lo que se necesita realmente... es lo que se necesita dentro del hospital; plática que te llesves bien, que todo el personal esté de buen pedo ¿no? Las enfermeras son lo más difícil de ganar en este mundo, la neta son un amor...pueden llegar a ser un amor de personas, pueden darte cosas que son tan básicas, pero en esos momentos son clave para ti, o sea, son otra cosa una sábana o un no sé un vaso que dices “güey eso” que puedes después de estar en chinga 36 horas con sed no saber dónde madres tomar agua que te digan “doctor aquí... está aquí tenemos un garrafón tome agua” o sea, te sientes súper agradecido son cosas que o “doctor váyase usted a dormir, yo le avisó cualquier cosa, doctor no se acueste en el piso venga aquí tenemos una camilla” son cosas hasta te da pena recordarlo porque pareces mendigos estás de “gracias gracias gracias gracias”, te acuestas... porque para ti significan un chingo, porque para ti significa una noche menos que duermes en el piso... hay buenos tratos y malos tratos dependiendo como sea cómo te portes y qué tanto hagas porque pues nadie quiere un huevón, nadie quiere un desobligado... nada y cuenta más cuando estás en un hospital en donde hay vidas en riesgo, hay vidas que no pero no se juega, o sea, no estás ahí para” jijiji broma aquí están las cosas” nadie quiere un payaso tampoco, hay momentos para ser graciosos... hay momentos para trabajar y eso, hay gente que

no lo entiende, hay gente que se pasa de payasita obviamente reciben un trato tan de la verga y pues nosotros no (5:21)

3.7 VIDA DESPUÉS DEL HOSPITAL EN EL AÑO DE MIP

3.7.1 ACTIVIDADES EXTRA HOSPITALARIAS

Los seis entrevistados coinciden que, cuando se encontraban de post-guardia lo que mayormente hacían era llegar a casa a dormir, ya que, las jornadas de guardia eran pesadas, entonces no les quedaba más que llegar a casa, bañarse y dormir porque al siguiente día regresarían al hospital a cubrir una jornada normal, algunos entrevistados como Fernanda, Mauricio o Pepe procuraban hacer más actividades independientemente de dormir para “despejarse” un poco más y lograr tener cierto equilibrio de tener un poco de vida social, por ejemplo, Pepe cuando su familia venían de visita (debido a que no radican en la ciudad de Tuxtla Gutiérrez) intentaba no quedarse dormido para compensar el tiempo que no los ve o no se comunicara con ellos por teléfono, dado que el tiempo en el hospital es tan absorbente que no da para la comunicación con sus familiares en cambio, Marisol se desentendía de lo que tuviera que ver con el hospital, incluso cuando tenía fin de semana libre procuraba hacer otras cosas diferentes como pintar, leer o ver una película o actividades más simples, como Kathia, ella considera llegó a ser como un “reptil”; comer, bañarse y dormir, era lo único que recuerda que hacía, entonces, las actividades que llegaron a realizar en su quehacer clínico dependían mucho que tan cansado regresaban del hospital, incluso si se encontraban de pre-guardia o post-guardia pero, entre los seis tienen una actividad en común después del hospital; dormir.

A (entrevistadora): Bien, y bueno después de salir del hospital, Salir de guardia... regularmente ¿qué hacías?

C (entrevistado): Es bastante complicado comúnmente dormir las guardias son muy pesadas, entonces llegas a tu casa y lo único que quieres es dormir, y te levantas al siguiente día y ya tienes

que ir a trabajar al menos que sea fin de semana, pero lo único que quieres es dormir, prácticamente. (1:15)

A (entrevistadora): Ok y bueno pues ya has dicho sobre las áreas que rotaste y como te la pasaste y después del hospital ¿normalmente que hacías? O ¿con que personas convivías?

F (entrevistada): Yo vivía con una amiga éramos foráneas en una casa entonces si no nos tocaba guardia llegábamos, si no nos tocaba guardia, pues es que salíamos normalmente (...) como éramos foráneas salíamos terminando nuestros pendientes, pero pues no se salíamos a las 3 o 4 de la tarde a veces comíamos en el hospital o a veces ya no, íbamos a la casa y no coincidíamos tanto porque cuando yo me quedaba de guardia la de ella era súper guardia, yo al otro día salía de guardia y a ella le tocaba estar de guardia, cuando ella regresaba se dormía y yo no yo no me sentía cansada yo con dos horas que duerma ya es como que estaba bien, me acostumbre a dormir máximo cuatro horas, llegaba me bañaba o a veces me quedábamos de ver con otros amigos, de que vamos a comer vamos al cine... ya como a los cuatro meses que estaba ahí en el internado fue que entre al gimnasio porque un crossfit me quedaba muy lejos, o me iba a entrenar regresaba íbamos al cine, al súper, a las plazas, a caminar o me quedaba en la casa viendo tele, depende de que hacía o como estaba el día porque allá amanecía con sol y a las dos horas ya estaba lloviendo no se sabía o una amiga que vive allá nos invitaba a su casa, reuniones así bien en casa de alguien más (2:23)

A (entrevistadora): Bueno y normalmente saliendo... ya nos comentaste de tus largas jornadas y todo eso... normalmente ¿qué hacía saliendo del hospital?

K (entrevistada): Saliendo del hospital pues como salía tarde la verdad sólo llegaba a dormir, llegaba a dormir y a comer... era un reptil (risas) sólo dormir bañarme y despertarme al día siguiente para repetirlo.

A: ¿No solías hacer otra cosa como para entretenerte o despejarte?

K: No se puede si trataba porque... tienes que sacar ese estrés, pero no se puede porque quedas exhausto, no tienes energía para hacer nada más que sea dormir (3:13)

A: Me imagino y... después del hospital ¿qué hacías? O sea, saliendo, por ejemplo, de una guardia, ¿qué hacías como para decir; “no quiero saber nada del hospital, me voy a poner a hacer tal cosa porque necesito despejarme?

M (entrevistada): Pues, saliendo del hospital venía a comer y a cenar y me dormía, ya no hacía nada, si teníamos que entregar una tarea o estudiar, era así como... medio repasar, leer algo y ya, me dormía porque ya no aguantaba... físicamente ya no aguantaba, porque me tenía que levantar temprano, desayunar y todo, pero los fin de semana si este... no hacía nada, o sea, no leía, no estudiaba, eh... me dormía y me levantaba tarde, desayunaba aquí en mi casa, y hacía otras cosas, no sé, me ponía... a este... a veces a dibujar o a ver una película, o así porque... no, no... sentía que estaba saturada mentalmente de todo, entonces, quería despejarme de las cosas (4:20)

A: Okay ahora, regularmente después de salir del hospital ¿qué actividades realizabas? como para distraerte

M (entrevistado): dependiendo de que... de que estaba, era lo que hacía cuando estaba postguardia mi periodo de las guardias cómo salía más temprano muchas de las veces aprovechaba salir a divertirme, a echar trago, a hablar a mis amigos, si estaba aquí mi novia iba a ver a mi novia, si trataba de despejarme, o sea, la neta si trataba de darme cuenta que... que seguían corriendo los carros, que (5:16)

M: seguía saliendo el sol, que seguía viendo personas en la calle, que había un mundo afuera de lo que yo conocía dentro del hospital... (5:17)

M: cosas así cuando estaba de postguardia trataba de... porque sabía que al otro día iba a regresar otra vez a mi casa a dormir y que esa noche iba a dormir en hospital entonces, también era una manera de expresarme (5:19)

A: Bien y bueno... ¿cuáles eran tus actividades ya fuera del hospital?, mencionabas que pues... te conviertes más amigos con... tu... las personas con que rotabas ya que pasabas la mayor parte del tiempo con ellos ya que, pero, ya fuera del hospital ¿qué actividades realizabas?

P (entrevistado): Okay, bueno dependía de que estuviera; si estaba de postguardia pues mi única actividad era llegar a mi casa, comer, bañarme y dormirme y y pues al otro día la misma rutina, cuando estaba de pre-guardia entonces tenía un poquito más de tiempo y estaba descansando pues a veces mis compañeros... (risas) esos mis mismos compañeros de la rotación nos decían que fuéramos algún café... algún bar... entonces, y el detalle de que pues mi familia no... no es de acá entonces cuando venían pues ahora sí trataba de estar con ellos y tratarme de no dormirme para poder platicar con ellos porque era el único momento que yo tenía para verlos porque en

el hospital no puedes atender una llamada o... o en la tarde deseabas llamar a tú familiares, pero te duermes y ya, otra de las actividades era estudiar entonces habían temas que te dejaban estudiar los doctores y al otro día durante el pase de visita te los preguntaba automáticamente tenías que llegar un poco leído (6:10)

3.7.2 RELACIONES SOCIALES FUERA DEL HOSPITAL

Las relaciones fuera del hospital también serán de mucha ayuda para sobrellevar el año de internado, por ejemplo, Carlos al ser foráneo no únicamente se relacionaba con personas del hospital, si no, también con las personas que vivan en el mismo edificio, a diferencia de Marisol que no tenía interés alguno de relacionarse con más personas o con su círculo social que no sean médicos, solo le importaba llegar a dormir a casa y esto también depende el tipo de personalidad que tenga cada uno para decidir relacionarse o no con distintas personas.

A: Ok, y estando fuera de casa de Chiapas más bien ¿con que personas te relacionabas después del hospital?

C (entrevistado): Prácticamente eran compañeros de trabajo en su mayoría, te digo, me tocó convivir con muchos enfermeros, personas de trabajo social, personas muy muy muy amables la verdad, me tocó conocer personas muy agradables y comúnmente frecuentaba salir con ellos y ahí conocí a otras personas amigos en común y me agrada mucho eso independientemente compañeros del hospital o compañeros de ahí del edificio porque nos llevábamos muy bien (1:16)

A: Y ¿cuándo salías del hospital...? Ya me contaste que venías y dormías, que lo último que querías era agarrar un libro... y, pero con las personas que te relacionabas o simplemente ¿llegar a casa y dormir?

M (entrevistada): Hmmmju

A: ¿No existía como que... una relación con más personas?

M: No, pues no, realmente no, no me importaba, solo quería descansar... no me importaba otra cosa (4:38)

3.8 ESTRATEGIAS PARA LIDIAR MALOS MOMENTOS EN EL AÑO DE MIP

3.8.1 RECURSOS PERSONALES PARA LIDIAR CON MALAS EXPERIENCIAS PASADAS

Los recursos personales que cada MIP llegué a tener (o desarrollar) será derivado de la personalidad que tenga este, manifestándose al momento de lidiar con las malas experiencias que se les presentaría el año de internado, por ejemplo, Carlos dice que se daba cuenta que las cosas no eran justas dentro del hospital, como el trato hacía ellos o la carga de responsabilidades que se les otorgaba, pero sus acciones no iban más allá que solo “darse cuenta” y seguir con sus responsabilidades, en este aspecto, la experiencia de Carlos coincidió con la de Kathia, ambos preferían ignorar/bloquear la disconformidad sentían a su alrededor para continuar con su quehacer clínico, estas acciones se podría señalar como una manera más de protegerse y no resultar afectados, por otro lado, Fernanda alude que, eran su hermana y mamá quienes la “auxiliaban” para lidiar con un mal rato (como fue la muerte de una paciente de la tercera edad que le recordó a su abuela) y no solo ignoraba eventos sucedidos que anímicamente la afectaban. En pocas palabras, recurrir a desahogarse con otras personas es de mucha ayuda para sostenerse emocionalmente durante este año.

A (entrevistadora): Y ¿cómo lidia con ese momento que más te marcó?

C (entrevistado): Pues, simplemente darte cuenta que las cosas nunca son justas y que realmente no te queda de otra más que aguantar (1:13)

A: ¿Cuáles fueron cómo tus recursos o como enfrentaste esta mala experiencia? Porque mencionas algo bien importante ¿no?, que te recordaba a tu abuelita

F (entrevistada): Eh... bueno, cuando fallece la señora de madrugada le mande un mensaje a mi mamá ya le había comentado de la señora, mi abuelita era mamá de mi papá, le mandé mensaje a mi mamá y le dije que pasaba esto, y le dije esto y esto paso, y me dice; “ay tranquila hija pues mira eso pasa” lo normal de las mamás ¿no?, yo sentía que no hice nada, pero yo misma me contestaba tu hiciste todo lo que podías hacer y lo que dentro de ti estaba hacer, hiciste todo

hasta el final, hasta lo medicamente posible ya más de ahí ya no pudiste hacer y si te da como que el bajón (2:29)

A: En estas malas rachas que pasaste ¿te apoyaste en alguien en especial? En la familia, por ejemplo

F: pues... en mi mamá, en mi hermana, mi papá es medio serio ¿no?, pero siempre de ¿Cómo estás? “bien”, “que bueno”, pero pues mi mamá y mi hermana diario platicamos “estoy aquí o hice esto” o les mandaba fotos de algún procedimiento que había hecho o de alguna cirugía y cuando pasaban esas cosas te digo le mandaba mensaje a mi mamá, en la mañana me marco mi mamá le platique y como que si dos o tres lagrimitas, pero, hasta yo sentía que si (2:39)

A (entrevistadora): Y estos malos momentos qué dices; tú rotación... la cuestión del acoso ¿cómo lidiabas con eso?

K (entrevistada): Hmmm... ignorándolos, pasando por alto sus comentarios, (3:19)

3.8.2 RECURSOS PERSONALES PARA NO DESERTAR EN EL INTERNADO

De los entrevistados, Marisol fue la que externo sus deseos de desertar en el internado, se le preguntó sobre qué recursos personales utilizaba para seguir y no quedar en el camino, ella, no logra identificar si era su familia o amigos, menciona que, hubiera sido aún más difícil para ella si se hubiera encontrado fuera de casa, ya que para ella era significativo llegar a casa y ver que su comida estaba hecha por mamá o su ropa lavada, sin embargo, ella admite que no hubiera aguantado (debido a su personalidad) si se hubiera ido fuera del estado o de la ciudad, de hecho, es importante la personalidad en cada individuo para irse fuera del lugar donde se cursa la carrera, ya que, es un proceso de adaptación drástica (como ya se mencionó antes) y la tasa de suicidio en médicos internos y médicos residentes tienen algo en común; los médicos que se quitan la vida resultan ser foráneos o viven solos.

A (entrevistadora): Y ¿cómo lidiabas con eso?

M (entrevistada): No sé (risas) no sé la verdad, no sé si fue mi familia, este... mis amigos o algo que de verdad me impulsara a seguir adelante porque... (4:17)

M: no sé te digo a lo mejor fue mi familia las... las cosas... mis amigos o las personas que me rodean, que me motivaron en cierta forma porque no me dijeron “así tu puedes, así” no, pero si me motivaron otras cosas y este... por ejemplo, que venía y mi mamá pues ya me tenía la comida o este... pues que estaba en mi casa y podía lavar mi ropa, esas cuestiones como que si e ayudaron ¿no?, de que... “bueno, pues no estoy lejos” no estoy en otro lugar donde pues llegando a mi casa que me voy a hacer de comer o tengo que hacer todavía o ir a lavar mi ropa a otro lado, esas cositas como que me ayudaron a ser como un poco más tranquila

A: A no caer

M: Ajá... a no caer por completo, porque de ahí pues no fue... no sé realmente que fue lo que me impulso a terminarlo porque... si fuera por mi yo ya lo dejaría y ya, hasta ahí se terminó ¿no?, pero sí, hubo otra cosa que me impulso a seguir adelante que todavía no lo sé que es (4:45)

3.9 EL MÉDICO Y LA MUERTE

3.9.1 ABSTENCIÓN DE FORMAR VÍNCULOS CON PACIENTES

Para Fernanda, evitar vincularse con los pacientes fue importante en su desarrollo profesional durante el internado, expresándolo con frases como; “no tengo tiempo, no te puedes permitir ni dar el lujo de sentirte triste...” como si para el médico, en términos generales, experimentar sentimientos negativos (como la tristeza) fuera un lujo, esta resistencia a formar vínculos puede ser un parteaguas para estigmatizar a los médicos como “fríos”, emocionalmente hablando, sin embargo, Fernanda también dice en esta parte de la entrevista que; en la carrera de medicina no dicen maneras para lidiar con “malos” sentimientos, incluso, llegan a ver un deceso como un papeleo más por hacer sin ver a los familiares, cabe destacar que, ellos como médicos internos de pregrado son el primer contacto con el paciente y muchas veces con los familiares para dar la noticia de un deceso o un pronóstico no favorable. Puede percibirse también en esta parte de la entrevista y sobre este tema la resistencia de Fernanda al referirse repetidas veces a “no tengo tiempo” con llorar o sentirse triste.

Respecto a la generación de vínculos por parte del médico con el paciente Gómez (2012) en su artículo sobre el médico frente a la muerte menciona que, este fenómeno ya es uno de los problemas esenciales que enfrenta el hombre día a día, llega a experimentar sentimientos de intenso temor y los médicos como seres humanos que son, también llegan a resentir estos sentimientos respecto a la muerte, por ello menciona la autora, de acuerdo con Mc Cue y Mingote Adán, no pueden enfrentarlo con serenidad.

A pesar de la importancia de la muerte en el quehacer clínico del médico, dicho fenómeno tan complejo no es abordado durante la formación, las carencias de abordar el tema se evidencian cuando el médico se enfrenta a estas circunstancias humanas, siendo dolorosas y angustiosas (p. 3) por ende, como sucede con Fernanda, busca no vincularse y poner resistencia para que no sea un distractor en su práctica clínica. Por otro lado, Gómez (2012) argumenta que esta condición humana, ya sea real o imaginaria, en la que el médico se vincula personal y profesionalmente, no lo reconoce (resistencia, como antes mencionado) y no es tampoco aceptada, entonces, hace que la muerte sea uno de los acontecimientos de mayor ansiedad en el quehacer clínico del médico (p. 4)

A (entrevistadora): y ah... también como tu punto de vista médico como lidian con esta parte de no relacionarse... ¿Qué pasa ahí? (2:28)

F (entrevistada): pero te digo no te puedes permitir ni dar el lujo de sentirte triste ni encerrarte a llorar porque de entrada no es mi familiar ¿no?, segunda no tengo tiempo y así es no tengo tiempo porque tengo que terminar un chorro de pendientes, tengo que terminar el censo, tengo que terminar la guardia, los ingresos, los laboratorios porque a las seis de la mañana ya están llegando todos para pedir su información, entonces no puedo, no no no, te permites así como que te limpias y bueno ya; “sabe que’ señor lo siento mucho. Se hizo lo posible para agilizar los trámites le pido los papeles oficiales de la señora para empezar hacer su certificado de defunción”, desgraciadamente en medicina no te lo dicen, pero tu como interno eres el primer contacto hacia el paciente y hacia el mundo real que tú vas a vivir, por todas las circunstancias ves a los pacientes como un pápelo, por cansancio, porque imagínate o sea no se puede te mueres de tristeza o algo así, o sea, es como; “bueno falleció otro certificado de defunción que llenar”, eso es lo que piensas, pues si es triste por los familiares, pero es otro certificado de defunción (2:34)

F: pero o sea no puedo llorar no tengo tiempo y pues sabes que te hablo al rato y me seguía y se me olvidaba y me acordaba y decía bueno pobrecita, pero, bueno ya está descansando o sea quizá ella ya se sentía cansada ya no quería y se me pasaba, en el momento me marcaba, pero ya después se me olvida y ya lastima (2:40)

Pepe, respecto al tema de la muerte en pacientes, menciona una experiencia sobre la pregunta de una familiar, donde lo cuestiona y al mismo tiempo haciéndole un comentario respecto a “volverse sin sentimientos” que se pueden volver los médicos, Pepe señala que era una persona no tan fuerte de carácter pero, al ingresar al hospital y ver la muerte y la agonía de personas o niños, lo hicieron volverse fuerte, argumenta que, después de todas estas travesías respecto a la muerte, puede afrontar mejor situaciones y no -llorar- como él lo dice en su entrevista.

El que hacer clínico del médico, aparte que suele ser desgastante físicamente, llegar a ser desgastante emocionalmente, sobre todo cuando se trata de vínculos que se forman con los pacientes, donde en su gran mayoría, se encuentran debatiendo entre la vida y la muerte, siendo la situación más común que hacen frente, estar cara a cara con la muerte a manera de protección tiene que activar diversos mecanismos de defensa, sin embargo, a la larga resulta ser un cambio más allá del ámbito profesional, ya que no logran ubicarlo en un solo lugar, trasladando a sus relaciones personales, la autora Gómez (2012) en el artículo publicado “el médico frente a la muerte” resalta que en casos extremos, el comportamiento del médico puede oscilar de dos maneras; el abandono; que en este caso es evitar, resistencia o negación, o la identificación máxima con el enfermo y la familia (como le sucedió a Fernanda al identificar en una paciente a su abuela ya fallecida o a Mauricio que formó un vínculo cercano con uno de sus tantos pacientes), estos dos polos extremos se muestran en dos emergentes como lo dice la autora; “quieres desaparecer del mapa” vs “hay que preservarse, si no te mueres con cada uno un poco”, específicamente esto que menciona la autora responde al sentir de Pepe y la interrogante que le hacía su familia dirigido al estigma de “volverse sin sentimientos”, muestra una necesidad de huida o la identificación masiva en los momentos más cercanos a la muerte de sus pacientes, les permite expresar su necesidad de ayuda para establecer una distancia entre el paciente y los deudos que vayan a haber posteriormente de la muerte. Cuando se llega a identificar el médico con el paciente o la familia pueden surgir conductas paradójicas en el médico, como los siguientes ejemplo que refiere la autora; “no puedes llorar por lo que le pasa, para eso está la familia, prefiero

hacer bromas con el paciente y que no piense en lo que tiene”, esto relacionado con las entrevistas realizadas se enlazan con mecanismos de defensa que los entrevistados han tenido durante el quehacer clínico del año de internado; no se permiten así mismos sufrirlo y mejor verlo como sentimientos de fracaso, si un paciente a su cargo llega a morir se lo toman a manera de aprendizaje para que así “no les vuelve a pasar”, en estos casos puede oscilar entre la omnipotencia y la impotencia, entre sentimientos identificados y la culpa a esto para disminuir un poco la angustia y continuar el proyecto profesional (p. 13)

3.10 ESTIGMA, CAUSA Y DETERIORO DEL MÉDICO Y SU RELACIÓN CON EL PACIENTE

3.10.1 ESTIGMA HACIA EL MÉDICO

Suele ser común escuchar a personas externas al hospital señalar al médico, sin importar el nivel académico, como “no tienen sentimientos”, “son muy fríos”, “apáticos”, etc., este estigma es el resultado de no vincularse emocionalmente con los familiares o pacientes que estén a su cargo, no generar vínculos es importante para los médicos para poder proseguir con sus pendientes dentro del hospital, por otro lado, mencionan Carlos y Pepe; ven tantas personas morir que lo toman como “su pan de cada día” y en algún momento la muerte de algún paciente les deja de afectar, sin embargo, existe otro margen de error sobre ciertas actitudes que, con poca inteligencia emocional transmiten, incluso fuera del hospital como a su familia, pareja, amigos, etc., también otro estigma importante de señalar es el que menciona Mauricio; entre ellos no pueden equivocarse al hablar, o más bien, tener un perfil socialmente alto, esto se exige desde ser estudiante de medicina mantener una imagen pulcra de “no se pueden equivocar”, muchas veces son señalados entre ellos o por otras personas, siendo el costo por tener un DR. Antes del nombre y también antes del sentido humano.

C (entrevistado): a veces... o comúnmente dicen las personas que los médicos somos muy apáticos a cierto tipo de emociones (1:21)

C: pero realmente el ámbito hospitalario es lo que te hace ser así, por ejemplo, cuando fallece una persona todo mundo se pone triste se siente no confortable con ese hecho y a ciertas personas en el ámbito de las ciencias de la salud nos da igual, o sea, y no es que seamos apáticos a ese tipo de cosas, simplemente qué trabajando en el hospital ves tanto, ves morir a personas mayores, adultos, niños, jóvenes, etc., que, si te afectan mucho al principio, pero, llegas a ver tanto que hasta cierto punto te deja de afectar o tienes que aprender a lidiar con eso y muchas personas creen que te vuelves apático a eso, pero no es que te vuelvas apático simplemente aprendes a lidiar con ello por eso, de cierta manera ya no te afecta tanto, no es que seas apático (1:22)

F (entrevistada): pero cuando muere alguien muchas veces yo he escuchado comentarios “que los médicos son muy fríos, no tienen sentimientos”, (2:32)

M (entrevistado): se supone que el médico tiene que hablar sin... o sea, correctamente no dice “el hematocrito de tanto” no, “tiene un hematocrito, no una hemoglobina no, hemoglobina” no una, los, las... una manera de cómo de hablar correctamente, hablar entre... porque los médicos son como; “si vas a hablar conmigo hablar conmigo médico, yo soy médico hablemos de ciencia hablamos como médico hablamos con jerga no me hables como Chamula”, todo mundo lo decía o sea, “así me lo puede decir la señora ,eso me lo puede decir la señora, yo así hablé con los pacientes no entre nosotros” o sea, era así como “güey somos... te hacen sentir que es la élite del mundo ¿no?... el gremio médico” (5:36)

P (entrevistado): ver agonizar personas, ver morir personas frente de ti te hace como una persona más no fría... no insensible, pero, simplemente te hace una persona más fuerte A qué voy a que una tía me comentaba que sí porque los médicos se vuelven sin sentimientos (6:21)

3.10.2 DETERIORO DE LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE

Independientemente del deterioro físico o emocional que llegan a sufrir los MIP en esta etapa de la carrera, las relaciones personales en muchas ocasiones quiebran o se fracturan pero, la relación médico-paciente suele ser también de afectada porque, como lo menciona Marisol; a un médico cansado, con hambre y totalmente agotado por más que un paciente pueda referirse a él

con toda la amabilidad lo último que puede dar es una buena cara, sobre todo cuando se encuentran de post-guardia, también influye mucho la demanda de pacientes que se tenga en el hospital, como señala Kathia en su entrevista; no se puede dar un buen servicio médico si solo tienen un espacio de 5 a 10 minutos para formular una historia clínica o hacerle un buen procedimiento para tener un diagnóstico más certero, la carga de responsabilidades de nuevo vuelve a hacerse presente cuando se trata de dar un buen servicio y no se logra, deteriorando así la relación médico- paciente y estigmatizando al médico.

Por el lado de la relación médico-paciente, Sánchez , et al., (2008) mencionan que, uno de los sustentos de la carrera de medicina se encuentra en la relación que se genera de los pacientes con los médicos, esto se justifica que la interacción diría que tienen estos rebasa la afectividad terapéutica, el paciente no solo tiene necesidades físicas para curarse también tienen necesidades afectivas, esto incide por añadidura en estratos más profundos relacionado con el deseo de curarse; “la recuperación, la esperanza y la alegría de vivir sano”. La importancia que tiene la relación médico-paciente señalan los autores que tiene que ser incuestionable, tiene que ser una de las cualidades con la que trabaje el médico de cualquier grado que se encuentre cursando, esto también involucra la supervivencia dentro del hospital del médico, un elemento bastante grande para un próspero futuro profesional. (p. 2)

Por otra parte, González, et al., (2004) en su investigación sobre el tema, señalan que si no se toma en cuenta la necesidad de cuidar a los enfermos desde el aspecto de la formación de vínculos profundos con el paciente, más allá de solo ser un enfermo más dentro del hospital, aluden los autores que los estudiantes de medicina olvidan que tratan con seres humanos, seres pensantes y que experimenta emociones como ellos, esto posteriormente mencionado en la presente investigación, los médicos tienden a hacer un lado su sentir emocional debido a la carga de responsabilidades que se les adjudica, es claro que no se dan abasto como para sentir un momento lo que experimentan con cada paciente. González, et al., (2004) determinan que los estudiantes de medicina pareciera que se apegan al modelo de educación que expone Laennec; “hagan el diagnóstico basándose en los signos físicos de la exploración física. No le hagan caso al enfermo de lo que dice porque lo que él nos va a transmitir son alteraciones de las funciones o imaginaciones de él con relación a la enfermedad”, esto demuestra que el médico prefiere apegarse a un modelo sin empatía, como si el sentir emocional no lograra sobre pasar el dolor físico que llegue a presentar el paciente en consulta o en el hospital. Estos autores terminan

aludiendo que el profesional de la medicina no debe de olvidar que su profesión se ejerce en primero contacto con una persona y esa persona tiene derecho a conocer a quién tiene como propósito aliviar su dolor. (p. 1) Es necesario que las escuelas de medicina no deban abstenerse a mejorar la enseñanza sobre esta relación médico-paciente y no solo en un quehacer clínico.

A (entrevistadora): Mucho tiempo, entonces ¿crees que estas largas jornadas laborales afectan totalmente la relación médico-paciente?

K (entrevistada): Yo creo que en parte sí... si tiene que ver porque a veces que estás tan cansado, generalmente los que hacen la historia clínica son los internos entonces, estás tan cansado que quieres hacerlo todo rápido, quieres hacerlo todo eficiente para que pase el siguiente y el siguiente y crees que un paciente lo vas a atender bien con 5 minutos... 10 minutos revisándolo así, en un ambiente que no es íntimo... no se puede, porque llegas y ya... “señor que... dígame esto” estas cansado, no te sientas realmente a platicar con él y solamente llega la enfermera, no el paciente. (3:30)

A: Y ¿tú crees que eso afecte también la relación médico-paciente que hay? A los pacientes que atienden...

M (entrevistada): Si, si, obviamente más por la carga laboral, el interno ya está cansado te digo, tiene hambre, no ha dormido, entonces, si el paciente, aunque le hagan una pregunta pues de lo más amable que pueda de que; “ay, doctor es que no pasa este... la sangre o no pasa mi solución” o “Ay doctor es que no he comido ¿será que le puede avisar a la enfermera?” con cualquiera pregunta le hagan al interno... si el interno todo cansado... todo agostado obviamente le va a contestar todo mal ¿no?, “ay si si, ajá, si si señora o si señor como sea o lo va a mandar por un tubo y no le va a hacer caso y este... obviamente pues no... no debe de ser así pues (4:42)

3.10.3 SENTIDO HUMANO EN EL INTERNO

De los cambios que se pueden esperar de un médico que atraviesa el año de internado es despertar más su sentido humano, como fue en el caso de Mauricio, donde argumenta que empezó a valorar desde lo monetario hasta lo impresionante que fue ver como las personas se aferran a la vida, no querer morir de otra persona algunas veces hace eco en el médico para ser mejor y poder salvarles la vida de aquellos pacientes que luchan por vivir un día más, porque como lo señala Mauricio; “Entiendes que la muerte es mala pues está cabrón la enfermedad”. Cada experiencia, involucrando su personalidad, puede definir el tipo de ser humano que se llegue a ser más adelante con una profesión tan demandada, estigmatizada y con peso social grande para realizar una buena praxis.

Anteriormente, se ha mencionado el tema de inteligencia emocional en médicos, de lo que argumenta Mauricio y el sentido humano que logro desarrollar durante este año, Hernández y Dickinson (2014) la carrera de medicina se ha concentrado a través de los años en la enseñanza basada en aprender por diferentes competencias, habilidades y aptitudes para integrarlas en su quehacer clínico, no es secreto que en medicina es importante evaluar la inteligencia en coeficiente intelectual, sin embargo, el coeficiente emocional ha tomado importancia ya que es un parámetro útil y necesario puesto que, medir la capacidad de “sentir” del médico, ayuda a auto conocerse y controlar sus estado anímicos. Señalan estos autores que, en la formación del médico se indica la no involucración emocional con los pacientes, pero es algo que será inevitable porque, no hay que olvidar que el médico también es humano, y lo expresa Mauricio con su sentir y el cambio que generó en él durante este año de internado; despertar su sentido humano, cabe mencionar que esto mejora la práctica del médico, ya que, ayuda a relacionarse mejor con el paciente y los familiares (p. 2) y el resultado que traerá con tener un coeficiente emocional alto será saber más adelante como protegerse del sufrimiento.

M (entrevistado): Llegas al hospital ves ese tipo de cosas, entiendes diferente las cosas completamente...te das cuenta que no hay nada persona o sea, mi papá... me da mucha risa mi papá.- siempre decía “o sea, si güey el dinero no compra la felicidad definitivamente estamos de acuerdo todos en eso ¿no?” pero si ayuda un chingo, si ayuda mucho no por lo material pero, es bien diferente no tener 100 pesos para tu medicamento a tener 100 pesos para tu medicamento

o sea, te puede ir muy muy de la chingada no tener dinero para tu salud, para tu bienestar a tener dinero para hacerlo o sea no, son de las cosas que tristemente así es no realmente necesitas y eso es lo que entiendes ¿no? (5:24)

M: yo por lo menos jamás lo había hecho, yo jamás había estado al pendiente algo al cuidado de alguien y te da la oportunidad de hacerlo y te da la oportunidad de entender decir “no mames o sea, se supone que para eso estoy aquí” no entiendes que como médico la vida es lo más importante porque ves cómo la gente se aferra a eso... es gente que neta siente que se la está cargando la chingada y que neta hasta ese punto entiendes que no te quieres ir dices “No no no no no no quiero” por miedo a la muerte, por miedo a lo que quieras, pero ves el miedo y una vez entendiendo tú ese miedo quieres esforzarte un chingo porque nadie lo va hacer, entiendes que neta entiendes que la muerte es mala pues está cabrón la enfermedad... está cabrón (5:27)

3.11 CAMBIOS EMOCIONALES, FÍSICOS Y ACADÉMICOS OBTENIDOS

3.11.1 APRENDIZAJES EMOCIONALES OBTENIDOS EN EL INTERNADO

Los ganancias o aprendizajes emocionales que se logran tener en este año de internado (o sobrevivir al hospital) con todo y adversidades que atraviesan, coinciden tres entrevistados que es hacerse más fuerte emocionalmente, “con carácter” como menciona Kathia, asimismo, señala que se requiere aprender a ser paciente respecto a las demás personas que se encuentran alrededor de los médicos internos de pregrado, e incluso comprender que no todos piensan igual o harán las cosas de diferente manera, o afrontar situaciones cotidianas que se pueden tornar difíciles, como menciona Mauricio, así también, aprender a lidiar con la muerte como en el caso de Carlos y su experiencia, estos tres ejemplos como muchos médicos que ya pasaron por el internado pueden resumir un cambio o aprendizaje emocional en una expresión; no se sale siendo el mismo del internado.

C (entrevistado): yo considero que fue el aprendizaje más grande que me dejó el internado, aprender a lidiar con la muerte (1:23)

K (entrevistada): hay aprendizajes aprendes a tolerar más, a ser más paciente, a entender a tu prójimo sabes qué pues sí piensa mal y tampoco voy a pelear porque piensa mal, hacer más tolerante en general, a saber, que puedo dar más de lo que creo, a saber, que puedo aguantar mucho dar más de mí (3:25)

K: te hizo más fuerte y porque aprendiste cosas nuevas, sobre todo, no sales siendo el mismo sienta yo que sales con más carácter como para enfrentar cosas de la vida después del internado que... (3:3)

M (entrevistado): que eso es un proceso que voy a estar en contacto todos los días y voy a dedicarme a esto que es algo que tengo que afrontar, qué es algo que tengo que aceptar de mí que así como el padre tiene que aceptar que escuchar todo los... los... las culpas de las personas cuando se confiesa, uno tiene que afrontar esa parte de lo físico esa parte de tu profesión que es escuchar problemas no de esa manera, lo empecé a entender... de esa manera lo tuve que (5:7)

M: afrontar lo exterioriza en palabras y en emociones, también recibe apoyo de la gente durante todo este año... Por supuesto que sí (5:8)

3.11.2 CAMBIOS PERSONALES Y PROFESIONALES POST INTERNADO

Al final del año de internado debido a todas las experiencias amenas (o no tanto) que viven en este tiempo, los médicos no salen siendo los mismos, por parte de Carlos argumenta que, cambió su mentalidad y en parte influyó que se fuera del estado de Chiapas. Fernanda, vuelve a mencionar sobre la sensibilidad, en su caso, lo compara con la muerte, ya que, considera que de su parte es egoísta de cierta manera luchar por una vida que no se puede hacer más y señala como “lástima, se va a morir”. Cabe mencionar que, el cambio de mentalidad que coinciden Carlos y Fernanda es que hicieron el año de internado en el estado de Nuevo León, como antes se había mencionado. En cambio, Mauricio alude desde su experiencia que, a algunos médicos puede humanizarlos más o a otros no tanto. Para Kathia, decepcionarse de otras personas fue el

cambio notorio que pudo tener ella, sin embargo, los valores como persona que ella tiene hizo que se considerara una excepción entre sus compañeros médicos de rotación, anteriormente había mencionado que cuestionaba ¿cómo podrían atender pacientes? si con ella no tenían la consideración debida, dado que en ese año enfermo y por su ausencia no era el mismo trato que tenían hacía ella, incluso por parte de sus superiores.

A (entrevistadora): Bien, ¿cómo te cambio el internado, profesionalmente y personalmente?

C (entrevistado): Profesionalmente es bastante complicado porque si cambia tu mentalidad (1:20)

F (entrevistada): es una línea muy delgada entre... no pierdes la sensibilidad... o quizás si las pierdes pero, es como que falleció y ya, y yo siento que si perdí sensibilidad o sea, yo si soy una persona que llora cuando está feliz, cuando esta triste y soy muy sentimental pero por ejemplo, lo comparo ahorita y siento que si como que a falleció o se va a morir pues lástima o sea, así como que ni modo ya le toca o ya es la mejor para él y veo a la demás gente como reacciona y dice; “no como puedes decir eso” “se va a morir” pues si pero ya vivió ya hizo lo que pudo y lo que quiso, es egoísta de nuestra parte seguir que siga vivo cuando ya no puede o sea ya no es vida para ellos, no sé si me haya cambiado... yo creo que si fue mucha influencia del internado, ver la muerte todos los días... (2:37)

A: ¿Cómo crees que te cambio como ser humano?

K (entrevistada): Creo que... me cambió... para bien, me cambió para bien porque al conocer que... primero me decepcioné mucho... me decepcioné de la clase de personas que hay, pero al mismo tiempo me llenó saber que soy una excepción y que dentro de lo malo hay cositas buenas que te dejan; (3:24)

A: Okay y en tu experiencia ¿en qué te cambió tu año de internado?

M (entrevistado): Me cambió en muchas cosas podría clasificarlas así para no hacerlo tampoco más confuso; mi carácter emocionalmente, en mi persona, o sea, en mi personalidad... yo creo que me hizo más responsable, mucho más responsable, mucho más serio, más participativo en las cosas en las decisiones, sí sentí mucha madurez, o sea, realmente veo diferente el mundo

porque entiendes que muchas de las cosas que antes hacías “Ay güey es que eso sí me molesta mucho que... o sea me hagan esto me molestó un chingo” O “que pase eso en el mundo me molesta un verguero” dices “güey Qué pedo conmigo la neta pensaba pura pendejada” o ... y ahorita ves la necesidad de la de las personas dices “güey obviamente hay cosas más importantes que eso” pero no lo sabes o crees entender eso, pero no (5:23)

M: empiezas a priorizar cosas yo empecé a priorizar cosas en... empezó a soltar un chingo de pendejadas de “eso no lo necesitas güey eso qué chingados importa si lo tengo no lo tengo, realmente lo que necesito es chambear un chingo, ganar un buen dinero, vivir sin preocupaciones” ¿no? o sea, es una forma de pensar que yo no tenía antes todo se me hacía así de “si lo hago güey, si lo puedo hacer güey... y un pinche carro y una casa bien verga con alberca y y no quiero tener hijos y voy a gastar mi dinero me voy de viaje güey a la verga” yo ahorita ya no realmente no, realmente ahorita digo “güey una casa donde yo pueda dormir y san se acabó donde no tenga que preocuparme por pagar la renta, los servicios y que si me pasa algo pueda tener para salir adelante” o sea, y ese tipo de cosas. Académicamente todo lo que aprendí en la escuela lo que alguna vez leí, lo integré en este año o sea, todo se unió todo lo que tenía en la mente... ese rompecabezas se terminó de armar y encajaron piezas que puta, ni sabía que existían esas esas piezas pero encajaron porque es una manera bien diferente de aprender o sea, es bien diferente leer sobre las cascadas a ir a ver una cascada ver cómo corre el agua y que todo ese tipo de cosas es bien diferente, es bien diferente Leer sobre la diabetes y ver un paciente descompensado por diabetes a ver cuál es el tratamiento, a ver cuál es el manejo... cuántas veces tienes que ver al paciente diabético qué es lo importante, que es lo que no deben de comer que es lo que sí deben de comer ¿no? todo ese tipo de personas las integras en este año. Te vuelves más consciente de lo que sabes porque hay muchas cosas que dices “ah no no no no no yo no sabía que sabía eso”. Pregúntame algo y es como “Ah sí sí me acuerdo güey es esto esto y esto y dice sí ... Y eso cómo lo vas a usar”, ah pues entonces empiezas a decir... empiezas a usarlo de verdad y se vuelve ya a más... a manera de lógica, lo sabes ahora sí sabes cómo lo vas a usar, para qué te sirven o úsalo entonces ya lo empiezas a implementar académicamente crees un chorro, o sea, en tu educación crees... es un verguero y como médico, como como personal médico te hace más humano... mucho más humano, no ves... no ves a los pacientes ...no... ves a las personas en general de la misma manera siempre estás buscando algo, siempre estás buscando de eso “que será que tiene ese señor, güey no sé o sea, se acaba de esa tos que tiene el

señor esa lo escuché en el hospital, güey no” y pasas en la calle alguien tose y dices “güey o sea, parece tuberculoso” o sea, empiezas a ver cosas ya así... como médico lo cual es medio triste porque ya no te puede salir ¿no? o sea, ya no puedes ver la vida como antes la veías... “güey tose alguien no mames que no me tosa” encima es lo único que pensabas, pero ahora quieres “Oiga señor le puedo hacer un esputo” ¿no? “le puedo tomar un exudado para para estudiarlo” ¿no? Ya sé, pero tu pinche cabeza ya piensas muy diferente, ya te interesa ¿no? O sea, realmente empiezas a ver de frente a las cosas (5:25)

M: ves diferente las cosas... ahora sí quiere saber, o sea, realmente empiezas a ahora sí... si quieres ayudar, ahora si quieres... antes son palabras realmente antes eres mamón con tu descripción de porque quieres ser médico, para ayudar al mundo, para curar niños... no lo sientes, nunca lo has hecho realmente... nunca lo ha sido y güey “¿en qué te puedo ayudar?, en que me quedo contigo, te cargó, me meto al baño, te doy esto, te doy lo otro” veo que mejoras no, o sea, jamás... (5:26)

3.11.3 SECUELAS DEL INTERNADO

Al salir del internado, después de todo el desgaste físico y emocional, se ven secuelas físicas, sociales y emocionales; el traspaso de comida, la carga de estrés, etc., como menciona Pepe; para él, las secuelas más notorias que tuvo después de este año fueron las físicas, ya que, anteriormente ha mencionado que por la mala alimentación hoy en día sufre de gastritis, otra secuela física que menciona Fernanda es la alteración del sueño, ella comenta que, incluso cuando llegaba de guardia e iba a dormir llegó a levantarse algunas ocasiones pensando que ya no llegaba a tiempo al hospital, por otro lado, las secuelas sociales; Mauricio en su entrevista alude que, intentar conectar con el exterior, averiguar la vida que había después del hospital era un reto, como también menciona Marisol, aunque ella se refiere conectar con su familia y amigos más que con el exterior, Marisol la secuela emocional más destacadas que tuvo después este año era la desmotivación que tenía para realizar algunas actividades que ella solía y disfrutaba hacer.

F (entrevistada): cuando llegas a tu casa es así como “ah bueno, ya” muchas veces me pasó que me despertaba y espantada, el mismo día que llagaba me despertaba y decía; “no manches, ya no

llegue al hospital” y me empezaba a cambiar o a veces me dormía con la ropa del hospital y me decía mi amiga; “no, perate son las 9 de la noche, acabas de salir de guardia” si te trastorna tantito si me paso como dos o tres veces que me desperté así dije “no manches, ya no llegué de verdad” pero te acostumbras, pero los primeros meses si es feo, (2:50)

M (entrevistada): si sentí que afecto mucho en mi vida social, en mi vida familiar, en todos los aspectos, y en mi porque sentía que ya no tenía... por así decirlo, una motivación, una emoción por hacer otras cosas, por ejemplo, que me gustaba tocar ya no me gusta... ya no tengo esa motivación de tocar o de no sé leer una novela, cosas que me gustaban hacer antes, perdí mucha la motivación en esas cosas (4:22)

M (entrevistado): obviamente se me acabó la vida social cuando entre, entonces si trataba de reconectarme otra vez con el exterior ¿no? de “güey, no mames ¿a poco ya abrieron otro antro?, güey no mames o sea ya que la de... esta cuando salió?” ¿no? ese tipo de cosas “no güey, no mames esa canción no la había escuchado, güey...” (5:18)

P (entrevistado): pero también la carga de trabajo llega a cobrarte después el todo lo que tú... los desvelos, los trasposos de comida, la carga de estrés eh... llega en un punto en el cual ya te pasa factura todo eso (6:4)

3.12 PREPARACIÓN ANTES DE SER MIP

3.12.1 PUNTO DE VISTA RESPECTO A LLEVAR UNA PREPARACIÓN PREVIA AL INTERNADO

Respecto a la preparación que refieren los entrevistados, se dividen en dos tipos de preparación; académicamente, argumentando que la mejor preparación para entrar al internado es un pre-internado o un curso antes de entrar al hospital para conocer cómo funciona, por ejemplo, en el caso de Carlos, ya que el hospital donde realizó el internado era de nueve pisos resultaba ser desventajoso para él poder realizar todas las tareas que se le asignaban por no saber cómo se organizaba el hospital o las áreas que correspondían a cada piso, e independientemente de eso,

el sistema del sector salud en Nuevo León resulta muy diferente que al de Chiapas, Carlos coincide con el sentir de Mauricio y Pepe respecto a los conocimientos académicos; “debería” cada interno traerlos de carrera que, al menos en el estado de Chiapas, consta de ocho semestres, ahora bien, en otro punto sería la preparación psicológica, como mencionan Kathia, Marisol y Fernanda, debería ser una preparación para ver, de acuerdo a la personalidad que tienen cada uno, cómo reaccionarían a determinada situación que se les presente durante este año o una preparación previa y darle seguimientos sobre manejo emocional y cómo canalizar ciertos sentimientos que pueden adquirir en el hospital porque, no todas las personas llegan a ser amables dentro del hospital, sea personal del hospital, familiares de los pacientes o los mismos pacientes, incluso lo vuelve a mencionar Pepe; el personal médico determinado día a la semana en este año llevan sesiones académicas, pero para el sería bueno que hubieran sesiones psicológicas, para preguntarles, por ejemplo, su sentir, si han pasado un mal rato o como resolver algún mal momento que pasen en días previos de alguna sesión. En conclusión, el refuerzo académico y de conocer cómo trabaja un hospital es imprescindible, como podría ser en el ideal de un buen sistema del sector salud, llevar dentro de este año apoyo psicológico a los médicos internos de pregrado, como en su momento a los residentes de las especialidades, ya que, en palabras de los entrevistados, ser residente es aún más duro emocionalmente y la sobrecarga de responsabilidades.

Sobre preparación psicológica que aluden los entrevistados, Hernández y Dickson (2014), Señalan que la regulación de emociones tiene un papel importante, por ejemplo, cuando se da una mala noticia al paciente y/o familiares se requiere la habilidad de no dar respuestas “emocionalmente descontroladas” o tener respuestas más asertivas por motivo que el paciente, como los que lo acompañen, están al tanto de lo que exprese el médico, verbal o no verbal, es así que, durante la formación médica se pretende que aprendan la regulación de emociones ya sean negativas o positivas, sin embargo, esta regulación de emociones implica, como lo señalan las autoras, un paso más allá; consiste en percibir, sentir y vivenciar un estado afectivo y ver las capacidades que tenga de dominar tal emoción que se le presente durante alguna experiencia que tenga durante la práctica clínica. La enseñanza del manejo de emociones durante la formación sería prescindible y darle seguimiento durante la práctica clínica, como es el año de internado, dará paso a los médicos en formación conectar emoción-pensamiento para así ayudar a raciocinar más inteligentemente y tomar mejores decisiones cuando lo necesiten. (p. 4)

A (entrevistadora): ¿Piensas que para entrar al internado como estudiante de medicina sería lo ideal llevar una preparación previa?

C(entrevistado): Mira hay muchos temores en cuanto entrar al internado, obviamente necesitas una preparación que solamente te lo da la carrera el hecho de estudiar 4 años, 5 años de medicina te prepara para el internado, es muy difícil que te puedan decir que en un mes vas a tomar un curso y vas a llevar tu internado eso es prácticamente imposible, te digo ahí vas a desarrollar todas las habilidades y aptitudes que tuviste en toda la carrera a lo mucho si está bien, no sé, una semana de capacitación de cómo funciona el hospital, como están las áreas divididas en el hospital y cómo vas a trabajar, eso sería lo único, obviamente lo demás ya lo traes de toda la carrera (1:19)

A: Ok, tu ¿considerarías que es necesario para los que se van al internado llevar un procedimiento como para prepararse? Porque mencionas al principio que es el miedo de lo que pasaba aquí cómo es en Nuevo León, entonces ¿consideras tú que es necesario llevar un procedimiento para prepararse a las personas que se van al internado?

F (entrevistada): No sé si ese procedimiento se puede haber en las clínicas porque hay clínicas que hay doctores dependiendo de la materia que te hacen hacer guardias, entonces, en la guardia la enfermera a veces si sabe que el doctor tal trae a sus alumnos y te tratan como un estudiante o sea les vale pero no sé qué tan bueno o malo seria, digo yo que sería como una misma clínica (2:42)

F: pero no sé qué tan bueno sería o tendría que ser un punto en el que verdad vaya como que muy enfocado... pues ahora sí en lo psicológico porque en lo practico eso es tuyo tú lo leíste tú lo aprendes, pero como lidiar con eso, como lidiar con la gente que te hace la vida imposible... si de por si es un cambio muy feo y drástico el internado (2:45)

A: Okay, y ¿crees que sería bueno que el estudiante de medicina antes de entrar al internado tuviera una preparación? Quizás...

K (entrevistada): ¿en qué aspecto? ¿psicológico?

A: De las dos maneras

K: Yo creo que más en el área de psicología, o sea, yo siento que ahí sí es necesario prepararnos... preparar qué vas a estar consciente y saber canalizar, todo eso saber cómo llevarlo porque eso también afecta bastante, en el área de lo práctico de la medicina la verdad hay cosas que no te enseñan en la facultad que vas a tener que hacer y no precisamente te lo tienen que enseñar antes, no hay como manera de adivinar ¿qué es? tú vas aprendiendo a saber qué es, la mayoría de las cosas son prácticas y lo aprendes, lo aprendes, o sea allá lo aprendes sí o sí, allá es una carga muy fea muy pesada que, por ejemplo, yo no hallaba como... y ¿cómo lo hacía? pues llorando entonces creo que sí hay que prepararlos hay que... lo que va a ser... va a ser así y “¿sabes qué? llorar está bien, no hay de qué preocuparse, si lloras vas a te vas a sentir mejor” no es que seas débil sino es que tienes que sacarlo y aprender hacer todo en equipo es muy importante hacer todo en equipo todo es más fácil (3:32)

A: Ah ok, y ¿tú crees de...? que sería, o sea, plantearlo en algún momento, como que ¿llevar un tipo de proceso psicológico o pre internado?

M (entrevistada): Antes, si

A: Ajá

M: Yo digo que eso ayudaría bastante para ver cómo es la persona y cómo reaccionaría antes algunas cuestiones que se produzcan en el... durante el internado, porque yo pienso que si tiene que ver mucho la forma de ser de una persona, por ejemplo, por si una persona es muy... no sé, muy... este... tímida o con un estado de ánimo bajo, entonces, a esas personas les va a afectar más toda la problemática que vean del hospital... que sí la enfermera ya se enojó con el... si lo insultó el paciente, que si se enojó el paciente, que si el adscrito lo regaña porque no estudió... todo eso obviamente le va a afectar más que otra persona con un estado de ánimo más elevado, una persona este... más... este más... activa, más motivada... todo eso le va a influir menos en su... en sus emociones, en su ánimo que la otra persona

A: Ah ok

M: Eso sí, yo creo que es importante llevar como algo este... una asesoría psicológica eh... para que pues el en sí entienda a lo que se va a enfrentar y cómo poder este... resolver, en dado caso que se encuentre con un problema así (4:41)

A: ¿Consideras que para tener...? o sea, cuando tienes este impacto dentro del hospital de todo lo que vive día a día durante un año, ¿consideras que hay que tener una cierta preparación previa para entrar al internado?

M: sí sí

A: ¿En qué aspecto?

M (entrevistado): Yo creo que sí, en una mentalización previa que te mentalices previamente para lo que te espera allá dentro para todas las cosas que vas a tener contacto sí... sería muy bueno si existiera una manera de hacerlo, sería chingón porque entras en crisis muchas veces porque como nunca has estado en contacto entras en crisis entradas de que “güey qué pedo estoy demasiado impactado” si existiera sí, pero realmente no encuentro una manera de cómo prepararte para ver lo que sientes lo que tocas para verlo, lo que hueles para lo que saboreas

A: ¿A ti cómo te hubiera gustado prepararte antes?

M: Tal vez acudir previamente al hospital poco a poco ir saboreando ese pedo ir sintiendo eso... los vergazos antes de meterme al ring hubieran estado bien no lo hice porque todo mundo me decía “güey es una pérdida de tiempo” ¿no? mi hermano me lo decía “para que vas a hacer porque existe el frente armado, Para qué vas hacer pre-internado lo que te corresponde a ti como estudiante es leer de a madre para que lo que sepas lo llegues a aplicar allá” porque todo mundo quiere hacer pre-internado porque haces cosas... porque canalizas, porque tomas muestras, porque suturas, porque eso te gusta, porque eso te apasiona, porque eso te hace sentir bien, pero, él me decía “güey tú no vas a hacer eso, tu función como médico no es hacer eso, tu función como médico es saber qué chingados tiene y cómo le vas a hacer... entonces mejor lee, entonces lo que vale de ti es tu cerebro güey lo que qué tan habilidoso seas o sea entonces mejor lee” entonces dije “Ah pues sí tiene razón” para mí sonó algo bien chido, pero, entonces me estaba perdiendo de la experiencia de estar en contacto con las personas que siento la neta siento que... que si un médico no tiene contacto con los y de fácil y si tú pudieras desde el comienzo de la carrera estar en contacto con los pacientes estaría chido, pero, sería dedicar mucho tiempo de tu vida, mucho tiempo de tu... de tu formación a estar muy entregado a la medicina, o sea, requiere mucha entrega sí... si eso quisieras si realmente empezarán las escuelas a decir “bueno van a

estudiar pero en vacaciones se van a ir un mes al internado sea un pre internado” puta sería mucha mucha (5:28)

M: dedicación, pero lo que más quieres saliendo del estudio por la friega de la universidad es no... no hablar de medicina, es no estar en el medio, te agotas... te agotas, (5:29)

M: entonces yo creo que esa sería una muy buena manera ir poco a poco probando el hospital (5:31)

A: ¿Consideras tú, Pepe, ¿que los médicos que están a punto de entrar al internado deberían de llevar una preparación previa? Y ¿de qué tipo?

P (entrevistado): Sí claramente, porque tú como médico llevas... ahora si la teoría durante 4 años, nunca te dicen cómo poner una sonda, cómo hacer tu primer parto, entonces son situaciones ...es de que ya estás en el hospital sabes que haz esto y tú dices “¿qué hago? ¿dónde inició? ¿qué hago?” dónde viene (6:23)

P: toda la tarea dentro de ti si cambiaría ese punto, de hecho hay universidades que manejan el pre-internado, qué es el último semestre de la carrera que estos tipos de alumnos se van a hospitales de segundo nivel y tercer nivel que están durante un semestre y ellos ahora que si hacen labores de lo que hacen un interno, claramente uno tiene una mentalidad diferente de un interno y cuando llegas tienes otro tipo de perspectiva; que nada más se utilizan para sacar laboratorios suturar y pues te hacen a un lado completamente en lo académico entonces, sí sería muy bueno que las universidades implementará un semestre de pre-internado para que los alumnos se vayan preparando psicológicamente y mentalmente todo este... o sea, para ver cómo van a ser las jornadas de trabajo, cómo se van a enfrentar... ahora sí personas... porque me tocó estar con compañeros que ya son papás entonces, en ese aspecto pues se cambia un poco todo cambia absolutamente todo su... este... su perspectiva porque si llegas cansado llegas a atender a tu hijo no llegas a dormir entonces, sí sería eso implementar el pre-internado antes del internado un semestre antes de salir a la carrera para estar un poco mejor preparados y no que no se agarran desprevenidos obviamente las circunstancias del hospital te hace que te adaptes también rápidamente, soy una persona que me adapto ahora sí... rápido si me pongan en calor me pongan en frío y ahora sí me adapto, más que nada de cómo es el tipo de persona depende mucho la actitud con la que llegas al hospital, a veces si puedes tener un pre-internado pero a veces ese

tipo de alumnos llegan con un poco más de “yo... yo estuve un semestre así, ustedes son los nuevecitos yo ya estuve en el hospital”... y volvemos a caer en lo mismo en lo de las jerarquías (6:24)

A: Okay mencionaste que también una preparación psicológica, ¿cómo piensas que sería esta preparación? o ¿cómo la idealizas? vaya o ¿cómo te gustaría que fuera?

P: Ay cómo sería (...) bueno psicológicamente como te digo hay personas que son un poco más... más débiles que no están como acostumbrados a que una persona les... los mande, les grité y son personas que rápidamente se quiebran entonces, siento, o sea, hacerte un poco más fuerte en ese aspecto ay... no sé cómo expresarlo cómo piensa... bueno pues, sesiones dentro del mismo internado sesiones con un psicólogo, a quién expresarle cómo es la vida dentro del hospital... Y pues de esa manera hay alguien quien les vaya diciendo cómo enfrentarlos o cómo actuar en diferentes situaciones porque a veces uno actúa mal así por instinto y por lo que tú piensas que está bien, pero a veces si tienes una persona que te indique “oye sabes que debes de tomar esta decisión, yo opino que hagas esto y esto” con el apoyo de alguien más y sesiones de cómo es el trato en el hospital cómo aprender a sobrellevar todo ese tipo de situaciones para que determinado tiempo tampoco te hagan sentir mal y estar preparado como para decir “Ah bueno yo esperaba esto, así lo que tú me dices Pues casi casi no me hace nada”. Entonces si... la sesiones más que nada durante el internado porque si se hace sesiones académicas... académicas, pero nunca han hecho una sesión psicológica en la cual dijeran cómo te sientes, cómo te la estás pasando el internado ahorita tú qué harías te saldrías nada... entonces nos dejan un poco a la deriva entonces, eso es lo triste de los hospitales (6:26)

3.13 ¿QUÉ SE CAMBIARÍA DEL INTERNADO?

3.13.1 PUNTO DE VISTA PERSONAL SOBRE HACER CAMBIOS EN EL HOSPITAL DONDE SE HIZO EL INTERNADO, OPINIÓN PERSONAL SOBRE CAMBIAR ALGO DEL INTERNADO

Entre los entrevistados, Carlos considera que no cambiaría nada del internado, ya que, le fue ameno, al igual que a Mauricio, que menciona que no cambiaría los malos ratos que se viven en el hospital, ya que, esos malos ratos forjan “el carácter” del médico, pero si cambiaría el acoso que se vive dentro. Por otro lado, Fernanda menciona que, cambiaría a algunos Residentes por la experiencia no tan agradable que tuvo con alguno de ellos en Monterrey, sin embargo, Pepe y Marisol coinciden en cambiar las jornadas de guardia, ya que, 36 horas resulta ser demasiado para ellos, Pepe menciona que, no es lo mismo atender a un paciente cuando se está descansado a comparación de salir de guardia y estar mal dormido. Por último, Kathia concluye con que cambiaría la mentalidad del personal del hospital a beneficio de ellos y de los pacientes, porque le resulto difícil en este año trabajar con el demás personal y sus compañeros de rotación que le fueron asignados en el internado.

A (entrevistadora): Ok, bueno en tu experiencia ¿cambiarías algo del año del internado?

C (entrevistado): No yo creo que no cambiaría nada, me gustó mucho realmente (1:17)

A: ok, por últimas palabras si pudieras cambiar algo del hospital o de tu internado... ¿Qué sería?

F (entrevistada): A los residentes, a lo mejor alguno residentes (2:54)

F: ¿qué cambiaría? a los residentes, algunos, no a todos los residentes porque algún día aspiras a ser residente, pero, que cambien esa manera (2:58)

A: Okay, bueno durante este año... ahorita ¿qué cambiarías de tu internado? ¿qué cambiarías en general de pasar un año de internado?

K (entrevistada): ¿Qué cambiaría?... de todo lo que pase en mi experiencia yo creo que... no cambiaría nada, no cambiaré nada porque considero que no dejé mis principios por tomar otros,

fui muy fiel a mí y siento que no afecte otras personas, que todo lo que hice fue por y para un bien porque hoy día sé que varias personas ya tomaron eso que yo hice y ya no lo normalizaron tanto... me he enterado que después del precedente... otras personas se han quejado, como que deje una huellita entonces siento que no no cambiaría nada tal vez hacerlo en otro hospital, eso sí cambiaría incluso irme a otro estado porque aquí está cañón (3:26)

A: Y del hospital donde hiciste tú internado ¿qué cambiarías?

K: Uy... eso sí son palabras mayores (risas) pero cambiaría yo creo que hay que cambiar la mentalidad de todo el personal ¿por qué? porque están muy acostumbrados a la corrupción en pequeñas escalas porque están tan acostumbrados... más que nada a que hagan el trabajo por ellos, a que deben de mentalizarse de que deben de cumplir su función, reciben un salario y deben desempeñarse en su función hacer su trabajo y si todos hacemos nuestro trabajo todo fluye perfecto, pero precisamente porque hay tantas mañas (3:27)

K: pero en cambio si todos hacen su trabajo todo fluye más, es hasta más... el ambiente es menos tóxico para todos, para el paciente en si es el beneficio para él y al final siempre se trabaja para el todo sería más fácil si no encontrarás esas trabas... que todos hagan su trabajo, pero requiere tiempo (3:29)

A: Ya, ¿qué cambiarías de todo... de toda esta dinámica que viviste en el internado? O sea, si pudieras cambiar algo ¿qué... qué sería?

M (entrevistada): Pues primero la carga de trabajo porque son muchas horas que estas allí y para mi... bueno, cada uno tiene su método de trabajo, su método de estudio también ¿no? Pero, por ejemplo, a mí me funciona más estar pues descasada, relajada, este... pues ya, alimentada y así tener una mejor... un mejor este... laborar de mejor manera (4:37)

A: Okay, ¿Y qué cambiarías de los ambientes... los distintos ambientes hospitalarios que viviste en el año de internado?

M: ¿Qué cambiaría... como en ¿qué aspecto?

A: Si, o sea que... ¿qué hubieras querido que no pasará? Así que... cambiarías un mal rato así

M (entrevistado): Pues los... los malos ratos no, porque siento que sí... me siento más duro hasta cierto punto, no aprendes a recibir el putazo de una persona, o sea, es otro güey más que

se hace pendejo, o sea, no me... no me hace sentir tan mal y eso te ayuda a formar un poco más de juicio ¿no? a quien sí hacer caso o a quién si sabes que te puede ayudar y quién no... no sé, te importa lo que piensa tu familia, pero no lo que piensan el hospital, pero bueno, que cambiaría... no lo sé realmente quisiera decir algo, pero creo que no tengo nada que cambiar... bueno lo del acoso... eso es lo que cambiaría neta, eso... (5:32)

A: Bueno Pepe, ¿qué cambiarías tu del internado? En... dices que lo hiciste en la ciudad de Tuxtla Gutiérrez y que fue rotatorio ¿qué cambiarías de...?

P (entrevistado): Bueno principalmente pues lo académico pues a veces por el alto nivel de pacientes en diferentes servicios las clases se suspenden te dicen “sabes qué doctor te vas a preparar un tema de neumonía y lo vamos a ver el día de mañana después del pase de visita de la tarde” para ser exactos a las 4 de la tarde, preparas tema, pero por x motivo llegó un paciente grave hay mucho trabajo entonces las sesiones académicas ya no se llevan a cabo entonces, cómo desperdiciar (6:27)

P: también tiempo porque es un... es un año en el cual tú también tienes que forjarte académicamente es prácticamente y académicamente entonces, en esa parte mejoraría mucho las sesiones pues yo evaluaría a quienes están a cargo de los internos porque los jefes de enseñanza personas que estén capacitadas personas que realmente estén pendientes de nosotros porque... ni cómo nos estaban tratando entonces sí, son situaciones que yo estaría... evaluaría más que nada al jefe de enseñanza que estaré a cargo de los internos y pues de qué médico va a estar a cargo de los internos en cada servicio porque hay doctores que pues nada más lo hace nomás por... por tenernos bajo su custodia pero para enseñarlos no son muy pocos, cambiaría el tipo de alimentación... un poco balanceada porque realmente si se pierde mucho por ejemplo, yo ahorita tengo una gran gastritis secundaria al internado entonces, no comes a tus horas... implementaría que hubiera una hora exacta desayuno una hora exacta de comida pero... estamos en un medio que también... que la demanda de trabajo es mucho entonces, puedes tener tu hora establecida de comida pero qué tal en ese momento te llegó un paciente grave entonces no vas a ir a comer por dejar tu paciente o simplemente que las cocinas no sé... te guardarán tu comida, dejarás tu credencial o canjear la comida no es que de repente... se acaba la comida, ya no ajustaba o ya había pasado la hora de comida y te quedaba sin comer entonces te ibas por un yogur y unas galletas y ... las horas de trabajo, las horas de guardias las haría un poco más... las

haría menos pesadas, menos tiempo para que también el interno pudiera rendir un poco más y tener un mejor desempeño, desarrollo, desenvolvimiento en sus áreas porque no es lo mismo tener 36 horas seguidas y te mandan a estudiar y ver un paciente que ya tengas... estés un poco descansado y estés menos estresado entonces, todo eso siento que implica al final de cuenta en el trato que le hace a los pacientes, no es lo mismo cuando tratas a un paciente cuando llegas “Hola buenos días” a cuando ya pasaron a ser de 36 horas y ya estás estresado ya no quieres ni saludar ni ver a nadie por eso mismo, cambiaría las jornadas de guardias más cortas para hacer más amena... más amenos el trabajo y poco más fácil (6:30)

CONCLUSIÓN

Dentro del análisis expuesto sobre la experiencia que vivieron los médicos entrevistados en su internado de pregrado, se llegó a la conclusión que los principales factores que determinan la experiencia de atravesar este año de formación son; el instituto de sector salud donde se realizará dicho internado, si el médico pupilo es hombre o mujer, su historia de vida y las relaciones que llegue a formar dentro del hospital, ya que, dichas relaciones pueden hacer una experiencia amena o no, sin embargo, hay irregularidades en el sector público que pasan a perjudicar un buen quehacer clínico, como la carencia de personal o insumos médicos para dar una buena atención a la población, esto repercute directamente a la relación que se tiene con los pacientes dando paso a que se estigmatice al médico y a su labor. Una de las dificultades que se atravesó en esta investigación fue la resistencia de algunos entrevistados respecto a la demostración de sentimientos o expandir más el discurso respecto a su sentir en ese año, este factor es gracias a la formación que tuvieron; abstenerse de mostrar emociones cuando narran malas experiencias y, es más acentuada la resistencia de no querer concentrarse emocionalmente con lo que pasan en este año.

Por otro lado, se enfatiza la necesidad dentro de la formación y/o planes de estudios de facultades de medicina pongan más interés en reforzar la difusión y cuidado de la salud mental en los jóvenes médicos, ya que, no se pone en duda lo difícil que es estar en un hospital lleno de responsabilidades en el quehacer clínico y mucho menos, la elevada demanda de la población sobre las necesidades que tenga, estas dos constantes situaciones en algún momento llegan a ser un desencadenante estresante que pueden traspasar la salud emocional de los médicos. Ahora bien, se tiene en cuenta que el gremio médico no replanteara las maneras de enseñanza a corto plazo, sin embargo, las nuevas generaciones de médicos cada vez se manifiestan más sobre cambiar las maneras de enseñar que se dan dentro de las Facultades de Medicina, como en el hospital para que puedan haber resultados positivos al servicio de la población, y más que nada para disminuir el abandono de la carrera o padecimientos psicológicos, otro punto importante de mencionar es la influencia del movimiento feminista en estos últimos años, ya que ha tomado gran fuerza para la mujeres y sobre todo, en las médicas

para no dejar que médicos de mayor grado académico influyan en decisiones o tratos en sus prácticas clínicas y denunciar el acoso que llegan a sufrir, sea laboral o sexual.

Asimismo, con esta investigación se percataron las estrategias que se utilizan para ejercer poder dentro del hospital y subordinar al médico interno de pregrado, afectando su quehacer clínico como su salud mental, sin embargo, el médico interno normaliza estas estrategias y las adopta como necesidad para forjarse en esta profesión y así, finalmente lograr ser del gremio que tanto aspiran a formar parte. Se invita a los futuros investigadores de este tema puedan indagar más en la historia de vida de los médicos para profundizar cómo influye experiencias pasadas en cómo viven el internado de pregrado, igualmente se invita a las escuelas de medicina que le den la importancia debida a la salud física y mental de sus médicos aprendices para que puedan mejorar la formación de sus médicos, así como también puedan conservar el sentido humano de esta profesión.

REFERENCIAS

Acosta, Martín. Aguilera, María. Pozos, Blanca. Torres, Teresa. Parra, Liliana. (2017) Vivencias y experiencias de médicos residentes mexicanos durante su primer año de formación académica. *Investigación en educación médica, vol. 6* (núm. 23) 169-179

Álvarez, Asunción. Torruco, Uri. Morales, José. Varela, Margarita. (2015) Aprender sobre la muerte desde el pregrado: Evaluación de una intervención educativa. *Revista Médica Del Instituto Mexicano del Seguro Social, vol. 53* (núm. 53) 630-637

Barbera, Nataliya. Inciarte, Alicia (2012) Fenomenología y hermenéutica: dos perspectivas para estudiar las ciencias sociales y humanas. *Multiciencias, vol. 12* (núm. 2) 199-205

Bolio, Antonio. (2012) Husserl y la fenomenología trascendental: Perspectivas del sujeto en las ciencias del siglo XX. *Reencuentro, vol. (núm. 65)* 20-29

Cadena, Pedro. Rendón, Roberto. Aguilar, Jorge. Salinas, Eileen. De la cruz, Francisca. Sangerman, Dora. (2017) Métodos cualitativos, métodos cuantitativos o su combinación en la investigación: un acercamiento en las ciencias sociales. *Revista Mexicana de Ciencias Agrícolas, vol. 8* (núm. 8) 1603-1617

Castro, Roberto. (2014) Pautas de género en el desarrollo del habitus médico: los años de formación en la escuela de medicina y la residencia médica. *Salud Colectiva, vol. 10* (núm. 3) 339-351

Cocimano, Fernando. (2016) Louis Althusser. La reproducción como desvío. A propósito de Sobre la Reproducción. *Utopía y Praxis latinoamericana, vol. 21* (núm. 74) 111-122

Consejo, Carolina. Viesca, Carlos. (2005) Ética y poder: formación de residentes e internos. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, vol. 43* (núm. 43) 1-3

Cruzado, Lizardo (2016) La salud mental de los estudiantes de medicina. *Revista de Neuro-Psiquiatría, vol. 79* (núm. 2) 73-75

Derive, Stéphanie. Casas, María. Obrador, Gregorio. Villa, Antonio. Contreras, Daniela. (2017) Percepción de maltrato durante la residencia médica en México: medición y análisis bioético. *Investigación en Educación Médica*, vol. 7 (núm. 26) 35-44

Fernández, Enrique. (2017) Una mirada a los desafíos de la educación superior en México. *Innovación educativa*, vol. 1 (núm. 74) 183-207.

Fuentes, Ricardo. Manrique, Carolina. Domínguez, Octavio. (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*, vol. 21 (núm. 1) 29-36

Fuster, Doris. (2019) Investigación cualitativa: Método fenomenológico hermenéutico. *Revista de psicología educativa*, vol. 7 (núm. 1) 201-229

Gómez, Rosa (2012) El médico frente a la muerte. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, vol. 32 (núm. 113) 67-82

González, Isaura. Chávez, Arturo. García, Ricardo. González, Alejandro. Orozco, Imelda. Sandoval, Linda. (2004) Relación estudiante de medicina-paciente: la perspectiva de los usuarios de un hospital escuela. *Investigación en Salud*, vol. 6 (núm. 3) 188-193

Hernández, Clara. Dickinson, María. (2014) Importancia de la inteligencia emocional en Medicina. *Investigación en Educación Médica*, vol. 3 (núm. 11) 155-160

Hernández, Francisco. Castillo, Tzeithel. Mendoza, Kryssna. (2017) Efectos de las guardias en habilidades cognitivas en estudiantes de especialidades médicas y médicos internos de pregrado. *Revista CONAMED*, vol. 22 (núm. 1) 17-22

Munayco, Fernando. Cámara, Anais. Muñoz, L. Arroyo, Hugo. Mejia, Christian. Lem, Felix. Miranda, Ubaldo. (2016) Características del maltrato hacia estudiantes de medicina de una universidad pública del Perú. *Revista peruana de Medicina Experimental y salud pública*, vol. 33 (núm. 1) 58-66

Ortiz, Silvia. Jaimes, Aurora. Tafoya, Silvia. Mujica, María. Olmedo, Victor. Carrasco, José. (2014) Experiencias de maltrato y hostigamiento en médicos residentes. *Cirugía y cirujanos*, vol. 82 (núm. 3) 290-301

Palmer, Yusvisaret. Prince, Roberto. Medina, María. López, Daniel. (2017) Frecuencia de rasgos de depresión en médicos internos de pregrado del Instituto Mexicano del Seguro Social en Mexicali, Baja California. *Investigación en Educación Médica*, vol. 6 (núm. 22) 75-79

Piedra, Nancy (2005) Relaciones de poder: leyendo a Foucault desde la perspectiva de género. *Revista de Ciencias Sociales (Cr)* vol. 4 (núm. 106) 123-141

Quecedo, Rosario. Castaño, Carlos. (2002) Introducción a la metodología de investigación cualitativa. *Revista de Psicodidáctica*, vol. 7 (núm. 14) 5-39

Ramírez, Fabián. Zwerg, Anne. (2012) Metodología de la investigación: más que una receta. *AD-minister*, vol. (núm. 20) 91-11

Rodríguez, Mayela. Sanmiguel, María. Muñoz, Antonio. Rodríguez, Carlos. (2014) El estrés en estudiantes de medicina al inicio y final de su formación académica. *Revista Iberoamericana de Educación*, vol. 66 (núm. 66) 105-122

Sánchez, Adelita. Flores, Rosalinda. Urbina, Rosario. Lara, Norma. (2008) Expectativas y realidades del internado médico de pregrado. Un estudio cualitativo. *Investigación en Salud*. *Investigación en salud*, vol. 10 (núm. 1) 14-21

Sánchez, Melchor. (2016) La formación de médicos y especialistas: ¿Ya no los hacen como antes? *Investigación en educación médica*, vol. 5 (núm. 18) 65-66

Sepúlveda, Ana. Mota, Alma. Fajardo, Germán. Reyes, Isabel. (2016) Acoso laboral durante la formación como especialista en un hospital de pediatría en México: un fenómeno poco percibido *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, vol. 55 (núm. 1) 92-101

Troncoso, Claudia. Amaya, Antonio. (2017) Entrevista: Guía práctica para la recolección de datos cualitativos en la investigación de salud. *Rev. Fac. Med*, vol. 65 (núm. 2) 329-332

Vargas, Ileana. (2012) La entrevista en la investigación cualitativa: nuevas tendencias y retos. *Revista Calidad en la educación Superior*, vol. 3 (n. 1) 119-139