

Aprendizajes de médicos residentes de tercero y cuarto año de especialidad durante el primer año de pandemia por SARS –CoV 2

Aguirre Barbosa, Margarita de Jesús

2024-01

<https://hdl.handle.net/20.500.11777/5965>

<http://repositorio.iberopuebla.mx/licencia.pdf>

UNIVERSIDAD IBEROAMERICANA PUEBLA

Estudios con Reconocimiento de Validez Oficial por Decreto
Presidencial del 3 de abril de 1981



APRENDIZAJES DE MÉDICOS RESIDENTES DE TERCERO Y
CUARTO AÑO DE ESPECIALIDAD DURANTE EL PRIMER AÑO DE
PANDEMIA POR SARS –COV 2.

ELABORACION DE TESIS DE GRADO

que para obtener el Grado de

MAESTRÍA EN INVESTIGACIÓN EDUCATIVA

presenta

MARGARITA DE JESÚS AGUIRRE BARBOSA

DIRECTORA DE TESIS. DRA. ITZEL LÓPEZ NÁJERA

San Andrés Cholula, Puebla. Enero de 2024

Índice:

Resumen.....	5
Introducción.....	7
Implicación.....	9
CAPÍTULO I. Planteamiento del Problema.....	11
1.1. Revisión de la literatura.....	12
1.1.1. Historia de las residencias médicas.....	13
1.1.2. Evaluación educativa de los residentes.....	15
1.1.3. Función de médicos residentes en la pandemia.....	18
1.1.4. Reportes de cambios en la estructura clínica y programas académicos de médicos residentes.....	20
1.1.5 Pase de visita estructurado.....	21
1.1.6. Pase de Visita.....	¡Error! Marcador no definido.
1.1.7. Perspectiva del pase de visita en la pandemia de Covid-19.....	23
1.1.8. Educación médica en tiempos de COVID-19.....	24
1.1.9. Salud mental en médicos residentes.....	27
1.2. Pregunta de Investigación.....	30
1.2.1. Preguntas específicas.....	30
1.3. Objetivos.....	30
1.3.1. Objetivo general.....	30
1.3.2. Objetivos específicos.....	31
1.4. Justificación.....	31
1.4.1. Panorama médico y educativo en los hospitales.....	31
CAPÍTULO II. Marco Teórico.....	34
2.1. Aproximación al referente teórico.....	34
2.2. Relación cara a cara.....	37
2.3. Aprendizajes.....	39
2.3.1 Aprendizaje informal.....	40

2.3.2 El aprendizaje basado en las experiencias.	40
CAPÍTULO III: Marco metodológico.	43
3.1. Tipo de investigación.	43
3.2. Tipo de estudio.	44
3.3. Método.	45
3.3.1. Entrevista a profundidad.	45
3.3.2. La negociación de acceso al campo.	45
3.4. Sujetos de investigación / Población y muestra.	46
3.5. La documentación de los datos.	46
3.6. Estrategia de análisis.	46
CAPITULO IV. Marco Contextual.	49
4.1. Contexto Local o Institucional durante la pandemia por Covid-19.	49
4.2. Hospital General unidad donde se desarrolló el proyecto de investigación.	49
4.3. Cambios en la enseñanza y jornada laboral de médicos residentes a causa de Covid - 19.	50
4.4. Centro médico Virtual de Alta Especialidad.	52
4.5. Casos Covid - 19 en médicos.	52
CAPITULO V. Resultados.	54
5.1. Aprendizaje de los médicos residentes a través de interacción con personal activo. 56	
5.1.1. Interacción con adscrito.	56
5.1.2 Interacción con adscrito en una Interconsulta.	57
5.1.3 Interacción y aprendizaje con otro personal activo.	57
5.1.4 Aprendizaje de los médicos residentes a través de interacción entre pares.	58
5.2 Aprendizaje de los médicos residentes a través de interacción entre paciente-familiar.	59
5.3. Aprendizaje de médicos residentes ante un escenario de COVID.	60
5.4. Aprendizaje informal.	62
5.5. Pase de visita antes, durante y después de la pandemia.	63
5.6. Aprendizaje y toma de decisiones ante un escenario de Pandemia.	65
5.7. Evaluación de los médicos residentes antes y durante la Pandemia.	67
CAPÍTULO VI. Discusión.	70

CAPÍTULO VII. Conclusiones:.....	74
Referencias.	76
Anexos.	87
1. Entrevista.	87
2. Consentimiento informado.	89
3. Glosario.	91
4. Formatos de evaluación residentes.	95

Resumen

El estudio de los aprendizajes ha cambiado a través del tiempo y nos encontramos con nuevas exigencias, nuevos retos y sucesos, en sí una adaptación a las nuevas demandas de la actualidad. Durante el año de pandemia por Sars-Cov2 el sistema de salud dio un giro inesperado en todo el mundo, teniendo como objetivo principal salvaguardar la vida del paciente en riesgo, dejando de un lado todo lo demás incluyendo la educación hacia los médicos, esta investigación parte de esta problemática.

El objetivo de esta investigación fue conocer los tipos de aprendizajes que surgieron y que fueron reforzados durante el año de pandemia en los residentes de tercer año de pediatría y residentes de los últimos años de medicina interna en un Hospital de segundo nivel de atención, es una investigación de tipo cualitativa donde se clasificaron los diferentes tipos de aprendizajes adquiridos de los médicos en formación (médicos residentes); partimos de cuáles fueron los más aplicados por los residentes de tercer año de pediatría y tercero y cuarto año medicina interna por medio de entrevistas a profundidad, donde narran sus testimonios sobre los cambios que aparecieron en su aprendizaje durante la pandemia por Sars-Cov2.

Para esta investigación principalmente se utilizó la clasificación de los aprendizajes de Schugurensky, Schunk y algunas herramientas conceptuales de la teoría de Schütz.

En la investigación realizada los resultados encontrados son que los médicos residentes refieren en sus respuestas que los pacientes han sido como un libro abierto, reflexionaron e interiorizaron actitudes, entendiendo que, para comprender mejor al paciente, para leerlo en profundidad, se requiere una actitud abierta, empática, la cual se debe ir construyendo en el ambiente hospitalario en el transcurso del tiempo, a partir de sus interacciones cotidianas como afirma Schütz. Se tuvo la participación de nueve médicos residentes de tercero y cuarto año de especialidad

de las entrevistas realizadas se puede desprender en el análisis las co-ocurrencias donde observar que la mayor cantidad de co-ocurrencias se encuentran en el “Pase de visitas c/ adscrito” sobre todo en el análisis de sentimiento negativo con una frecuencia de coincidencia de 46 veces, seguida de los aspectos a mejorar con 27 veces de coincidencia, y en tercer lugar de coincidencias se encuentra “Relaciones cara a cara” que coincide 24 veces con un análisis de sentimiento positivo. Los aprendizajes construidos por los médicos residentes a través de interacción con personal activo se observaron que los participantes perciben que aprenden, es la interacción cara a cara, estos aprendizajes se adquieren a través del cuestionamiento que los médicos adscritos y especialistas les hacen durante el pase de visita o en las interconsultas. También señalan que han aprendido del personal de enfermería al interactuar con ellos considerándolos un gran soporte.

Introducción.

El propósito de este trabajo es comprender los aprendizajes construidos por los médicos residentes de tercero y cuarto año de especialidad de un Hospital de segundo nivel durante el primer año de pandemia por Sars-Cov 2 (Covid19); esta investigación pretende contribuir al conocimiento y reflexión sobre el campo educativo en las residencias médicas en un contexto muy particular como es el primer año de pandemia por Sars -Cov-2.

El marco teórico de este proyecto de investigación tiene dos vertientes, por un lado, la posibilidad que nos da Schütz para entender los aprendizajes por medio de la interacción e intersubjetividad que creemos pertinente adaptarlo con las interacciones llevadas a cabo entre médicos residentes en su escenario social que es el Hospital donde se vinculan compartiendo valores, creencias, interacciones cara a cara; y la otra vertiente de aprendizajes formales, no formales e informales que abordaremos con Schunk y Schugurensky. Es un estudio cualitativo donde el instrumento empleado fue la entrevista a profundidad.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), declaró a la COVID-19 pandemia global el 11 de marzo de 2020. En esta situación tan compleja para los sistemas de salud, el personal sanitario y en especial los médicos estuvieron al frente de la atención de los pacientes. Se tuvo que separar en varios grupos al personal de salud: por un lado están los estudiantes de medicina y médicos que están en un pre internado y médicos residentes; pero los estudiantes, por un lado, no son aún médicos graduados, están en formación y dependen principalmente de las instituciones académicas; por otra parte, los médicos residentes son médicos generales que están cursando un posgrado, ya cuentan con una cédula profesional y están sujetos a obligaciones contractuales con la institución donde realizan su residencia, pero sobre todo, tienen obligaciones legales como todo médico en una situación de emergencia sanitaria.(Ley General de Salud. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica) (OPS, 2020).

Durante el año de pandemia por Sars-Cov2 en los ambientes hospitalarios se tenía como objetivo principal salvaguardar la vida del paciente en riesgo, dejando de un lado todo lo demás incluyendo la educación hacia los médicos residentes. Esta investigación parte de esta problemática directamente en su ambiente hospitalario donde se atendían pacientes con diagnóstico de covid.

Este trabajo se basó en testimonios de residentes de tercer año de las especialidades de pediatría y de medicina interna de tercero y cuarto año los cuales estuvieron en la primera línea de contingencia durante el inicio de la infección por Covid-19, estos testimonios realizados a través de entrevistas a profundidad muestran los tipos de aprendizaje que estos médicos recibieron o practicaron, también muestra la interacción cara a cara con sus pares y con los enfermos que en varias ocasiones fueron compañeros médicos; lo que exigió a los médicos residentes una reflexión profunda sobre el proceso de interacción cara a cara. De acuerdo a los hallazgos en este intercambio se pone en juego los conocimientos y los motivos de cada uno de los actores sociales y las formas de aprendizaje.

La investigación se enfocó en el primer año de pandemia porque en este año en particular se suscitaron grandes cambios en la educación médica y cambios a nivel personal de los médicos residentes y adscritos, porque varios padecieron covid.

Implicación.

La investigación realizada es individual y colectiva, colectiva porque no se realizó solo por un investigador sino que contribuyeron los sujetos de investigación que para este proyecto de acuerdo a la teoría de Schütz se denominaron actores, como se cita por Fernando Peñaranda (2015) “Cuando investigamos, elaboramos juicios según nuestros referentes morales, entendidos como el conjunto de valores desde los cuales nosotros, cómo investigadores, nos relacionamos con el proceso de investigación, con los actores y con los colegas” pero ¿de qué modo están interviniendo las vivencias y experiencias que he tenido a lo largo de mi vida profesional para realizar esta investigación? ¿Qué parte de mi biografía se activa? (Keijzer, 2015). Las respuestas parecieran sencillas de responder sin embargo puede seguir aun en el inconsciente, pero tratando de contestarlas puede ser que observar todos los días pasar a los médicos residentes me hace reflexionar si realmente están aprendiendo lo necesario para ser el futuro médico especialista que posiblemente alguna vez me atienda, si realmente el médico adscrito ha contribuido al aprendizaje de los médicos en formación; si el trato de algunos médicos adscritos hacia mí en mi primer año de residencia activaron en mí este origen de investigación; ver pasar a médicos adscritos del cual formo parte y saber que nunca nos preparamos para ser profesores, por lo que surge la pregunta central de esta investigación ¿Cuáles son los tipos de aprendizajes de los médicos residentes durante este primer año de pandemia?

Esta investigación se realizó como parte de un compromiso conmigo misma y con los actores que han depositado sus expectativas al permitirme entrevistarlos para encontrar mejoría en algunas áreas de su aprendizaje, por lo que quiero incidir en algunos procesos en coordinación con las autoridades correspondientes.

No hay nada que garantice que se tomó la decisión correcta al realizar esta investigación, pero como médico especialista, como profesora y como ser humano lo considero pertinente y urgente, porque abre otro panorama a la investigación educativa en el sector salud en beneficio de los futuros especialistas. Como se refiere

por Carolina Martínez “me parece a mí que muchos de nosotros investigamos para, de alguna manera, intentar lidiar con nuestros demonios”. (Keijzer 2015, p.134).

CAPÍTULO I. Planteamiento del Problema.

Los médicos residentes presentaron un cambio radical en programas formativos para hacer frente al brote epidemiológico, por lo que el sector salud tuvo que reestructurar los servicios de atención médica.

Antes de la pandemia los médicos residentes realizaban guardias ABC (Conjunto de actividades descritas y calendarizadas en el programa operativo, adicionales a las que el médico residente debe realizar durante la jornada laboral, en la unidad médica receptora de residentes en la que está adscrito); todos los residentes entraban al Hospital a las 6:30 am de la mañana y los que estaban de guardia salían al otro día, entregaban la guardia después de las 16 horas

Durante las mañanas todos los residentes estaban en el hospital en sus diferentes áreas como eran urgencias, unidad de cuidados intensivos, hospitalización o rotaciones externas; posterior al inicio de la pandemia sólo acudían al hospital los médicos residentes que estaban de guardia, cubriendo guardias solo de 24 horas.

En el contexto de la pandemia por COVID-19 el sector salud tuvo que reestructurar los servicios, únicamente se atendían situaciones de urgencia, se suspendieron cirugías programadas, así como la consulta externa, se modificaron los protocolos de atención y recepción de pacientes.

Por estos y otros cambios, los residentes tuvieron que modificar sus técnicas de aprendizaje para adquirir nuevas habilidades y destrezas, ya que antes de la Pandemia el proceso de enseñanza era de la siguiente manera:

-Pases de visita en esta actividad se conjuntaban procesos asistenciales y docentes generalmente al pie de la cama del paciente donde existe una interacción con un médico adscrito el cual es el profesional de la medicina que presta sus servicios en las sedes académicas receptoras de residentes, encargado de proporcionar atención médica a los pacientes, y de coadyuvar en el adiestramiento de los médicos residentes en su servicio de acuerdo al programa académico y operativo de cada especialidad. y médico en formación (médico residente) el cual se utiliza como una técnica formativa y evaluativa.

- Revisiones de ingresos, (se revisaba que la nota del paciente sea congruente con el estado clínico del paciente, generalmente esta revisión se realizaba por un médico

adscrito hacia médico residente o de médico residente de mayor jerarquía a médico residente de menor jerarquía).

- Clases presenciales.

Durante la Pandemia los médicos residentes y adscritos se dedicaban en ese momento a la atención exclusiva de pacientes con diagnóstico de COVID-19, por lo que no hubo clases presenciales

Debido a la emergencia sanitaria y al aumento de contagios, se permitió a los médicos adscritos y personal de salud de todos los servicios de los hospitales ausentarse de sus labores en los siguientes casos: tener síntomas compatibles por COVID-19, personal con más de 60 años y pertenecer a los grupos vulnerables (mujeres embarazadas o personas con enfermedades crónico-degenerativas), lo que ocasionó carencia de personal médico en diferentes servicios, como para la atención de pacientes con COVID-19, enfermedades generales y traumatizados (Olmedo-Canchola 2020).

Derivado de la situación anterior, dentro del personal médico, la figura de los residentes tomó gran relevancia, ya que estos son considerados la principal fuerza laboral en los hospitales públicos y privados.

Durante el primer año de pandemia los pases de visita sólo se efectuaban en algunos turnos laborales y estos se complejizaron por el miedo al contagio.

A nivel nacional la atención médica durante esta etapa de pandemia sufrió cambios, y este hospital reasignó áreas específicas en el servicio de urgencias y hospitalización para la atención de pacientes infectados por SARS-CoV 2, el volumen de pacientes que ingresaban a urgencias por padecimientos independientes al COVID-19 disminuyó considerablemente. Con la progresión de la pandemia la atención médica era en su mayoría para pacientes con diagnóstico o sospecha de COVID-19 (Cammal-Olvera 2021).

1.1. Revisión de la literatura.

Este trabajo se basó en la búsqueda de artículos encontrados en fuentes como Pubmed, Scielo, Medigraphic, Medisur y en plataformas de la facultad de medicina de la UNAM. Se utilizaron palabras clave como fueron “aprendizajes”, “tipos de aprendizaje”, “enseñanza en educación médica”, “interconsulta”, “pase de visita antes

y durante la pandemia. Al inicio de la pandemia los estudios encontrados eran de tipo cuantitativo mas no cualitativo lo cual nos permitió encontrar vacíos en la literatura sobre el aprendizaje de médicos residentes y los que no fueron previstos en otros estudios anteriores a este.

1.1.1. Historia de las residencias médicas.

En México, en abril de 1942 se inauguró la residencia de posgrado en el Hospital General de la Ciudad de México, fue la primera en su género en nuestro país; la inauguró Gustavo Díaz, Don Aquilino Villanueva era el Director del Hospital; ambos maestros conocían muy bien las residencias norteamericanas (Quijano-Pitman, 1999).

Durante el sexenio 1940-46 cuando Gustavo Baz Prada desde la Secretaría de Salubridad y Asistencia (antes en la Dirección de la Facultad de Medicina y desde la Rectoría de la UNAM) transformó la medicina mexicana en todos sus aspectos fundó el Servicio Social de los pasantes; cubrió a hospitales de todo el país; empezaron las unidades médicas con el régimen de Institutos de Salud ; fundó las bases para la investigación biomédica; envió a prepararse al extranjero a más de 400 becarios de todas las ramas de las Ciencias de la Salud; concibió, planeó e inició la construcción del Centro Médico hoy Siglo XXI y se iniciaron por él, las residencias hospitalarias de posgrado (Gobierno de México, 2018).

El crecimiento de las instituciones de salud y educativas en el país, a mediados del siglo XX, trae como consecuencia natural un incremento del mercado de trabajo médico y, por otra parte, una mayor presencia de las instituciones educativas que reclaman para sí el control de los procesos educativos. En este contexto, las funciones del médico aprendiz empiezan a diferenciarse: para las instituciones de salud, el aprendiz se va transformando en fuerza de trabajo (residente) y para las instituciones educativas, en un estudiante que debe sujetarse a un proceso educativo. Durante este periodo las residencias, por un lado, y los programas educativos, por otro, se configuran y definen bajo su propia lógica (Quijano-Pitman, 1999).

Con base en la Norma Oficial Mexicana NOM001-SSA3-2012, Educación en salud, dentro del apartado para la organización y funcionamiento de residencias médicas, el residente es “un profesional de la medicina que ingresa a una unidad médica

receptora de residentes para realizar una residencia médica de tiempo completo”, en la que realiza estudios de posgrado en una de las sedes hospitalarias que integran el Sistema Nacional de Residencias Médicas. El residente, al estar debidamente acreditado por las instituciones de salud, cumple una doble función: trabajador temporal y estudiante de posgrado, como se establece en la Ley Federal del Trabajo, artículo 353- letra A-F17 y en la Legislación Universitaria vigente (DOF, 2013).

El residente tiene la opción de escoger la especialidad que le interesa y asume por ello la forma de trabajo de cada institución, debiendo reconocer las obligaciones y los deberes para con la universidad a la que esté incorporado cada curso y también para cumplir con las regulaciones y cultura de la institución sede; también debe aceptar y participar en una excelente interrelación con maestros, compañeros, residentes de los diferentes años de cada residencia y establecer además una adecuada comunicación con el personal de salud donde esté llevando el programa (Rodríguez-Weber, 2016).

Los residentes llegan a un curso después de haber pasado por un proceso caracterizado por diferentes actividades y acciones que con frecuencia producen estrés, y entre otros apremiantes, es necesario aprobar el examen nacional de residentes, la selección para cada sede y también la aceptación de los compromisos institucionales que pueden producir problemas económicos y desgaste emocional, y que inclusive suelen causar frustraciones personales (Rodríguez- Weber, 2016).

La formación de residencias médicas ha provisto al país de muchos médicos especialistas con calidad humana, sin embargo, el maltrato, desgaste, depresión, puede ocasionar límites en su aprendizaje (Rodríguez- Weber, 2016) que se impone a los esfuerzos universitarios por mejorar la formación de especialistas y que están relacionadas con la disociación entre la teoría y práctica, la falta de tiempo y el cansancio crónico de los residentes para el desarrollo de sus sesiones y clases (Vázquez- Martínez, 2017). La educación médica inicia desde la licenciatura que comprende cinco años de formación, un año de internado de pregrado, un año de servicio social, y si se desea una especialidad el poder aprobar con éxito el examen que es a nivel nacional y posterior a eso cursar una especialidad que dependiendo la que se elija puede durar de tres a cuatro años y el posgrado en especialidades, los

programas de maestría y doctorado, permaneciendo toda la vida en lo que se denomina la educación médica continua (Sierra-Fernández et al., 2020).

El personal médico en formación realiza actividades prácticas con los pacientes que se encuentran hospitalizados en unidades médicas de segundo y tercer nivel. En el currículo formativo existen unos semestres durante los cuales acuden de manera diaria a los hospitales, incluso con guardias nocturnas. Esto podría reflejar la primera fase de integración de los estudiantes en el Sistema Nacional de Salud, en la práctica estos se reúnen para observar las actividades que realizan los residentes y adscritos.

1.1.2. Evaluación educativa de los residentes.

La evaluación educativa de los residentes se conceptualiza como el proceso reflexivo y sistemático empleado para determinar el mérito o valor de un objeto, con base en la recopilación y evaluación de la información lo cual ayuda a emitir juicios en la toma de decisiones con fines de mejora continua mediante la realimentación (Linn-Robert, 2000). La medición es fundamental para el desarrollo de la evaluación, por considerar que cualquier valoración ya sea cualitativa o cuantitativa implica valorar en qué medida un objeto, suceso, evento o individuo, alcanza un valor determinado al ser contrastado con un estándar predeterminado para una situación particular.

La evaluación educativa es uno de los ejes rectorales del proceso enseñanza - aprendizaje, que permite en diferentes momentos y desde distintas perspectivas coadyuvar en la formación y valorar en qué medida los estudiantes han adquirido las competencias definidas en los planes y programas de estudio, acorde con su perfil de egreso (Shumway, 2003). La aplicación de instrumentos validados y confiables son necesarios para determinar si se lograron los objetivos del proceso enseñanza aprendizaje, este es un proceso sistemático de acopio de información, para ser analizada de manera objetiva en lo cuantitativo y lo cualitativo y así emitir juicios de valor sobre el grado de correspondencia de la información con criterios establecidos lo que fundamenta la toma de decisiones en el proceso de enseñanza. Los tipos de evaluación se puede clasificar en a) sumativa y b) formativa. La evaluación sumativa es aquella que se realizó al completar un curso o unidad didáctica, para determinar el grado con que los objetivos de la instrucción fueron alcanzados, acreditar calificaciones, o certificar competencia. Ejemplos típicos de este tipo de evaluación son los exámenes de final de curso, los exámenes de certificación de los consejos, el

examen profesional, que son eventos de alta trascendencia para la vida del educando, y que en la vida real a veces son percibidos como obstáculos a vencer en lugar de oportunidades de identificar el estado real del estudiante desde el punto de vista del aprendizaje (Maroto, 2016).

El tipo de evaluación sumativa es un proceso que muestra información a la sociedad de lo aprendido y conocimientos adquiridos por el individuo para poder progresar en su formación al siguiente año, graduarse ya sea como licenciado en medicina o certificación ante una especialidad, la evaluación de tipo formativa se emplea para monitorear el progreso del aprendizaje y lo más relevante de esta es la retroalimentación al educando sobre logros, deficiencias y oportunidades de mejora. Esta evaluación ocurre a lo largo del proceso educativo del médico, y puede ser formal o informal, ambas de relevancia para la formación del profesionalista (Medina – Fernández 2009).

La evaluación formativa tiene un fuerte componente instructivo, ya que contribuye a que durante las actividades cotidianas de trabajo se identifiquen aquellas que se hacen bien para continuar haciéndolas así, y detectar si existe alguna deficiencia para corregirlas. De esta manera, de acuerdo a la interpretación de los resultados, la evaluación también puede clasificarse en referenciada a norma o referenciada a criterio (Sánchez - Mendiola 2007).

Cuando la evaluación se interpreta con referencia a la norma, el resultado se describe en términos del desempeño del grupo y de la posición relativa de cada uno de los estudiantes evaluados. Este tipo de evaluación se usa para colocar a los alumnos en escalas de rendimiento y puntaje, y asignar un lugar dentro del grupo. Un ejemplo en el medio médico es el Examen Nacional de Residencias Médicas (ENARM) en donde el sustentante es evaluado en relación al desempeño del grupo y de su lugar secuencial en la lista para aspirar a una de las plazas, y no en un criterio de nivel de conocimientos previamente establecidos (Shumway, 2003).

La evaluación de acuerdo a los criterios educativos establecidos y su descripción con el resultado específico que se encontró es la evaluación con referencia al criterio. En esta evaluación se comparan los conocimientos o resultados con el estándar fijado de antemano. Un ejemplo es el examen de certificación de consejo de especialidad,

en que se debe acreditar la solución correcta de diferentes problemas clínicos que tienen un estándar de aprobación predeterminado de acuerdo a las competencias establecidas para esa especialidad (Baños et. al., 2015).

En el sistema de evaluación de los médicos residentes dentro de los hospitales se propuso utilizar un formato de calificaciones el cual la mayoría de los médicos entrevistados lo califican como poco objetivo incluyendo el hospital donde se realizó la investigación el cual refieren no define los objetivos de aprendizaje los cuales los pueden observar al final de este documento (anexo 4).

En dicho formato se asigna un puntaje sumatorio de 19 a 24 ítems, por parte del médico titular, jefe de servicio y médico evaluador de la rotación, en donde la mayoría de las ocasiones el puntaje documentado es subjetivo o por afinidad.

Sin embargo, por parte del servicio de enseñanza no se tiene un criterio para estandarizar el promedio final de la calificación. Por otro lado, es importante mencionar que durante la etapa de la pandemia COVID-19, las evaluaciones fueron menos objetivas e incluso en algunos meses se suspendieron lo cual fue muy reiterativo durante la entrevista a profundidad que se realizaron a todos los actores involucrados. Los formatos de captura para la evaluación establecen de manera arbitraria los porcentajes que debe evaluar por una parte el profesor titular y por otra la jefatura de enseñanza sin definir los criterios.

La evaluación debe combinar diferentes métodos para evaluar las diversas capacidades lo que implica determinar las competencias profesionales a medir y así poder tomar decisiones sobre el progreso si se precisaran (González, 2021).

En el Hospital General donde se realizó la investigación, evidentemente se coincide en que el proceso de formación de residentes no debe dirigirse solamente al desarrollo de capacidades psicomotoras o habilidades prácticas, sino que es preciso profundizar en la adquisición de capacidades intelectuales o conocimientos y en la adquisición de condiciones afectivas o actitudes.

El docente o médico adscrito al desempeñar su función debe tener una concepción clara del modo en que se aprende y se enseña y del cómo, cuándo, por qué y para qué evaluar, con el fin de asegurar que las experiencias educativas tengan un valor en la formación del residente. Lo anterior para que se aprovechen los resultados de

la evaluación en la emisión de juicios de valor inherentes al acto docente, en el entendido que de esta manera la evaluación será parte integral de una buena enseñanza (Programas operativos, 2019).

Es de suma importancia implementar un instrumento de evaluación objetivo en relación a las competencias de los médicos residentes s que contenga los siguientes puntos:

a)registro de actividades del residente, evaluaciones durante el pase de visita basado en competencias(Anamnesis, exploración física, profesionalidad, juicio clínico, habilidades comunicativas, valoración global) categorizado con un valor de 1-3 (no satisfactorio) 4-6 (satisfactorio) 7-9 (superior),b)documentar observaciones, aspectos especialmente positivos, aspectos a mejorar (Fernández et al, 2017).

1.1.3. Función de médicos residentes en la pandemia.

Desde diciembre de 2019 se presentaron los primeros casos en China, el Virus SARS Cov-2 fue una emergencia internacional de salud pública según Tedros Adhanom Ghebreyesus (2020), presidente de la Organización Mundial de la Salud: “para superar esta crisis será necesario un cambio de paradigma en la solidaridad global, compartiendo conocimiento, experiencias y recursos” (OPS, 11 marzo 2020).

De tal manera que en esta pandemia se presenta un reto único para los programas de residencias médicas esto debido a las restricciones recomendadas por los centros para el control y la prevención de enfermedades, se vio la disminución de la cantidad de residentes en sus sedes docentes.

El 27 de febrero de 2020 se reportó el primer caso de COVID-19 en México y, conforme los contagios se generalizaron, la repercusión en la sociedad fue cada vez mayor hasta no contar con una vacuna¹. Otro aspecto a tomar en cuenta es que debido a la emergencia sanitaria y al aumento de contagios, el personal médico se encontraba en gran riesgo de infectarse por COVID-19; para protegerlos se emitió el 19 de marzo de 2020, el ACUERDO por el que se establecen las medidas preventivas en materia de salud con motivo del virus COVID-19, que permitía a los médicos ausentarse de sus labores en los siguientes supuestos: tener síntomas compatibles

¹ (al momento de hacer esta revisión no se contaba con las vacunas). Actualmente ya se cuenta con vacuna y el personal médico fue el primer sector al cual se le aplicó)

por COVID-19, personal con más de 60 años y pertenecer a los grupos vulnerables (mujeres embarazadas o con enfermedades crónico-degenerativas), lo que ocasionó carencia de médicos en diferentes servicios, que atendieran pacientes con COVID-19, enfermedades generales y traumatizados (Suárez et al., 2020).

Derivado de la situación anterior, dentro del personal médico, la figura de los residentes tomó gran relevancia, ya que son considerados la principal fuerza laboral en los hospitales públicos y privados, es aquí en donde ellos realizan su residencia médica, por tanto, han tenido que ocupar los lugares de muchos médicos que se ausentaron debido a que cuentan con factores de riesgo de contraer COVID-19.

Es probable que los residentes de las especialidades quirúrgicas (de acuerdo a lo referido en la entrevista a profundidad realizadas a médicos residentes) hayan sido los más afectados al haberse decretado en casi todos los hospitales del país y del estado de Puebla la suspensión de las cirugías electivas, las cuales son cruciales para su aprendizaje práctico. Por ejemplo, el grupo del médico Kemp et al., (2021) realizó un estudio entre residentes de cardiología intervencionista del área de New York, región que se convirtió en el epicentro de la pandemia en Estados Unidos, encontró que el 71% de los médicos residentes creía que la disminución de procedimientos influiría de forma moderada a severa en su formación. Aunque la virtualización se ha convertido en una alternativa no reemplaza en ningún caso el aprendizaje de habilidades quirúrgicas que solo se adquieren realizando procedimientos

Como sucedió en otros países con respecto al personal de salud que labora dentro de los hospitales COVID-19, los contagios y muertes se volvieron cada vez más frecuentes, médicos adscritos, médicos residentes, enfermeras, laboratoristas, radiólogos, personal de intendencia, de seguridad, etcétera, aparecieron en la lista de víctimas por el coronavirus, como se refiere por Olmedo-Chanchola (2020).

En México para marzo 2020 se tuvieron registrados 283,122 casos de COVID-19 entre el personal de salud 38,269 casos sospechosos y, al menos, 4,517 defunciones, entre estas, de algunos residentes. Los estados con mayor número de casos son: 1º: Ciudad de México, 2º: Baja California, 3º: Guanajuato, 4º: Guadalajara y 5º: Monterrey (Pérez, 2020). Así, México es el quinto país donde más trabajadores de la salud

perdieron la vida a causa de la atención que otorgaron a pacientes infectados por COVID-19 (Conacyt, 2020).

1.1.4. Reportes de cambios en la estructura clínica y programas académicos de médicos residentes.

La enseñanza en línea ha jugado un papel clave en la educación médica durante los últimos años, han demostrado varios beneficios para mejorar el aprendizaje de los estudiantes. La pandemia ha provocado alteraciones repentinas hacia la adopción exclusiva de la enseñanza en línea y plataformas de salas de conferencias formando la fuente principal de educación médica y permitiendo que los residentes continúen aprendiendo de forma remota.

En los centros metropolitanos de Nueva York, Seattle, Los Ángeles y Nueva Orleans, como lo refiere Annavajhala et al. (2021), las estructuras de residencia han cambiado drásticamente. Los residentes se dividieron en equipos aislados centrados en la atención ortopédica hospitalaria aguda y casos esenciales, incluyendo fracturas agudas, infecciones y tumores. Se organizó un grupo líder de COVID-19, con representantes de cada promoción para optimizar la comunicación y logística. Del 17 de marzo al 4 de abril el 2020 grupos de 12 a 16 residentes se encargaban de los cuidados de pacientes agudos hospitalizados, en todos los centros de trauma de primer grado. Mientras que grupos más pequeños se encargaban de otras áreas, como cuidados esenciales y hospitalización de ortopedia. Desde el 4 de abril, se reasignó a 22 residentes para el cuidado de pacientes con COVID-19 en estado crítico en la unidad de cuidados intensivos (UCI). Para ambas fases del cambio de programa, los grupos de residentes permanecían aislados del resto, y alternaban, una semana de trabajo con una semana de aislamiento (Annavajhaka et al, 2021).

Mediante videoconferencia se impartían de 1 a 5 horas de material educativo a los residentes, promoviendo su autoaprendizaje usando vídeos educativos, respecto a su salud y bienestar, todos los días se enviaban comunicados a los residentes con ejercicios físicos y meditación para casa y tenían acceso libre a ayuda psicológica.

En un estudio realizado en Houston, Texas, por Gupta et al., (2021) con base en la gran cantidad de datos académicos recopilados que existe en la web y, con una navegación cautelosa y confiable reportan ellos que fue una herramienta invaluable para la educación global y la rápida difusión de información.

En el estado vivido por la pandemia de COVID-19 destacó la importancia de las redes sociales y el aprendizaje virtual y ha acelerado el uso de estas plataformas digitales para los tiempos actuales y futuros. Sin embargo, también comenta en este estudio Gupta et al., (2021) que las redes sociales no deben verse como un reemplazo del proceso de revisión o consulta académica, o para publicar descubrimientos científicos y médicos.

En el Instituto Nacional de Pediatría se determinó que las consultas ambulatorias se limitaran únicamente a casos de urgencia. Las estrategias establecidas disminuyen los riesgos de exposición y contagio para los residentes en formación, reduce la carga de trabajo como una medida para mantenerlos sanos, lo que aseguraría su papel en la primera línea de atención. Los residentes laboraron por guardia con periodicidad de 4 días o según el número de alumnos por guardia y especialidad, estos roles se establecieron de acuerdo a los profesores, formando los grupos de atención con el mínimo de residentes para cubrir las áreas clínicas (Reynés et al., 2020).

La forma de asignar a los residentes de primer y tercer año de la especialidad de pediatría fue para los roles de guardia de 24 horas, cada 3 a 4 días laborando en las áreas de urgencias y hospitalización donde se atienden pacientes de patología convencional no sospechosos o confirmados por COVID-19 mientras que a los residentes de segundo año se encontraron en la primera línea de atención para pacientes positivos (Reynés et al., 2020).

En la unidad hospitalaria donde se realizó el estudio a los médicos residentes se les ajustó el número de guardias por semana, así mismo los residentes al frente de la atención de pacientes covid, se debían retirar posterior al turno de atención del paciente, se trabajaba con un número reducido de personal adscrito por lo que el papel del residente fue fundamental en esta pandemia, así mismo posteriormente se vio la necesidad de iniciar con evaluación y apoyo psicológico para el personal médico.

1.1.5 Pase de visita estructurado.

Ceballos-Barrera et al. (2014) definen el pase de visita como una actividad repetitiva, dirigida por un médico experimentado que funge como profesor sobre un grupo de becarios y/o estudiantes de medicina, con lo cual se transmite información de

participante a participante independientemente de su nivel jerárquico. Una de las finalidades del pase de visita es buscar objetivos formativos en los órdenes instructivo y educativo sin descuidar la parte asistencial; dicho en palabras concretas, el principal objetivo del pase de visita lo constituye el aprendizaje del proceso de asistir a un enfermo.

Olvera - Acevedo et al (2015), refiere que el pase de visita médica es la principal actividad educativa para la formación de la aptitud clínica en el médico, porque tiene objetivos docentes y asistenciales. Señala también que la problematización de esta visita, obtenida al tener al frente al paciente es el incentivo a la toma de decisiones, emisión de consideraciones diagnósticas, terapéuticas y pronósticas.

En la enseñanza de la medicina, el pase de visita favorece la adquisición de habilidades senso-perceptuales y destrezas clínicas, procedimientos diagnósticos y terapéuticos, comunicación con el paciente y profesionalismo. Lo cual permite la retroalimentación inmediata y fomenta la formación de criterios propios, siendo así un elemento fundamental en el alcance de aptitudes clínicas. (Nava, 2019).

García - Herrera (2017) considera el pase de visita docente asistencial una actividad compleja, puesto que se transmite información de uno a otro participante, independientemente de su jerarquía; existe vinculación de los objetivos formativos estrechamente a objetivos asistenciales, justificado en el hecho de que la atención de los objetivos docentes tiene como requisitos el logro de los objetivos asistenciales, diríamos que muy dependientes e inseparables en el desarrollo de la calidad de la atención médica o de enfermería de los educandos según el caso; persigue como fin que el estudiante desarrolle habilidades intelectuales relacionadas con la aplicación sistemática del método clínico al análisis y la solución del problema de salud particular de cada paciente, siempre a través de la adquisición de valores.

Corona (2014) sintetiza en tres pasos el pase de visita a los cuales denomina: Momento introductorio, Desarrollo y Momento conclusivo (Nava, 2019). Por otro lado, Álvarez & Gallardo, (2000) consideran cinco momentos:

1. Organización de la actividad.
2. Recolección de datos (de la historia clínica del paciente).

3. Presentación del paciente.

4. Análisis colectivo.

5. Conclusiones

García - Herrera (2017) señala 6 características generales del pase de visita docente asistencial valores:

- a) Complejidad.
- b) Vinculación de objetivos formativos a objetivos asistenciales.
- c) Desarrollo de habilidades intelectuales propias del método clínico.
- d) Promueve la adquisición de valores.
- e) Constituye además un control del trabajo independiente del estudiante.
- f) Entrena al educando en la confección de documentos.

1.1.7. Perspectiva del pase de visita en la pandemia de Covid-19.

Durante la pandemia de Covid-19 cambió la manera en que se impartía el pase de visita en los hospitales y en los diferentes servicios, como podemos ver un ejemplo en este estudio que se hizo en Estados Unidos de tipo cualitativo, buscó comprender cómo este cambio dramático en el comienzo ha afectado la atención de salud mental, incluidos los modos de telemedicina utilizados por los psiquiatras, las barreras encontradas y los planes futuros. El objetivo era informar la respuesta COVID-19 en curso y transmitir las lecciones aprendidas a los psiquiatras que están comenzando a ofrecer telemedicina. Del 31 de marzo al 9 de abril de 2020, se llevaron a cabo entrevistas semiestructuradas con 20 psiquiatras, con una actividad temprana significativa de COVID-19. Se utilizaron enfoques inductivos y deductivos para desarrollar resúmenes de entrevistas y se realizó un análisis de matriz para identificar y refinar los temas. En este artículo se detalla cómo cambió repentinamente el modo de enseñanza a una manera virtual, desde consultas, pase de visita con pacientes, narra cómo fue la experiencia de los psiquiatras que les pareció una idea razonable y segura, aunque hubo inconvenientes porque la atención era distante y algunos pacientes no contaban con dispositivos electrónicos (Uscher-Pines et al., 2020).

Fernández et al, (2017) explica que algunas actividades docentes como consulta médica externa en policlínicos de especialidades y comunitarios, interconsulta, guardia médica y entrega de guardia, pase de visita a pacientes ingresados, discusión de casos, reuniones clínico radiográfica, clínico patológica, al egreso hospitalario, interrelación con los equipos de salud del nivel primario o secundario, así como participación en el diagnóstico y tratamiento especializado a los individuos en los diferentes servicios e instituciones todas son formas de aprendizaje tanto formales como no formales.

1.1.8. Educación médica en tiempos de COVID-19.

La presente investigación se fundamentó sobre el conocimiento del panorama de la situación y aprendizajes que vivieron los médicos residentes, Olmedo et al. (2020) muestran el panorama inquietante que se propició durante el primer año de pandemia en México y todo el cambio en el sistema de salud tanto en insumos como en el personal, recalcando la gran importancia de los médicos frente a la ola de Covid-19.

Centralizándonos en los aprendizajes y su importancia Núñez et al. (2020) nos expresan que la crisis motivada por Covid-19 en la enseñanza se había distanciado porque los agentes intervinientes se habían distanciado. Había desaparecido la presencialidad, y las actividades académicas se habían interrumpido de manera obligatoria por numerosas razones: seguridad de unos y otros, imposibilidad de practicarla por escasez de tiempo, dedicación a labores sanitarias urgentes hasta la extenuación y el agotamiento, confinamiento, bajas por enfermedad; esto había obligado a la búsqueda de cambios urgentes casi dramáticos y adoptar medidas que, frecuentemente, habían sido draconianas. No es que haya disminuido el interés por la docencia, ni para el profesor ni para el alumno; es que se había tenido que reflejar en numerosos cambios que pudieran hacer posible el mantenimiento de la docencia o de las evaluaciones. Habían desaparecido las prácticas habituales para dejar paso a nuevas prácticas docentes que obligaron a pensar y actuar de otra manera.

Desde el panorama latinoamericano podemos leer a autores como Abreu et al. (2020) que nos muestra que la llegada de la pandemia de COVID-19 a Latinoamérica provocó que las facultades y escuelas de medicina interrumpieran sus actividades abruptamente a mediados de marzo de 2020, retando las capacidades institucionales

y haciendo evidentes las fortalezas, permanecieron en los hospitales y mantuvieron cierto grado de actividades teóricas y revisión de casos clínicos por Internet. Los residentes ubicados en los hospitales COVID suspendieron sus rotaciones clínicas programadas y se concentraron en responder a la pandemia interrumpiendo las actividades académicas de la propia especialidad y año académico que estuvieran cursando, este estudio se hizo recolectando testimonios de diferentes partes de América Latina.

Para la investigación realizada este artículo presentado previamente ha ayudado a informar de las diferentes perspectivas y acciones de las facultades que utilizaron como estrategia para la pandemia y las comparamos con las acciones que se vieron en el Hospital estudiado. Otra fuente importante a modo informativo y de reflexión a nivel de Latinoamérica es el trabajo de Núñez et al. (2020) donde mencionan que la pandemia de COVID-19 fue implementando nuevas estrategias para la educación como los e-learning, plataformas en línea y videoconferencias, uso de redes, YouTube. Este artículo nos ayuda a comparar la situación y las estrategias seguidas para la enseñanza de medicina que también fueron llevadas a cabo del mismo modo, encontrando similitudes con los médicos residentes de nuestro hospital.

También tenemos en cuenta otro autor como es Sierra et al. (2020) que mencionan que la pandemia por el coronavirus ha transformado el orden mundial en todos los niveles, por magnitud y gravedad en la pandemia por COVID-19, necesita generar conocimiento de aplicación de la tecnología y su manejo tanto educativo como docente para futuras maneras de enseñanza, por lo cual en el hospital donde desarrollamos la investigación también se observa cómo el médico residente utilizó redes sociales, YouTube para su aprendizaje y poder brindar consulta a los pacientes y ajustes de tratamiento como veremos en los hallazgos encontrados en esta investigación.

El autor concluye que el aprendizaje a distancia apoyado en la TIC es una herramienta poderosa para optimizar el aprendizaje en cualquier etapa de la formación profesional y en especial en el proceso de educación médica continua. De este artículo podemos rescatar que se utilizaron plataformas virtuales para la enseñanza y para que los alumnos organizaran sus grupos de estudios como también fue aplicado por los residentes del Hospital en estudio durante la pandemia.

Al revisar otras referencias sobre información internacional tenemos a Herrera & Toro (2020), estos autores nos muestran que en otras partes del mundo se manejó diferente la pandemia en la enseñanza a los médicos residentes y nos narran también que se han dado casos de reubicación de residentes a salas de atención de pacientes COVID-19 aunque sus especialidades no estén directamente relacionadas al manejo de estos pacientes, como es el caso de las especialidades quirúrgicas, aunque la virtualización de algunos contenidos se ha convertido en una alternativa, así como la posibilidad de ver videos didácticos de cirugías, de endoscopias o reuniones virtuales para discusión de casos clínicos, estas no reemplazarán el aprendizaje de habilidades que solo es posible en las salas de operaciones o realizando procedimientos. Este artículo sustenta lo que también atestiguaron los médicos residentes sobre que, a veces ni siquiera rotaban en las áreas correspondientes si no que eran llevados directamente a atender a pacientes infectados por Covid-19. Por otro lado, Reynés et al (2020) nos añaden a que en muchas partes del mundo realizaron estrategias para el aprendizaje de los médicos residentes como respuesta.

En México la Dirección de Enseñanza del Instituto Nacional de Pediatría, en conjunto con la jefatura de médicos residentes, implementó una estrategia para promover sus actividades académicas con el apoyo de las tecnologías de la información y comunicación. Dentro de la estrategia planteada se basó en cinco aspectos fundamentales: seguridad, disminución del riesgo de contagio, capacitación, gestión del aprendizaje y atención integral con apoyo a la salud mental. Este artículo nos ayudó a respaldar la información de los aprendizajes que se fueron obteniendo durante el año de pandemia.

Sierra et al. (2020) nos muestran que la sociedad contemporánea vive en un cambio permanente y un avance vertiginoso en la generación del conocimiento. Los avances en la informática, en computación y en las tecnológicas de la información y comunicación (TIC) han potenciado su desarrollo. Esta situación de extrema gravedad en salud pública para todo el planeta, por el COVID-19 obligó a la implementación acelerada de educación virtual en todos los niveles educativos, incluso desde la educación básica. Todas las instituciones educativas y hospitales han adoptado clases virtuales, seminarios web, tutoriales y la consulta de bibliotecas digitales para continuar con la actividad académica. Este artículo continúa recalcando

como la educación informal tomó más fuerza durante el año de pandemia al hacer que los residentes se apoyaran en la educación virtual para reforzar sus conocimientos y que posteriormente las instituciones de salud ya han volteado a ver esa herramienta para el futuro de la enseñanza y volverla de tipo formal.

En menor medida durante los últimos meses se han mostrado las ventajas de la tecnología para el apoyo de los médicos residentes en la implementación de nuevas estrategias para el apoyo de su educación formal, en este artículo Dost et al (2020) nos muestran que en Reino Unido las escuelas de medicina se adaptaron a la pandemia de diferentes maneras.

Este artículo continúa recalcando la educación informal que tomó más fuerza durante el año de pandemia al hacer que los residentes se apoyaran en la educación virtual para reforzar sus conocimientos y que posteriormente las instituciones de salud ya han volteado a ver esa herramienta para el futuro de la enseñanza y volverla de tipo formal.

1.1.9. Salud mental en médicos residentes.

1.1.9.1. Salud Mental de los médicos residentes durante el año de Pandemia por Covid-19.

En este trabajo se ha incluido la salud mental de los médicos residentes durante el año de pandemia en el Hospital donde realizamos la investigación debido a que en las entrevistas a profundidad realizadas se mencionaron, en nueve de los once entrevistados, el estrés y ansiedad que estaban pasando por atender pacientes con diagnóstico de covid o familiares contagiados con esta enfermedad por lo que una vez realizadas las entrevistas llevé a cabo la revisión de la literatura en este rubro, para todo esto hemos incluido antecedentes y opiniones de diferentes autores como tenemos el de Ramírez et al. (2020) que nos mencionan que estudios en epidemias anteriores han revelado una profunda y amplia gama de consecuencias psicosociales a nivel individual y comunitario durante los brotes. Dentro de las alteraciones psicológicas asociadas, se encuentran desde síntomas aislados hasta trastornos complejos, con un deterioro marcado de la funcionalidad, como insomnio, ansiedad, depresión y trastorno por estrés postraumático. Es necesario que las entidades de salud mental desarrollen estrategias que permitan reaccionar con destreza y que proporcionen un soporte al personal de salud y a la población afectada, en favor de

reducir el impacto psicológico y de los síntomas psiquiátricos. Este artículo también menciona que en un estudio realizado en Canadá después del brote del SARS-CoV2 se identificaron factores de estrés psicológico en los trabajadores de salud como lo fueron: percepción de que se está en riesgo de contraer la infección, el impacto del brote en la vida laboral, ánimo depresivo, trabajar en una unidad de alto riesgo, cuidar un solo paciente con SARS-CoV2, en contraposición de cuidar a muchos pacientes con SARS-CoV2, por esta razón este artículo nos resumió los principales síntomas a los que los trabajadores de la salud (incluido los residentes) experimentaron durante el año de pandemia.

En otra de nuestras fuentes Pérez (2020) menciona que el enfrentamiento a COVID-19 impone aún importantes retos para los profesionales de la salud y el estudiantado en lo referente a los cuidados de la salud de la población, lo cual provoca una alta carga emocional en dichos estudiantes y gran impacto psicológico en la población y el personal de salud, se decidió realizar una investigación para determinar las alteraciones psicológicas en estudiantes de medicina durante la pesquisa activa de la citada enfermedad, concluyen que el predominio del estilo de afrontamiento centrado en la emoción se asocia generalmente con enfermedades de naturaleza crónica, no aguda como la COVID-19, lo cual puede sugerir que sea una causa de alteraciones psicológicas; sin embargo, los autores consideran que las asociaciones positivas detectadas entre el afrontamiento centrado en la emoción y el funcionamiento neurótico permiten plantear que ambas estrategias son beneficiosas para la salud de los pacientes, pues de orientarse a reducir el malestar emocional, disminuirían los niveles de los estresores.

Como un dato importante Lozano (2020) nos menciona que los factores asociados con un alto impacto psicológico y niveles elevados de estrés, síntomas de ansiedad y depresión afectaron a personas que reunían las siguientes características: ser del sexo femenino, ser estudiante, tener síntomas físicos específicos y una percepción pobre de la propia salud.

Otro estudio en el mismo país detectó que un 35% de estrés psicológico en la población general, con las mujeres presentando mayores niveles que en los varones, al igual que los sub-grupos de 18-30 años y los mayores de 60 años. Uno de los desafíos relevantes en la pandemia fue cuidar la salud mental del personal de salud

tanto como la de la población general. Este artículo nos ayuda a entender que aún no existen instrumentos que analicen el impacto emocional en trabajadores de la salud, porque por falta de interés o de cultura sobre la salud emocional, no existen aún programas especializados para tratar todos estos temas en el área hospitalaria (Lozano-Vargas, A 2020).

Desde una perspectiva más internacional Silva (2021) nos hace un énfasis en los niveles de agotamiento emocional de enfermeras y médicos, por lo que se ha puesto de manifiesto en estudios en Francia, Italia y España. En este estudio se evalúa a los profesionales sanitarios españoles e italianos, dentro de los hallazgos se encuentra el agotamiento emocional y las crisis de ansiedad como los principales síntomas. El porcentaje de agotamiento en enfermeras fueron altos y significativamente durante la primera fase de pandemia de la COVID-19, en comparación con el período anterior a la pandemia. Concluyen que los principales factores asociados con el síndrome de Burnout² entre los profesionales sanitarios que trabajan en la primera línea en la lucha contra la COVID-19 uno de los condicionantes directamente relacionados son de manera inicial, la capacidad y gestión de los factores estresantes factores de afrontamiento, la organización y la estructura del trabajo. Por lo tanto, el síndrome de Burnout puede causar problemas graves de salud y manifestarse de muchas maneras. Un tema que deben tratar los líderes gubernamentales es sobre los riesgos para la salud mental e invertir en nuevos estudios sobre el tema, garantizar condiciones de trabajo adecuadas, es necesario establecer estrategias y formación específica para poder afrontar los desafíos que genera la atención a la pandemia derivada de la COVID-19.

Por último, Ruiz (2021) nos narra en su artículo que la pandemia de COVID-19 ha tenido el potencial de afectar significativamente la salud mental de los trabajadores de la salud, que se encuentran en la primera línea de esta crisis. Por lo tanto, es una prioridad inmediata monitorizar el estado de ánimo, sueño y otros problemas de salud mental para comprender los factores mediadores y dirigir las intervenciones personalizadas. En este artículo se recalca lo antes mencionado que, el impacto

² La definición más aceptada es la de C. Maslach, que lo describe como una forma inadecuada de afrontar el estrés crónico, cuyos rasgos principales son el agotamiento emocional, la despersonalización y la disminución del desempeño personal

psicológico de la crisis no solo lo sufren los médicos y enfermeras de cuidados intensivos y respiratorios de primera línea, sino también el personal sanitario de otras especialidades.

También se observaron síntomas más frecuentes e intensos entre las mujeres, lo que probablemente refleja la brecha de género ya establecida para los síntomas de ansiedad y depresión. Como se ha comentado, un hecho importante que merece consideración es la heterogeneidad inherente entre los estudios, de ahí el análisis de subgrupos por gravedad. Cabe señalar que este artículo nos indica de la importancia de que al no existir una herramienta establecida para medir o clasificar el grado de crisis en la salud mental de los trabajadores de la salud, nos hace observar más el vacío sobre qué lugar toma la salud mental de los médicos residentes a nivel tanto del Estado de Puebla como en todo el País que esta es una de las metas que integramos en nuestra investigación las cuales surgieron en las entrevistas a profundidad que realice.

1.2. Pregunta de Investigación.

¿Cómo fue el aprendizaje de médicos residentes en un ambiente de contingencia por Sars –Cov2?

1.2.1. Preguntas específicas.

1.- ¿Qué tipos de aprendizajes construyeron los médicos residentes durante el primer año de pandemia por Sars –Cov 2?

2) ¿Cómo perciben los médicos residentes la forma de evaluación durante el primer año de pandemia?

1.3. Objetivos.

1.3.1. Objetivo general.

Comprender los aprendizajes construidos por los médicos residentes en un hospital de segundo nivel de atención durante el primer año de pandemia por Sars-Cov 2.

1.3.2. Objetivos específicos.

a) Comprender los tipos aprendizajes construidos por los médicos residentes a través de la interacción con personal activo durante el primer año de pandemia.

b) Identificar como perciben los médicos residentes la forma de evaluación durante el primer año de pandemia

1.4. Justificación.

1.4.1. Panorama médico y educativo en los hospitales

Desde el primer caso de enfermedad por el coronavirus en el Reino Unido, la OMS (11 marzo 2020) declaró el brote de COVID-19 como una pandemia. Las restricciones de bloqueo a nivel nacional para controlar la propagación de enfermedades y aplanar la curva de contagios han impactado todos los aspectos de la vida (Valero - Sedeño 2020); inevitablemente, la educación médica también se vio afectada.

De tal manera que en esta pandemia se presentó un reto único para los programas de residencias médicas, esto debido a las restricciones recomendadas por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades y otras organizaciones, el panorama educativo para los residentes cambio rápidamente.

El aprendizaje de los estudiantes o residentes durante la pandemia COVID-19, sufrió cambios importantes y se desconoce el impacto, como lo mencionan Abbas et al. (2020) en su estudio donde evaluaron la percepción y satisfacción del aprendizaje e-learning de los estudiantes, realizado en la facultad de medicina y odontología de Pakistán participando 2,000 estudiantes, encontrando que esta modalidad educativa fue mejor entre los países desarrollados, en comparación con los países en vías de desarrollo. La mayoría de los participantes estuvieron de acuerdo en que el e-learning fue satisfactorio para adquirir conocimientos, pero no eficaz para adquirir habilidades clínicas y técnicas.

Dentro de cambios ocurridos en la educación médica de residencias en nuestro hospital fue la interrupción de conferencias, prácticas clínicas y exámenes, pocos pases de visita, lo cual obligó a efectuar nuevos métodos de enseñanza, similar a lo referidos por Dost et al. (2020) en su estudio en donde estas medidas dieron lugar a

un cambio repentino en los métodos de enseñanza tradicional hacia la enseñanza en línea.

La pandemia provocó alteraciones repentinas hacia la adopción exclusiva de la enseñanza en línea y plataformas de salas de conferencias, conformando la fuente principal de educación médica y permitiendo que los residentes pudieran continuar aprendiendo de forma remota (Abreu et al., 2020).

Según el diagnóstico situacional 2020 en el hospital general donde se realizó la investigación los residentes activos en total eran 98, divididos en las siguientes ramas de especialidad: 14 de cirugía general, 19 de medicina interna, 30 de anestesiología, 7 de urgencias, 14 de pediatría, 14 de radiología e imagen. Respecto a las respuestas que presentó el hospital ante este cambio dinámico asociado a la pandemia a nivel educativo, se dio inicio con la reprogramación de las guardias de manera mínima, así como cambiar la enseñanza tradicional a una modalidad en línea y plataformas de salas de conferencias, continuando con los módulos educativos de cada especialidad. Se responsabilizaron a médicos residentes de guardias en varias ocasiones sin contar con médicos adscritos (Médico profesor)

Un plan similar al que describen Chick et al. (2020) en su estudio descriptivo en el marco básico de limitar las reuniones presenciales, posponer o cancelar las operaciones electivas en los hospitales y limitar las rotaciones entre sitios. Ellos proponen varias soluciones que incluyen un modelo de aula invertida, preguntas de práctica en línea, teleconferencias en lugar de conferencias presenciales, participación de residentes en clínicas de telemedicina, simulación de procedimientos y el uso facilitado de videos quirúrgicos (Chick et al., 2020).

El hospital donde realizamos la investigación se enfrentó a dos problemas, el hecho de implementar estrategias en la atención médica de los pacientes con infección por COVID-19, así como proporcionar una formación clínica eficaz a los residentes, esto con muy pocos médicos adscritos que les sirvieran de guía, (antes de la pandemia se contaba con 16 médicos adscritos a medicina interna durante la pandemia con 5 lo que implica que solo se contaba con el 31.5% del personal en medicina interna) por lo que los médicos residentes tuvieron que trasladarse a los medios electrónicos y al aprendizaje informal para tratar de afrontar la pandemia y suplir los conocimientos

obtenidos en los pases de visita presenciales que se realizaban antes de esta terrible enfermedad.

CAPÍTULO II. Marco Teórico.

2.1. Aproximación al referente teórico.

Este trabajo de investigación tiene como base o teoría general, la teoría de las relaciones sociales de Schütz que nos habla de una relación cara a cara, una relación social concreta que creemos pertinente adaptarlo con las interacciones llevadas a cabo entre los médicos residentes con médicos adscritos, pacientes y los propios compañeros de otra jerarquía.

La noción de la realidad intersubjetiva basada en Schütz nos ayudó a comprender cómo los médicos actúan y construyen sus aprendizajes; Schütz hace relevante la importancia del otro, al sentido subjetivo y objetivo del concepto del grupo social que se encuentra en la vida cotidiana.

Un principio clave de la micro sociología fenomenológica es que alude al sentido particular que el mundo social tiene para los sujetos que viven, piensan y actúan dentro de él (Gros, 2017).

La realidad intersubjetiva basada en Schütz (Belvedere, 2013), ayudó a comprender “el cómo” los médicos actúan y aprenden en un contexto de pandemia lo cual es el objetivo central del trabajo de investigación que se realizó. Conoceremos e interpretaremos los obstáculos y aprendizajes a través de entrevistas a profundidad donde identificamos las experiencias mediante la reflexión y análisis a partir de la teoría de Schütz.

En la vida cotidiana todas las personas adultas tienen el “conocimiento a mano”, toda su experiencia se construye a partir de antepasados, de la educación recibida y de las múltiples influencias de la tradición, los hábitos y su propia reflexión (Schütz, 2003).

La educación significa, entonces, una modificación de la persona a partir de su ser cotidiano (Tourrián - López, 2019). Esta modificación puede mejorar la relación con los otros en el fortalecimiento del “nosotros” desde la realidad donde inicia un proceso de educación participativa.

Schütz nos recuerda la importancia del otro, al sentido subjetivo y objetivo del concepto de grupo social que se encuentra en la vida cotidiana, establece los

alcances de la categoría “comprensión”, e intenta lograr un conocimiento del sentido común, cuando se está dentro de una comunidad y cuando se observa fuera de ella (Schütz, 2003), donde predomine el diálogo como acción comunicativa, por medio del cual podemos encontrarnos con el otro y así definirnos conjuntamente. El diálogo es el camino donde podemos estar en ese algo común, es la aproximación hacia los otros, es participar con los otros, ya que participar es “ser parte de las mismas estructuras significativas con otros” (Schütz: 1993. p.132).

Uno de los factores en el aprendizaje de la residencia médica es el mismo residente y sus actitudes hacia el aprendizaje, el factor que tiene mayor experiencia y debería tener plena conciencia es el médico adscrito que funge como profesor clínico y se da como un supuesto que <<su acervo de conocimiento>> es más amplio, por lo cual tiene como compromiso a través de la interacción con él; proveer el entorno apropiado para que el médico residente construya su propio aprendizaje durante un pase de visita, una interconsulta médica o una revisión de ingreso y su desarrollo dentro del ambiente hospitalario.

En el contexto de pandemia, el papel de crear el ambiente de aprendizaje es tomado como propio por los médicos residentes por ser los que pasan mayor tiempo con el paciente y en el medio hospitalario (Mendoza, L., 2020), como veremos más adelante en los resultados de la entrevista en la mayoría de los casos los médicos residentes solo tenían médico adscrito en un solo turno.

Es, por lo tanto, relevante que los especialistas y los residentes que funcionan como profesores clínicos, reflexionen sobre los atributos de un educador clínico efectivo, aquí hablamos de la intersubjetividad a la que hace referencia Schütz (Hernández & Galindo, 2007).

El ser humano en general, y el profesor en particular (médico adscrito), en su interacción cotidiana con el “otro” en la dimensión social adquirió un modo de mirar el mundo (Murcia et al., 2016). El esquema confeccionado en ese proceso socio histórico-cultural, es como un filtro de gran potencia en la propia actuación, en la toma de decisiones y en las formas en que produce el discurso.

Schütz (2003, p. 109) señala que toda experiencia que se le presenta a un individuo se inserta en el fluir de vivencias de su biografía. Las mentes de los médicos

residentes no están en blanco, las interpretaciones y el propio conocimiento vienen a comprometer un cúmulo de conocimientos, de experiencias y de vivencias que históricamente han vivido (Leal, 2006). Esas experiencias han sido comunicadas por nuestros antepasados, cada transmisión del conocimiento es portadora de procesos que integran situaciones que, a su vez, también han sido integradas por otros (Leal, 2006).

Todos realizamos, permanentemente, integraciones de vivencias ocurridas en situaciones y en momentos diferentes. Sin embargo, estas vivencias, independientemente que hayan ocurrido en la “vida cotidiana”, solo las que son significativas y son integradas y articuladas (Leal, 2006), cuando ocurre esto hablamos de aprendizaje.

El conjunto de diversas vivencias es lo que Schütz denomina “acervo de conocimiento” y corresponde a una especie de recursos que sirve de insumo para las interpretaciones y para las explicaciones que cada actor realiza (Cabrioleé, 2010).

Schütz explica que a partir del “acervo de conocimiento”, se actúa en función de las experiencias anteriores con las que cuentan; señala que se pueden considerar los actos humanos desde un punto de vista doble, por ejemplo el significado depende de la elaboración reflexiva de la memoria pero también de las experiencias que surgen en el ambiente natural y cultural que se está viviendo, el cual se encuentra en constante cambio, dando lugar a una gama de posibilidades de significados que conducen a nuevos comportamientos y acciones (Gros, 2017).

La fenomenología centra su atención en los procesos de re significación de la realidad que se llevan a cabo en la vida cotidiana (Fuster et al., 2019), esta perspectiva es la que nos permitió comprender cómo los médicos residentes aceptan, rechazan o negocian los cambios que han sido decididos, independientemente de ellos, por las autoridades, llámese director del hospital, jefe de enseñanza, médico adscrito o médico residente de mayor jerarquía.

Las experiencias son producto de situaciones determinadas, son una forma de conocimiento derivado de la observación, de la participación y de la vivencia de los sujetos a través de procesos ocurridos en la corriente interna de la conciencia.

Las vivencias son registradas como conocimiento nuevo sólo la primera vez, aquellas que son rutinarias e incuestionadas sólo serán usadas para la resolución de situaciones, pero no serán enriquecidas ni generarán nuevos conocimientos, es decir, las experiencias que transcurren “indiscutiblemente” y no son interpretadas, no aportan “nada nuevo” al “acervo de conocimiento” solo aportan como lo referimos anteriormente cuando crean experiencias y cambios incluso de conducta (Schütz, 1993 p. 131).

Los objetos, las personas y situaciones que fueron captados por primera vez por los sujetos en su existencia y en su ser de tal modo, constituyen el conjunto del “acervo de conocimientos”, es decir, un contexto de sentido establecido en experiencias del mundo (Galassi, 2006). En este sentido, Schütz señala que la situación biográfica de una persona se caracteriza porque en cualquier momento de su vida puede disponer de un acervo de conocimiento que está integrado por tipificaciones del mundo: seres animados y objetos inertes, que desde un primer momento son percibidos típicamente (Schütz, 1993), es un concepto utilizado por Schütz para describir la forma en que se juzga a los individuos basándose en suposiciones previas sobre el comportamiento típico de categorías de personas.

2.2. Relación cara a cara.

El primer nivel de relación que Schütz identifica es la “relación cara a cara” y se caracteriza porque el “yo y el yo del otro” comparten un sector común de tiempo y espacio. Al ser el mismo mundo que los rodea, el “yo” puede experimentar directamente las experiencias de ese otro (Rizo, 2007). En el medio hospitalario durante la pandemia se observó que a pesar de compartir un espacio en común los residentes con médicos de diferentes jerarquías estuvo presente el cubre bocas, no podían ver las gesticulaciones, pero eso no fue impedimento para tratar de comprender al otro como lo comentaremos en los hallazgos.

Estas relaciones “cara a cara” se constituyen cuando el “yo” presta atención consciente a la existencia de otro semejante. Schütz llama “orientación tú” a la forma general en que el “yo” experimenta en persona al “tú” (Rodríguez, 2011). En la situación cara a cara la vida consciente de mi semejante se hace accesible para mí por un máximo de indicaciones vividas (Schütz, 1993 pp. 39-40).

En el encuentro con las personas en esa relación cara a cara el “yo” tiene todo un conocimiento previamente constituido. Este abarca el conocimiento general de lo que la otra persona es, conocimiento específico de la persona en cuestión, y el conocimiento de los esquemas interpretativos de otras personas, de sus hábitos, del lenguaje, de los motivos “para” y los motivos “porque” (Schütz, 1993, p. 198).

Se debe entrar en una relación “nosotros” concreta que surge cuando el otro, además de compartir una comunidad de tiempo y espacio, advierte los caracteres específicos de un semejante logrando así tener conciencia de la vida consiente del semejante (Cuenú, 2012).

En la “relación cara a cara”, tenemos una experiencia de nuestros semejantes la cual está presente en cada situación, que pertenece a nuestro “acervo de conocimiento” pre constituido” (Schütz, 1974, p.40).

Los motivos que Schütz reconoce son: “motivos para y motivos porque”. Toda “motivación-para” presupone un repositorio de experiencia que se ha elevado a un status “puedo volver a hacerlo de nuevo” (Leal, R. 2006). Menciona que los “motivos para”, están integrados en sistemas subjetivos de planificación como son planes de vida, planes para el trabajo y el ocio, planes para la próxima vez, necesidad del momento (Schütz, 1974, p. 119). Schütz considera que el “motivo-porque” sólo se puede referir a experiencias vividas en el tiempo pasado (Schütz, 1974, p. 24).

Los “motivos-porque” son la múltiple experiencia que se tiene de sí mismo de sus propias actitudes básicas en el pasado que se condensan en forma de principios máximos, hábitos, gustos, afectos, son elementos para construir los sistemas que pueden ser personificados en una categoría de significado objetivo porque son accesibles a la reconstrucción que hace un actor a partir de los actos (Leal, 2006).

En la presente investigación tanto los médicos residentes como médicos adscritos tuvieron el mismo proyecto en común que era salvar la vida de los pacientes, los residentes no pudieron abandonar a los pacientes ni dejar de asistir al hospital pues estaban cursando su formación para convertirse en médicos especialistas y los pocos médicos adscritos que estaban tenían la responsabilidad moral de ser maestros y guías.

Las expresiones de los médicos residentes son actos comunicativos que implican el uso de signos, en cuanto artefactos u objetos, la mayoría anda con bata blanca, estetoscopios colgados al cuello y si estuvieran cursando la especialidad de pediatría los veríamos con calculadoras y algún adorno infantil (actos que pueden interpretarse mediante esquemas que le son adecuados a su significado) (Gros, 2017).

La acción expresiva, según Schütz, es aquella en la que el actor trata de proyectar hacia afuera los contenidos de su conciencia, su intención es estar orientada hacia el otro (Martínez - García, 2008).

En la vida cotidiana nos encontramos con que muchas situaciones nos son familiares, somos conscientes de que muchas de las experiencias y vivencias son similares entre sí y que ese es el fundamento de nuestra capacidad para interpretar el significado subjetivo de las acciones de los otros; las interacciones llevadas en el hospital por los médicos residentes con sus propios compañeros, con tres médicos adscritos y con el mismo paciente fue el escenario social donde se dio esta relación, y fue el proceso que posibilitó la construcción de los consensos en torno a los significados de la realidad social. El descubrimiento del otro es la materia prima de la interacción y es mediante este proceso que los actores (médicos residentes) adquieren la capacidad de reflexión para verse a sí mismos y dar sentido a la realidad que los rodeó.

Las combinaciones de relaciones pueden ser entre asociados que son las que se establecen entre personas en coexisten en tiempo y espacio; en nuestra investigación podemos observar esta relación entre los médicos residentes de diferentes jerarquías, médicos adscritos con médicos residentes, médicos residentes en relación con personal de enfermería, con pacientes, con familiares de pacientes en el espacio que para propósito de esta investigación es el hospital en el primer año de pandemia, donde existieron aprendizajes que lograron una modificación del actor a partir de su ser cotidiano, la vida del otro se presenta de manera más realista en las relaciones entre “asociados”.

2.3. Aprendizajes.

Las diferentes formas de aprendizajes, entre ellos los informales lo abordaremos con base en los conceptos desarrollados por Schugurensky, y con Schunk (Bates, 2015).

Aprender implica construir y modificar nuestro conocimiento, así como habilidades, estrategias, creencias, actitudes y conductas. Las personas aprenden habilidades cognoscitivas, lingüísticas, motoras y sociales, las cuales pueden adoptar muchas formas (Schunk, 2012).

2.3.1 Aprendizaje informal.

El aprendizaje informal se clasifica en tres formas; a) aprendizaje informal auto dirigido que es definido como el aprendizaje consiente e intencional, que se desarrolla de forma individual o como parte de un grupo, sin la ayuda de un facilitador; b) el aprendizaje incidental, es un aprendizaje no intencional, pero la persona es consciente de la experiencia que se produce cuando él no tiene ninguna intención previa de aprender algo, c) el aprendizaje informal de socialización es inconsciente y no intencional, es cuando las personas interiorizan nuevas actitudes, habilidades, comportamientos (Schugurensky, 2016). La educación significa una modificación del hombre a partir de su ser cotidiano un desenvolvimiento de las posibilidades del ser. (Caballo - Villar et al., 2017).

2.3.2 El aprendizaje basado en las experiencias.

Se trata de aprender a través de las vivencias y experiencias, todo individuo tiene conocimiento previo de algo que nos ha sido enseñado o heredado por nuestros predecesores, contemporáneos y asociados; toda interpretación de este mundo se basa en un acervo de experiencias previas sobre uno que son nuestras o nos han sido transmitidas por padres o maestros (Schütz, 2003, P. 39).

El aprendizaje clínico tiene fortalezas desde el punto de vista educativo, ya que se enfoca en problemas de enfermos reales en el contexto de la práctica profesional. Damos por supuesto que el médico residente reconoce que el entrenamiento clínico en la práctica con los enfermos es la parte más importante del proceso de formación, el aprendizaje que tiene lugar en un entorno donde se tienen experiencias significativas, desde el punto de vista médico es la modalidad más efectiva y a la vez indispensable para adquirir los conocimientos, actitudes y destrezas que hacen al médico un profesional en su área. Los médicos en entrenamiento son motivados por la relevancia de las experiencias clínicas y su participación activa en las mismas, y

varios atributos del médico competente sólo pueden adquirirse en este contexto: profesionalismo, conducta ética, respeto por el enfermo y su familia, trabajo eficiente con el equipo de salud, habilidades de comunicación e interpersonales, razonamiento clínico, empatía, competencia en interrogatorio y exploración física, y un enfoque holístico en el manejo del enfermo (Vera, et al., 2019).

El aprendizaje o la educación clínica es un proceso incluyente que reúne a lo que se ha llamado “la tríada del aprendizaje clínico”, constituida por el paciente, el estudiante (en este trabajo de investigación lo llamaremos médico residente) y el tutor (Médico adscrito) (Vera, et al., 2019). El mundo de la vida cotidiana es intersubjetivo y nos desenvolvemos dentro de él mediante el conocimiento que nos han sido enseñado o heredado por nuestros predecesores, contemporáneos y asociados “toda interpretación de este mundo se basa en un acervo de experiencias previas sobre él que son nuestras o nos han sido transmitidas por padres o maestros” (Hernández & Galindo, 2007).

Abordar el ambiente clínico de aprendizaje-laboral obliga a fragmentarlo en ambiente clínico de aprendizaje y en ambiente laboral (para esta investigación el ambiente laboral es aquel en el que el médico residente tiene relación con los pacientes, porque de ellos aprende todos los días). El ambiente clínico de aprendizaje, exige referir el proceso educativo que se integra de los siguientes elementos: profesores, alumnos, objetivos inmediatos y mediatos así como programas. (Vera, et al., 2019).

El ambiente clínico de aprendizaje-laboral se define como un conjunto de acciones, intercambios, diversas relaciones ejecutadas continuamente y que propician un cúmulo de experiencias para formar al estudiante médico (Vera, et al., 2019).

El aprendizaje-laboral es un grupo formado por las relaciones que se establecen entre el residente, con los otros residentes, con los docentes, personal de salud, y con pacientes, la actitud que se toma frente a la institución formadora repercute en el desarrollo académico, complementado con exigencias laborales y evaluación de conocimientos (Soto, 2013). Los programas de una Especialidad Médica, exigen la formación de competencias, conocimientos y adquisición de profesionalismo; lo anterior se puede desglosar en actitudes, valores éticos e institucionales,

comunicación con pacientes y familiares, empatía y respeto y aplicación de la normatividad que aplica al área de medicina (Soto, 2013).

En este primer punto tiene lugar la experiencia del encuentro clínico con el paciente que puede incluir exploración física, integración diagnóstica con exámenes de laboratorio y radiológicos todo guiado por el médico adscrito a cargo; a este punto denominaremos pase de visita (Díaz, 2005).

El ambiente hospitalario es un escenario de múltiples y diversas actividades que transcurren cotidianamente en interacción directa e indirecta con “otros” contemporáneos, y asociados (Díaz, 2005). Ahora, desde la intención de convertir a ese mundo natural y cotidiano –del que he sido parte integrante- en objeto de conocimiento y contemplación se requiere tal y como lo expresa Schütz, un cambio de actitud que permita describir los objetos o pensamientos de la conciencia del otro, “yo otros”. El propósito de este trabajo de investigación fue conocer los aprendizajes de los médicos residentes a través de la interacción con otros médicos, pacientes, compañeros residentes de diferentes jerarquías en el medio hospitalario durante la pandemia por SARS-CoV-2 y la manera como dan significado a los fenómenos presentados; como dice Schütz (1974, p 43) “si logramos captar el significado podemos analizar la estructura significativa del mundo social”.

Para Schütz la experiencia propia y la experiencia del otro son la base que justifica una interrelación de conocimiento para dar paso a una participación comprensiva “mi experiencia del mundo se justifica mediante la experiencia del otro, esos otros con quienes me interrelacionan conocimientos comunes, tareas comunes y sufrimientos comunes”.(Schütz, 1995, 22)

Toda interpretación de la vida cotidiana se basa en el acervo de conocimiento, que no es otra cosa que las experiencias previas que nos han sido transmitidas por nuestros antepasados, maestros, etc.

CAPÍTULO III: Marco metodológico.

En este capítulo describiremos el paradigma seleccionado, las principales teorías, tipo de investigación y estudio, método, instrumento utilizado, negociación de acceso al campo, los sujetos de investigación, estrategia de análisis y tabla de códigos que nos permitió una mejor interpretación de los datos.

Nuestra aproximación metodológica se basa en el paradigma fenomenológico de Schütz donde se busca la comprensión de los motivos y creencias que están detrás de las acciones de los actores; con enfoque en la sociología interpretativa porque en este enfoque se quiere comprender la motivación de las acciones individuales dentro de un mundo social, tratamos de comprender el sentido del comportamiento del actor, por qué lleva a cabo tal o cual acción. El mundo de la vida cotidiana es intersubjetivo tenemos el conocimiento a mano porque todas las enseñanzas nos fueron heredadas por nuestros “predecesores”, “contemporáneos” y “asociados”.

3.1. Tipo de investigación.

La investigación es cualitativa ya que pretende profundizar en un fenómeno social. Los estudios cualitativos son investigaciones sobre la vida de la gente, las experiencias vividas, los comportamientos, emociones, sentimientos y la interacción entre individuos; se estudia a las personas en el contexto de su pasado y de las situaciones en que se hallan, se trata de comprender a las personas dentro del marco de referencia de ellas mismas (Taylor 1987, pág. 20) La investigación cualitativa pretende acercarse al mundo de “ahí afuera” entender, describir y algunas veces explicar fenómenos sociales desde el interior de varias maneras diferentes, analizando las experiencias de los individuos o de los grupos.

Las experiencias se pueden relacionar con historias de vida biográficas o con prácticas cotidianas (Flick 2015). En nuestra investigación interpretamos la construcción de aprendizajes que tuvieron los médicos residentes mediante las interacciones con sus médicos adscritos y “entre pares” durante el primer año de pandemia por SARS-CoV-2 (COVID-19). Los médicos residentes siempre interactúan con compañeros de mayor jerarquía, asociados y antecesores, una persona aprende de las otras a ver el mundo y darles un significado.

3.2. Tipo de estudio.

Este trabajo de investigación, es un estudio cualitativo, se encuentra enmarcado en la fenomenología social de Schütz, para autores como Taylor (1987). La fenomenología es parte esencial de la conducta humana lo que la gente dice y hace, el producto de cómo se define el mundo, el papel principal de la fenomenología es la interpretación de los datos mismos que se entienden y explican los fenómenos sociales desde la propia perspectiva del actor, examina el modo en que él experimenta a la gente, busca la comprensión en un nivel personal de los motivos y creencias que están detrás de las acciones de cada persona. De acuerdo a Schütz (1974.p.23), el hombre actúa en el mundo social por su naturaleza de ser humano, por tanto, sus acciones tienen un significado y este ser humano se vuelve objeto de estudio o más bien un ser el cual tiene su propio mundo pre interpretado y como ya hemos mencionado. Toda interpretación de este mundo se basa en un acervo de experiencias previas; basados en esta teoría obtendremos información de nuestros actores (médicos residentes) para determinar la forma en que aprendieron, modificaron y obtuvieron nuevas experiencias para ampliar su <<acervo de conocimiento>> durante este primer año de pandemia. Una acción aprendida en el pasado puede influir en el presente, aunque no igual, ya que se encuentra en el pasado, pero esta puede ser utilizada a fin de reflexión y de aprendizaje, desde este punto de vista, el objetivo de la sociología fenomenológica es comprender cómo los individuos dan significado a sus acciones y a la de sus contemporáneos y asociados (Schütz 1974.p 21). Por tanto, consideramos que apoyar nuestro estudio en la teoría de la interacción social de Schütz nos permitió entender y describir cómo se desarrollaron nuevos aprendizajes durante el primer año de pandemia, ya que esta modificó de forma importante las relaciones sociales ya establecidas con anterioridad. Es por eso que parte importante de nuestro estudio fue determinar estos factores que permitieron construir conocimientos a los médicos residentes en el contexto de la pandemia, cómo se llevan a cabo estos procesos y así poder realizar estrategias que permitan mejorar las condiciones bajo las cuales se lleva a cabo el aprendizaje en el ambiente hospitalario de los médicos residentes.

3.3. Método.

La investigación biográfico-narrativa explora la utilización de la historia de vida narrada en extenso como una oportunidad para construir un discurso auténtico que exprese de forma directa las tensiones vividas por una persona en un determinado momento de su vida (Flick, 2015).

Acorde a lo comentado por Flick (2015, p38,139,141) acerca de las perspectivas de investigación cualitativa dentro de los métodos de recolección de datos, las entrevistas narrativas pueden realizarse por grupos de discusión, observación de actores, registro de las interacciones y recogida de documentos, este tipo de método se acompaña de supuestos sobre lo que sucede con las personas que hablan, de acuerdo a Landin & Sánchez (2019) la entrevista biográfica narrativa nos lleva a captar el conocimiento genuino que un sujeto construye desde su experiencia vivida en diversos espacios y tiempos.

3.3.1. Entrevista a profundidad.

En el presente proyecto de investigación se ocupó de la entrevista a profundidad, la cual sigue el modelo de plática entre iguales “encuentros reiterados cara a cara” entre el investigador y los informantes como lo menciona Taylor (1987; pág. 101) reuniones orientadas hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones, tal como lo expresan con sus propias palabras.

En la entrevista a profundidad la construcción de datos se va edificando poco a poco, es un proceso largo y continuo; por lo que la paciencia es un factor significativo que debemos rescatar durante cada encuentro (Robles, 2011).

3.3.2. La negociación de acceso al campo.

Los compromisos establecidos con los médicos residentes y jefatura de enseñanza fueron parte de la negociación de acceso al campo (compromiso de lograr obtener un trabajo de investigación que sirva para mejorar los procesos de enseñanza) mostrar los aprendizajes que identifiquemos mediante actos reflexivos y esquemas analíticos contruidos a partir de los postulados del enfoque de Schütz son también significatividades temáticas que se incluyeron en este proyecto de investigación. Una vez que se acordaron horarios y días, se inició con el proceso de la entrevista, se

elaboró una guía de entrevistas tomando como base la teoría que queríamos desarrollar adaptándonos a lo que íbamos encontrando al entrevistar a cada médico residente.

3.4. Sujetos de investigación / Población y muestra.

Médicos residentes de tercero y cuarto año de especialidad de pediatría y medicina interna en un Hospital de segundo nivel de atención³; debido a que ellos tienen un parámetro comparativo, al inicio de su residencia inician con el programa establecido para los residentes de primer año y al pasar al segundo año y tercero cambia totalmente su programa como consecuencia de la pandemia por Sars-Cov -2.

3.5. La documentación de los datos.

La intención de este apartado es presentar la opción metodológica que utilizamos para documentar los datos de las entrevistas. Flick (2015) señala que el proceso de documentación de los datos comprende tres pasos: registro, edición y construcción del texto. En este caso el registro de las conversaciones con cada médico residente se realizó mediante grabación y posteriormente se realizó la transcripción del material.

3.6. Estrategia de análisis.

Se realizó una lectura global de cada entrevista para lograr identificar lo que los médicos residentes reportan como significativo en sus aprendizajes durante el primer año de pandemia, el análisis intensivo de los datos posterior a su recolecta, se reporta como lo refiere Taylor (1987, pág. 159) que describe el desarrollo de una comprensión en profundidad de los escenarios o personas que se estudian. Este trabajo se enfoca en la comprensión de los escenarios o de las personas mismas, en sus propios términos.

El análisis de los datos constó de dos fases, la primera es una fase de descubrimiento en progreso: identifiqué temas y desarrollé conceptos y proposiciones. La segunda fase fue cuando los datos ya fueron recogidos, incluyó la codificación de los datos y el refinamiento de la comprensión del tema de estudio. Tomando como guía a Mejía-

³ Hospital que brinda las cuatro especialidades básicas como son cirugía, medicina interna, pediatría y ginecología

Navarrete (2011) se inició con el análisis de los datos desde las notas de campo, grabaciones que fueron transcritas el análisis de datos cualitativos se centró en los sujetos, para poder comprender a las personas en su contexto social se tuvo que realizar una revisión crítica de los datos para identificar lo que resultaba significativo.

Tabla 1. Codificación por colores (Mejía – Navarrete, 2011).

Tabla de Códigos

• Aprendizaje no formal	■
• Pase de visita	■
• Sentimientos de los residentes	■
• Aprendizaje Formal	■
• Interconsulta	■
• Deficiencias hospitalarias	■
• Evaluación	■
• Carga excesiva de trabajo	■
• Relación entre compañeros	■
• Relación Adscritos-residente	■

Para la investigación se presenta a la categoría general a) los Aprendizajes (teniendo en cuenta que una categoría general se refiere a conceptos que abarcan un conjunto de propiedades comunes) y como subcategorías a los aprendizajes formales, no formales e informales (las subcategorías son conceptos específicos de una categoría general que le dan especificidad y claridad), b) así como la relación cara a cara, que es el primer nivel de relación que Schütz (1974) identifica y se caracteriza porque el “yo y el yo del otro” comparten un sector común de tiempo y espacio. En la relación cara a cara esta coincidencia de espacio y temporalidad es esencial, ya que es lo que permite la relación entre “yo” y el “otro”, pero esta situación va más allá de coincidir, esta relación permitirá experimentar a “otro” desde nuestra propia perspectiva lo que permitirá el desarrollo de las interacciones sociales.

La teoría que se plantea habla de aprendizajes y después más específico de aprendizajes formales, no formales e informales, y de la relación cara a cara se va a observar en el escenario social que para esta investigación es el hospital, en el medio común, en los “motivos para” y “motivos porque” donde se tenía el mismo proyecto en común entre todos los actores involucrados que es en aprender y salvar la vida del paciente. Al inicio se había determinado que se podía observar en dos momentos uno era en el pase de visita y el otro en una interconsulta médica, sin embargo de acuerdo a las respuestas de los participantes (actores) se fueron encontrando otro tipo de aprendizajes en otros momentos en el hospital durante la pandemia, lo que mostraremos en los hallazgos más adelante.

Tabla 2. Doble hermenéutica.

Códigos	Fragmentos de la entrevista	Teorías /conceptos Relación cara a cara	Análisis interpretativo	Observaciones
Pase de visita				
Aprendizaje informal				
Aprendizaje formal				
Evaluación				

CAPITULO IV. Marco Contextual.

4.1. Contexto Local o Institucional durante la pandemia por Covid-19.

El SARS CoV2 obligó a los profesionales de la salud a vivir en una circunstancia desconocida e inesperada y en un entorno muy diferente al habitual, en ocasiones separados de sus seres queridos, lo que dio como resultado un alto costo emocional, desde su formación académica y su futuro profesional, y hasta su salud. Aunado a esto, trabajan con una sensación de peligro y se enfrentaron a las afecciones emocionales de pacientes y familiares ante la crisis. Las alteraciones que se han documentado en la literatura incluyen: depresión persistente, ansiedad y ataques de pánico, entre otros; por lo que se requirió supervisión constante y detección oportuna de las alteraciones mediante pruebas periódicas y disponer de servicios seguros para el asesoramiento psicológico por medio de dispositivos y aplicaciones electrónicas (Vivanco-Vidal, A. et al., 2020).

En el estado de Puebla ante la emergencia sanitaria, el 24 de Marzo 2020, se emitió el decreto por el cual se establecen las medidas preventivas en materia de salud con motivo del virus COVID-19, que permitió médicos ausentarse de sus labores en los siguientes supuestos: tener síntomas compatibles por COVID-19, personal con más de 60 años y pertenecer a los grupos vulnerables (mujeres embarazadas o con enfermedades crónico-degenerativas), lo que ocasionó carencia de médicos en diferentes servicios que atendieran pacientes con COVID-19, enfermedades generales y traumatizados. Derivado de la situación anterior, dentro del personal médico, la figura de los residentes tomó gran relevancia, ya que son considerados la principal fuerza laboral en los hospitales públicos y privados, es aquí en donde ellos realizan su residencia médica, por tanto, han tenido que ocupar los lugares de muchos médicos que se ausentaron debido a que cuentan con factores de riesgo de contraer COVID-19. (DOF, 2020)

4.2. Hospital General unidad donde se desarrolló el proyecto de investigación.

El Hospital General es una institución considerada como centro de segundo nivel, sin embargo, tiene la particularidad que se cuentan con sub especialistas, área hemodinamia, y dentro de un complejo médico donde existe el servicio de oncología y hospital de la mujer donde son atendidas mujeres embarazadas de alto riesgo, cuenta con diversas especialidades que requieren diferentes formas de aprendizaje.

Se cuenta con especialidades que duran 4 años como es el caso del servicio de Medicina interna y Cirugía, las especialidades de Anestesiología y pediatría que son de tres años, en nuestra investigación fueron los médicos residentes de tercer año de especialidad de pediatría y cuarto año de medicina interna que estuvieron un año con el programa formativo que se lleva a cabo en el Hospital y posteriormente cambian de manera radical su forma de aprendizaje por la Pandemia Covid-19 (pases de visita con adscrito en algunas ocasiones pero solo por las mañanas , donde se tiene lugar la experiencia del encuentro clínico con el paciente que puede incluir exploración física, integración diagnóstica con exámenes de laboratorio y radiológicos, todo guiado por el médico adscrito a cargo.

El aprendizaje o la educación clínica es un proceso incluyente que reúne a lo que se ha llamado “la tríada del aprendizaje clínico”, constituida por el paciente, el estudiante (médico residente) y tutor (médico adscrito) (Maroto, 2016), que prácticamente en pandemia se omitió.

4.3. Cambios en la enseñanza y jornada laboral de médicos residentes a causa de Covid - 19.

Se indicaron guardias de 24 horas, (antes de la pandemia todos los médicos residentes entraban a guardia a las siete de la mañana y se iban a las 17 horas del día siguiente, debido a la pandemia se hicieron guardias mínimas solo llegaba el médico residente que tenía asignada la guardia a las siete de la mañana y salía a las 7 am del siguiente día entregando guardia a su compañero). En este contexto se dieron casos de reubicación de residentes a salas de atención de pacientes con COVID-19 aunque sus especialidades no estuvieran directamente relacionadas con el manejo de estos pacientes, como es el caso de las especialidades de anestesiología, en el Hospital donde desarrollamos el proyecto.

De acuerdo a lo comentado en entrevistas se refieren que los más afectados fueron los residentes de las especialidades quirúrgicas por haberse decretado en casi todos los hospitales del país y del estado de Puebla la suspensión de las cirugías electivas, las cuales son cruciales para su aprendizaje práctico. De igual forma, en el hospital se limitaron ciertos procedimientos que afectaron a especialidades que las realizan como es el caso de las endoscopias o los procedimientos de la cardiología intervencionista.

La pandemia también produjo otros inconvenientes en los procesos de evaluación o el aplazamiento de las rotaciones entre especialidades, que son la base de la formación integral de muchos programas de residentes, situación que sucedió en el hospital donde se realiza la investigación donde se cancelaron todas las rotaciones clínicas a otros hospitales.

Respecto a las respuestas que presentó dicho hospital, se inició con una reprogramación de guardias laborales de manera mínima, así como continuar con los procesos de enseñanza en línea y plataformas de salas de conferencias cumpliendo con los módulos educativos de cada especialidad.

Otros aspectos, como las interacciones de estudiantes y profesores, la accesibilidad de los materiales y la gestión del tiempo, también pueden afectar la educación en línea. A nivel nacional sabemos que la atención médica durante esta etapa de pandemia sufrió cambios, y el Hospital General, acondicionó áreas específicas en el servicio de urgencias y medicina interna para la atención de pacientes infectados por SARS-Cov2, sin embargo, el volumen de pacientes que ingresaban a urgencias por padecimientos independientes de COVID-19 disminuyó considerablemente con la progresión de la pandemia. Se observaron situaciones similares en varios países de Europa y algunos estados de los Estados Unidos.

Esta caída de ingresos por patologías independientes a la infección por SARS-CoV2, se puede atribuir al miedo de las personas a infectarse y ser una carga para el sistema de atención de salud, como se informó en varios países. Además, las personas que se quedaban en casa debido a la política de cuarentena del gobierno o el miedo a la infección por COVID-19 pueden reducir los accidentes de tráfico, las enfermedades infecciosas no COVID, las lesiones deportivas, etc. Esto también provocó una disminución del volumen de urgencias.

En el departamento de medicina interna del Hospital donde se realizó la investigación se implementó un módulo específico de temas selectos de COVID-19, así como algoritmos de abordaje con base en las evidencias científicas internacionales, como parte de la preocupación por los residentes en el conocimiento de esta patología.

Una estrategia de aprendizaje es la utilización de la telemedicina, que se aplicó en nuestro país y en nuestra institución de salud se implementó por parte de la Secretaría

de Salud del Estado de Puebla, a través del Centro Médico Virtual de Alta Especialidad (CEMEVI), con el compromiso de brindar asesoría a los profesionales de la salud, para mantener una atención médica de alta calidad, sobre todo en la atención del paciente con infección por COVID-19 que nos exigió esta pandemia.

El aprendizaje a distancia apoyado en las TIC fue una herramienta poderosa para optimizar la enseñanza en la emergencia sanitaria las redes, el you tube, los chats sirvieron a médicos residentes para dar diagnósticos y tratamientos oportunos.

4.4. Centro médico Virtual de Alta Especialidad.

Ante el decreto emitido secundario a la Pandemia por SARS-CoV-2 donde se fueron a resguardo médicos de más de 60 años y con alguna comorbilidad, los hospitales se quedan sin especialistas y sub especialistas, se cierra la terapia intensiva. Se crea el centro médico virtual de alta especialidad, entrando en función en junio del año 2020 ubicado dentro del Hospital donde realizamos la investigación. Se crea como respuesta emergente para la capacitación, orientación y enseñanza a los médicos a cargo de pacientes con diagnóstico por SARS-CoV-2 en una primera instancia y posteriormente de todo tipo de pacientes que requirieron asesoría de especialistas y sub especialistas (Gobierno de Puebla, 2020).

A partir de octubre del año 2020 se reiniciaron las capacitaciones y sesiones semanales a todos los médicos residentes del Hospital y se implementaron cursos a través de la plataforma del centro médico virtual de alta especialidad, sin embargo, a través de estas capacitaciones se fueron solicitando por los propios médicos residentes temas y cursos que tienen que ver con especialidades en particular (Gobierno de Puebla, 2020).

4.5. Casos Covid - 19 en médicos.

Empiezan a incrementarse los casos positivos de Covid - 19 en médicos adscritos que no se habían retirado; para Julio del 2020 se tenían reportados 150 casos positivos entre el personal de salud de los cuales 58 fueron médicos, incrementando aún más la carga laboral sumando estrés y auto exigencias en médicos residentes y adscritos que permanecen en el Hospital. Se presentan casos positivos de Covid-19 en médicos residentes, inicia nuevamente reestructuración para la atención tanto de pacientes con diagnósticos de Covid como de otras patologías, médicos que no se

habían aislado deciden retirarse del Hospital y los médicos que salieron positivos para Covid se tuvieron que aislar mínimo por 14 días.

Se presenta un suicidio en un médico residente, se decide comenzar sesiones de terapia grupal e individual, así como reuniones de trabajo con jefaturas de enseñanza para determinar el seguimiento con los médicos residentes comenzando terapias psicológicas individuales y grupales.

CAPITULO V. Resultados.

“El paciente como un libro abierto”

“Aprender medicina sin libros es como salir al mar sin mapas, pero intentar Aprenderla sin pacientes es como ni siquiera salir al mar”.

William Soler (Lisita, 2018)

La educación médica tradicional autoritaria que estábamos acostumbrados a ejercer, nos impedía escuchar lo que los pacientes tienen que decir; la pandemia por Sars-Cov 2 que se vivió en todo el mundo nos permitió darnos cuenta que uno aprende del paciente y con el paciente; estar con un paciente es un tesoro invaluable, debido a que revelan más que un cúmulo de notas médicas o resultados de laboratorio.

En la investigación realizada los médicos residentes refieren en sus respuestas que los pacientes han sido como un libro abierto, reflexionaron e interiorizaron actitudes, entendiendo que para comprender mejor al paciente, para leerlo en profundidad, se requiere una actitud abierta, empática, la cual se debe ir construyendo en el ambiente hospitalario en el transcurso del tiempo, a partir de sus interacciones cotidianas como afirma Schütz al vivir en el mundo, vivimos con otros y para otros, y orientamos nuestra vida hacia ellos, al vivenciarlos como otros, como contemporáneos, y sucesores, al unirnos con ellos en la actividad y el trabajo común.

Se aprende cuando se valora el encuentro con el paciente, aquí surge la relación cara a cara que refiere Schütz que se caracteriza porque el “yo y el yo del otro” comparten un sector común de tiempo y espacio. En la relación cara a cara esta coincidencia de espacio y temporalidad es esencial, ya que es lo que permite la relación entre “yo” y el “otro”, pero esta situación va más allá de coincidir, esta relación permitirá experimentar a “otro”. Esta relación cara a cara nos permitirá tomar conciencia del “otro”, experimentarlo, captar su existencia, esto es lo que llamamos “orientación tú”. Cuando este reconocimiento del “otro” se vuelve recíproco hablaremos de una “relación nosotros pura” y esto es la esencia de la interacción social. Aquí logramos observar aprendizajes tanto de socialización como incidentales donde el aprendizaje

no es intencional pero el médico residente se volvió consciente de la experiencia que tiene al revisar y tratar a pacientes

De las entrevistas de la participación de nueve médicos residentes de tercero y cuarto año de especialidad, se puede desprender este análisis donde se extraen las co-ocurrencias (dos códigos coexisten en una cita, ya sea porque están coincidiendo en una misma cita o están en contacto físico una con la otra) (tabla 3).

Tabla 3. Co -ocurrencias de aprendizajes formales, informales e interacciones del médico residente con el personal.

	Aprendizajes					Interacciones del médico residente con el resto del personal			
	Aprendizaje formal Categorías (No. de ocurrencias o coocurrencias)			Aprendizaje informal Categorías (No. de ocurrencias o coocurrencias)		Auto dirigido	Incidental	Social	Relaciones cara a cara
	Pase de visita	Pase de visita adscrito	de s/ ción	Evalua ción	Intercon sulta				
Aspectos a Mejorar.	27	0	9	1	0	0	0	5	
Análisis de Sentimiento	Negativo	46	1	9	2	1	3	2	9
	Neutral	12	1	2	2	6	2	1	3
	Positivo	12	0	0	5	5	12	12	24

Fuente: Aguirre-Barbosa, Sánchez-Bereber (2023).

Se puede observar que la mayor cantidad de co-ocurrencias se encuentran en la columna de "Pase de visitas c/ adscrito" sobre todo en el análisis de sentimiento negativo con una frecuencia de coincidencia de 46 veces, seguida de los aspectos a mejorar con 27 veces de coincidencia, y en tercer lugar de coincidencias se encuentra "Relaciones cara a cara" que coincide 24 veces con un análisis de sentimiento positivo, lo que podemos traducir la importancia que tiene para el médico residente una relación cara a cara, un pase de visita con adscrito.

5.1. Aprendizaje de los médicos residentes a través de interacción con personal activo.

La formación académica del médico residente se centra en adquirir una gran cantidad de habilidades cognoscitivas para identificar la enfermedad y dar un diagnóstico y tratamiento adecuado, dejando de lado la adquisición de habilidades emocionales, lo cual es una dimensión importante en la que se debe trabajar para facilitar la interacción con los pacientes y nuestros pares, mejorando sus relaciones; esta dimensión de la persona a menudo no se planifica y se deja en manos de la persona que aprende, esperando que esta se haga cargo de toda su gestión y desarrollo, pero en la que debe intervenir el médico responsable de la formación de los médicos residentes denominados en este hospital donde realizamos la investigación "titulares" "adjuntos", "auxiliares", "invitados externos", etc.

Para comprender los aprendizajes construidos por los médicos residentes a través de interacción con personal activo se observó que los participantes perciben que aprenden en la interacción cara a cara, estos aprendizajes se adquieren a través del cuestionamiento que los médicos adscritos y especialistas les hacen durante el pase de visita o en las interconsultas. También señalan que han aprendido del personal de enfermería al interactuar con ellos considerándolos un gran soporte.

Dentro de las frases que se encontraron comúnmente relacionadas con este tema en diferentes escenarios y actores:

5.1.1. Interacción con adscrito.

E3: "pues en piso, bueno en general los pases de visita (acudir frente a la cama del paciente para explorar al paciente , realizar un diagnóstico y tratamiento) generan

un poco de nervio al cuestionamiento al preguntar pero eso es la manera en el que uno termina aprendiendo más, entonces siempre me genera un poco de nervio el pase de visita independientemente de que era R-2 y actualmente ya R-3, siempre existe la pregunta, siempre existe la manera de intentar abordar a los paciente algo que a lo mejor pues no lo observamos bien, a lo mejor siempre el adscrito que tiene más de experiencia lo sabe identificar más que nosotros y esa es la manera en la que aprendemos, entonces.”

5.1.2 Interacción con adscrito en una Interconsulta.

Se puede observar en la interacción cara a cara con los adscritos o subespecialistas cómo se afinan los conocimientos de tal manera que si el médico en formación no es capaz de detectar alguna problemática en el paciente ellos lo detectan y transmiten los conocimientos.

E3: “Cuando yo pido la valoración por ejemplo a neurología, con la neuróloga, entonces la neuróloga llega y lo primero que te va a pedir es el estudio de imagen, resonancia, tomografía o el electroencefalograma entonces cosas muy finas o cosas que uno no ve, pues es lo que la doctora lo complementa, lo mismo pasa con cardiología si yo no detecto algo, él subespecialista, sí lo detecta”

5.1.3 Interacción y aprendizaje con otro personal activo.

E9: “He aprendido más de mis compañeros residentes, del personal de enfermería que definitivamente es el que más nos ha apoyado ese es un hecho y si ha habido adscritos que de forma particular cuando tú rotas con ellos en su servicio con ellos como hematología sí, si se abocan a enseñarte, pero en términos generales no, no ha habido alguien que nos guíe como tal”.

La diversidad de personal dentro de una unidad como lo ejemplifican en este párrafo, podemos decir que todos ellos manejan un lenguaje compartido el cual es un punto importante para su formación como especialistas.

También podemos ver que el aprendizaje del médico residente no es exclusivo del médico adscrito si bien es cierto tienen la experiencia dentro del perfil experto, también es importante el aprendizaje formativo donde participan cara a cara otros actores como es el personal de enfermería.

El hospital es un escenario privilegiado por la gran cantidad de tiempo que permanecen los residentes para lograr obtener una especialidad, “el mundo de la vida cotidiana” donde se relacionan con los otros. Aquí en este mundo es donde se van construyendo los significados, donde los actores se vincularon compartiendo valores, creencias y el mismo objetivo que era salvar vidas. Dentro de las entrevistas se puede identificar varias herramientas que favorecen al proceso de aprendizaje como son el cuestionamiento, la experiencia de otros, el enseñar a identificar lo que normalmente no percibirían (como dice Schütz la experiencia propia y la experiencia del otro son la base que justifica una interrelación de conocimientos para dar paso a una participación comprensiva). Toda interpretación de la vida cotidiana se basa en el acervo de conocimiento que no es otra cosa que las experiencias previas que nos han sido transmitidas por nuestros antepasados o antecesores como en el caso de residentes de mayor jerarquía y de algunos profesores que los apoyaron.

Podemos detectar las actividades formales que se involucran en el aprendizaje como son el pase de visita y la interconsulta. El personal en formación espera que estas se generen solo por los adscritos podemos ver que hay otras interacciones o espacios informales que contribuyen a su aprendizaje.

5.1.4 Aprendizaje de los médicos residentes a través de interacción entre pares.

El comprender los aprendizajes construidos por los médicos residentes entre pares (mismos residentes), todos los participantes mencionan que en sus años de residencia han aprendido más de sus compañeros residentes de mayor jerarquía quienes son los que los cuestionan, comparten información, debaten diagnósticos y/o tratamientos.

E9: “Actualmente ya no, antes sí era más estricto el aprendizaje, pero no tanto por los médicos adscritos, era más por nuestros residentes de mayor jerarquía, que nos cuestionaban mucho, acerca de los manejos que dábamos y demás, pero el adscrito durante el pase de visita realmente no aporta mucho”

Las combinaciones de relaciones son entre asociados porque coexisten en tiempo y espacio; aquí en esta investigación las interrelaciones se documentaron entre compañeros residentes de diferentes jerarquías. El aprendizaje es un proceso

colaborativo. La interacción con el otro, el diferente, permite avanzar en el aprendizaje en la medida que plantea ideas, preguntas, ejemplos que uno no habría considerado de no haber tenido lugar el intercambio.

La riqueza de los aprendizajes, se encontró en espacios informales de interacción entre médicos residentes consensando entre ellos (pares y asociados) y médicos residentes con pacientes, en internet, más que en actividades formales de aprendizaje. Entre pares se logró la relación cara a cara, potencializando el aprendizaje.

5.2 Aprendizaje de los médicos residentes a través de interacción entre paciente-familiar.

El aprendizaje adquirido por los participantes en la interacción con el paciente-familiar y las frases positivas relacionadas en el aprendizaje se encuentra estrechamente relacionadas, pues se percibe que la mejor forma de aprender es lo vivido en relación directa con el paciente. Los ejemplos a continuación, ponen de manifiesto la necesidad de acompañar el aprendizaje teórico (revisión de artículos, diagnóstico de las enfermedades, etc.) con el aprendizaje práctico-visual de la exploración médica, de las técnicas para realizar procedimientos, etc.

E8: “en la pandemia yo realmente aprendí con el paciente en una relación directa con él, eso me sirvió para tomar decisiones, enfrentarme yo solo sin ayuda de nadie.”

E6: “pero si pudiéramos mejorar los pases de visita yo lo que sí haría más hincapié en las enfermedades del paciente”.

E6: “de hecho sería lo ideal si le van a dar seguimiento al paciente y vamos a tener contacto con ellos, sería lo ideal que nos dejen pues un tema por la razón que llegó el paciente y de ahí ya nosotros poderlos retomar con el sub especialista”.

E8: “con algunos sí son muy puntuales en cuanto a sus interconsultas te dicen y te explican el por qué llegaron a ese tipo de manejo”.

E9: “y que nos enseñara en vivo al paciente y esto se hace así por esta razón y en hemato si hace esos frotis y esto es una plaqueta, mira aquí está la imagen en vivo_si vas hacer un procedimiento aquí está la técnica y aquí lo vamos hacer en vivo, así es

como deberían de hacerse las cosas y si efectivamente si ya te enseñé los restos de los procedimientos te toca a ti hacerlos”

En términos de aprendizaje in situ; este último párrafo nos muestra cómo el estudiante va más allá de la teoría, sino que también busca como verbalizar y llevar a la práctica el conocimiento. También podemos ver que no basta solo el conocimiento teórico también es importante la capacidad de análisis, la exploración física del paciente, el aprendizaje no es solo una cosa es un conjunto de actividades, experiencias, interacciones.

Observando y entendiendo las respuestas, es entender como un libro al paciente nos permite descubrir actitudes que son necesarias para hacer una lectura con él, constituye una fortaleza para ser más efectivos en nuestro ejercicio profesional, en nuestras relaciones entre pares, con sucesores dentro del contexto hospitalario. Los que aprendemos debemos interactuar, salirnos de uno mismo y progresar, intercambiando experiencias, incluso observando cómo nuestros contemporáneos realizan una tarea, reflexionando cómo la haríamos nosotros.

El aprendizaje en la práctica o en la experiencia, el ejemplo más fehaciente es la interacción con pacientes y familiares. Bermúdez (2011) refiere en su artículo de las interacciones sociales los procesos subjetivos y objetivos del contexto real en que se desarrollan, además del reconocimiento de determinadas pautas culturales y modos de comportamientos, a través de la cual se expresan e interactúan en el contexto donde se insertan. Por lo que observamos en las frases compartidas por los residentes se refleja como este contexto contribuye a su manera de pensar y actuar, finalmente convirtiéndose en un aprendizaje, donde los mismos pacientes explican porque llegaron a ese tipo de manejo, muestra cómo el paciente conoce su condición existiendo una retroalimentación con el médico es decir nos enseña en vivo.

5.3. Aprendizaje de médicos residentes ante un escenario de COVID.

Al identificar la deficiencia de equipo, personal etc., que favorece un pensamiento negativo y afectaba en el aprendizaje de los residentes. Los participantes percibieron poco apoyo de la mayoría de los adscritos, sobre todo durante la pandemia, ya que muchos se fueron de permiso. También mencionan presupuestos reducidos, falta de medicamentos e insumos médicos, falta de unidades

y médicos especialistas. Estas deficiencias son solventadas por los residentes al invertir su dinero, comprar sus propios instrumentos o hacer pruebas de ensayo y error y discusiones con sus pares para poder diagnosticar o dar un tratamiento. Algunos ejemplos de estos aspectos son los siguientes:

E9: “y emocionalmente a mí me quebró el COVID, me sentí muy sola definitivamente muy sola porque el adscrito llegaba y a veces incluso se pavoneaba de decir ya cuelga yo ya vi a tantos, yo ya vi esto, ya vi el otro y aquí pelear porque no te daban equipo porque no había medicamentos, porque los pacientes intubados se despertaban, porque estaban chocados incluso muchos tuvimos que invertir de nuestro propio dinero para tratar de mantenernos lo más sanos posible.”

E3: “si yo pudiera cambiar el servicio primero traería más adscritos pero adscritos especialistas, lo siguiente es pues lamentablemente este es un hospital de Gobierno y dependemos del presupuesto gubernamental, pero aquí hace falta muchas cosas; harían falta en primer abasto de medicamentos que se manejen biológicos por ejemplo ,¿qué más cambiaría? cambiaría pues no digo hacerlo un San José⁴ pero pues casi así, es que así debería ser el hospital es decir debería tener su propia unidad Neurología, su propia unidad de Hematología, su propia unidad de gastroenterología, porque aquí no tenemos gastroenterólogo entonces como no hay gastroenterólogo pues nos mandan a rotar a gastroenterología pues a San José por ejemplo o a donde haya el problema. Es que por ejemplo tenemos pacientes que requieren pues la valoración por un gastroenterólogo un paciente que está con sangrado tubo digestivo o que tenga alguna epigastralgia o que se yo.”

Durante la Pandemia pudimos ver un escenario álgido, difícil para los que estuvieron frente a él con déficit de equipo y personal, el trato entre pares, adscritos; se suscitó en un ambiente no tan cordial que para el momento que se estaba viviendo contribuía a la formación y adquisición de conocimiento. También el hecho de no tener a todo el personal activo, déficit de especialistas lo cual vulneraba la formación de los

⁴ San José es conocido así, pero es Centro Médico de Alta Especialidad Manuel Ávila Camacho

residentes y anteriormente ellos podían adquirir los conocimientos en otras instituciones, pero ante un escenario de Pandemia como fue COVID-19, esto ya no era posible. Donde la carencia de insumos y personal al final afectaron su aprendizaje.

5.4. Aprendizaje informal.

El tipo de herramienta empleada para el autoaprendizaje o aprendizaje no dirigido por parte de los residentes durante la pandemia para solventar la suspensión del seguimiento en el aprendizaje informal, durante la pandemia, los participantes comentan que hicieron uso de recursos Tics (Tecnologías de la información y la comunicación) para poder capacitarse y obtener más conocimientos, estos esfuerzos se consideran dentro del aprendizaje informal. Además de plataformas como fueron YouTube, webinars, buscadores de artículos especializados, información en la internet, y congresos o cursos que se ofertaron en línea debido a la pandemia. Esto último fue percibido como muy bueno, pues les permitió acceder a congresos y cursos a los cuales no hubieran podido asistir si fueran presenciales.

E3: “que me ayuda más, le digo yo con un celular y una computadora yo tengo más capacidad o más conocimiento que cualquier adscrito o sea porque la información está al día o sea todo está en internet todo, las guías los artículos salen todos los días, salen artículos todos los días si yo buscara un tema puedo encontrar unos 60 artículos o sea todo está al alcance de la mano...”

E1: “los webinar muy buenos, la internet la información es útil, fue bueno que estos congresos internacionales y nacionales los hicieron por internet donde más gente tenía acceso por ejemplo un Congreso europeo de Cardiología que eso fuera de la Academia imposible, tienes que ir hasta allá para verlo”.

En estos fragmentos resaltan el uso de Tics y que los ayudó a estar informados y al día con la información que se fue generando, pero también es importante tomar en consideración la experiencia de los médicos adscritos que si bien se tienen diversas edades con capacidades de conocimientos diferentes siempre hay algo que aprender de cada persona, por lo que es importante hacer hincapié que hay conocimientos de décadas anteriores que aún siguen vigentes y que se van complementando con los

que van generándose día a día. Reflexionando ahora que ha finalizado la pandemia esta posibilidad de adquisición de conocimiento mediante el uso de la Tics y plataformas se ha limitado, si bien es cierto persisten algunos cursos en modalidad híbrida la mayoría se han incorporado a la preespecialidad lo que va limitando poco a poco su acceso.

Podemos visualizar en sí cuatro elementos principales en el aprendizaje de los médicos residentes; la teórica, la guía o tutoría de personal adscrito (médico, enfermera, etc.) y el uso de las tecnologías de la información.

Las frases negativas comúnmente relacionadas con un aprendizaje. Los participantes mencionan como principal deficiencia en el aprendizaje la poca motivación o falta de actualización de los médicos adscritos a enseñarles, y delegarles las tareas administrativas sin repasar o comentar los tratamientos o procedimientos a realizar, dos ejemplos de estas menciones son las siguientes citas:

E9: “No hacen trámites administrativos (los adscritos), no hacen procedimientos y a nosotros en determinado momento nos volvemos hábiles en ese tipo de procedimientos, nos volvemos tanto kamikazes porque con pocos recursos hacemos muchísimas cosas; sin embargo creo que no es la forma ideal de aprender, debemos tener una teoría, tenemos que tener un guía porque se supone que él es el experto en determinadas áreas y vamos aprendiendo conforme se nos van presentando las situaciones y las complicaciones en cada uno de los pacientes.”

E8: “que nos explicaran con el paciente ahí cómo explorar, que hiciéramos diagnósticos diferenciales, que nos evaluaran de acuerdo a lo que uno discute sobre la enfermedad del paciente que no solo se ríen de nuestros manejos”.

5.5. Pase de visita antes, durante y después de la pandemia.

Al analizar los pases de visita en diferentes momentos nos revela comentarios comparativos sobre el aprendizaje formal que se debe dar durante el pase de visita con los adscritos, antes y durante la pandemia. En estos comentarios se percibe que antes de la pandemia en todos los turnos, después de dar las indicaciones los

médicos encargados se retiran y pocas veces los residentes cuentan con algún experto para realizar alguna consulta o un guía si se da una urgencia. Por el contrario, durante la pandemia los residentes se percibieron solos porque muchos médicos adscritos se fueron de permiso y tuvieron que resolver los problemas médicos por sí mismos; situación que no mejoró al regreso de la pandemia, pues los residentes se percibieron desvalorizados, insuficientes para ser respetados y enseñados, y desgastados emocionalmente. Algunos ejemplos de estas percepciones se aprecian en las siguientes citas:

Antes de la pandemia

E9: “antes de la pandemia los pases de visita eran a pie de cama, los médicos adscritos normalmente pasan un ratito, dan informes a los familiares que estén a pie de cama se retiran y ya nosotros hacemos los procedimientos, algunos trámites administrativos y vemos la evolución del paciente a lo largo de la tarde, noche y honestamente si tenemos alguna duda o el paciente llega a presentar algún tipo de reacción o complicación, el adscrito como tal o el que está encargado del paciente en específico muchas veces ya no está a la hora que se presenta la complicación, ya sea que acudiéramos antes de la pandemia el médico del turno de la tarde o de la noche medio nos orientaba, con respecto a cómo tratar en su momento la urgencia o si no le consensuamos entre nosotros o con nuestro residente de mayor jerarquía y ya se resolvía”.

Durante la pandemia.

E4: “Pues cambió porque la mitad de los adscritos se fue y entonces solamente quedaban algunos y cómo trabajamos por guardias teníamos que pasar con todos los pacientes y pues era un pase muy rápido, digo siempre intentábamos poner atención a los pacientes y todo, pero obviamente éramos muy pocos como para hacer todo, todo a tiempo”.

Después de la pandemia.

E9: “pero regresaron con esa misma actitud de “yo soy el adscrito como yo voy hacer una nota, como yo voy a quedarme hasta las tres de la tarde o sea que pretendes que yo te enseñe” y eso fue todavía un golpe más duro porque en lo particular me sentía todavía más decepcionada de ellos.

Sobre el aprendizaje que se da de manera incidental los participantes mencionan que aprender a trabajar en equipo ha sido la mayor herramienta adquirida durante sus años de residencia, pero sobre todo durante la pandemia, ya que les permitió intercambiar conocimiento, experiencia y llegar a consensos de tratamiento entre los mismos residentes o con el personal con el que trabajan día a día. También se hace mención a aprendizajes adquiridos durante la pandemia que no fueron esperados, como a entubar, tomar decisiones y confiar en su conocimiento práctico. Algunos ejemplos de citas relacionadas con esto son las siguientes.

E9: “Nosotros salimos adelante porque creo que eso es lo que aprendimos, a trabajar en equipo y sin bien los éxitos no fueron muchos los pocos que tuvimos fueron propios, no fueron por ayuda de los adscritos.”

E8: “a lo mejor no aprendimos lo que teníamos que aprender en nuestro año de residencia, pero a intubar nadie me gana”

E8: “fue más porque nos dedicamos a leer, a auto-enseñarnos, por consensuar entre nosotros”

Como podemos observar uno de los aprendizajes se llevó a cabo en el pase de visita, pero no necesariamente acompañado de médicos adscritos; la investigación muestra que durante la pandemia los entrevistados en el turno matutino era el único turno en que se realizaba un pase de visita acompañado por un médico adscrito o un facilitador, que generalmente siempre era el jefe de servicio; se demostró que el aprendizaje durante el turno vespertino y nocturno fue informal auto dirigido, porque no hubo la ayuda de un facilitador que sostuviera el papel de profesor y porque intencionalmente buscaban las soluciones consensuando entre ellos lo que les permitió construir y reconstruir sus conocimientos en función de sus conocimientos previos, sus experiencias y asociaciones, dándoles un significado.

5.6. Aprendizaje y toma de decisiones ante un escenario de Pandemia.

Los participantes informan que han aprendido mucho en la relación médico paciente, poniendo en práctica el conocimiento adquirido en clases, sin embargo,

cuando no tienen la guía de un médico adscrito, los participantes perciben que deben tomar decisiones de ensayo y error con el paciente aprendiendo en el proceso. A continuación, se presentan algunos ejemplos de estas menciones.

E8: “en la pandemia yo realmente aprendí con el paciente en una relación directa con él, eso me sirvió para tomar decisiones, enfrentarme yo solo sin ayuda de nadie”.

E9: “lamentablemente en experimentar con los pacientes acerca de los tratamientos que se iban dando”.

E1: “He aprendido más de mis compañeros residentes, de mi novio que es médico y de las enfermeras y definitivamente de los pacientes, hasta ellos me decían qué hacer, tuve un compañero médico enfermo de covid y él me decía hasta qué colocarle en las indicaciones”

Dentro de los aprendizajes de socialización se obtuvieron a través de la convivencia que tenían con las demás personas ellos refieren: aprendemos reglas de convivencia, habilidades sociales y afrontamiento, y recibimos algún tipo de apoyo social; este conocimiento es catalogado como aprendizaje social. Los tipos de apoyo social que podemos recibir son: A) Emocionales: afectos, confianza, compañía, empatía, reconocimiento, escucha. B) Instrumentales: Ayuda para transportarse, labores del hogar, hacer las compras, el cuidado o acompañamiento. C) Cognitivos: Intercambio de experiencias, información, consejos que permitan entender o recordar una situación, etc. D) Materiales: Dinero, alojamiento, comida, ropa, donaciones, etc.

En cuanto a esto, los participantes perciben apoyo emocional y cognitivos de sus compañeros residentes, al hacer amistades e intercambiar conocimientos, debates o llamadas de atención. Los aprendizajes adquiridos a partir de la socialización están muy relacionados con el intercambio de experiencias y conocimientos entre residentes, construyendo grupos de aprendizaje.

E8: (sobre el ingreso de nuevos pacientes) “sí es importante para mí porque entre nosotros nos cuestionamos todos”. (Entre residentes)

E6: “De los que más aprendí fueron mis compañeros residentes de mayor jerarquía ellos son los que más me enseñaron, los que más me ayudaron a resolver problemas de los pacientes, con los que más temas pude resolver; este, adscritos pues sí también me ayudaron bastante no todos, específicamente hay algunos adscritos en pediatría que sí son muy específicos en nuestro desempeño, en nuestra formación, en fin, hay un adscrito que se preocupa mucho por nuestro aprendizaje en cada uno de los pases de visita”.

E4: “Sí pues he ganado amigos o sea todos los R-3⁵ somos amigos buenos amigos y siempre nos apoyamos”.

Las experiencias que dejó la pandemia fueron mayor sensibilidad y mejor trato hacia el paciente, empatía, información solidaria de la muerte de un familiar. De los aprendizajes informales se observaron los aprendizajes auto dirigido, incidental y de socialización (Schugurensky, D. 2016).

Aprendieron sin un facilitador en algunos turnos, aprendieron a escuchar a los pacientes, aprendieron a reflexionar e interiorizar sus actitudes. Los resultados nos obligan a tener otra mirada en la formación de nuevas generaciones que a pesar de tener miedo a contagiarse y de no contar con médicos adscritos, en todos los turnos fueron capaces de desarrollar nuevos aprendizajes con profesionalismo.

Un punto que hay que considerar de los referidos por los médicos residentes es que se debe pensar más en el respeto entre pares y personal de mayor jerarquía, que esto no sea una condicionante del aprendizaje que las opiniones de manejo se tomen con respeto y se guíe de manera adecuada al médico residente. También se percibe una ausencia del médico adscrito lo cual se intensifica más durante la pandemia, pues nos lleva a reflexionar más sobre el papel regulador y de guía del médico que está como responsable del residente. Es necesario reparar esta relación lo cual se verá reflejada en la transmisión del conocimiento.

5.7. Evaluación de los médicos residentes antes y durante la Pandemia.

⁵ Residentes de tercer año de especialidad

El proceso de evaluación sí es aplicado en el proceso formal de adquisición del conocimiento, este consiste en la aplicación de exámenes de conocimiento, pero no evalúa todas las esferas necesarias para la formación de un residente como son: cuestiones actitudinales, de aptitud, desempeño o habilidades. Durante la pandemia es importante considerar que este proceso no existió derivado a los cambios de roles de los médicos (titulares-tutores) en el desempeño de la enseñanza e incluso muchos de ellos fueron enviados a confinamiento.

A continuación, se presentan algunos ejemplos de frases mencionadas por los residentes relacionados con el proceso de evaluación:

E4: “Considero que los médicos que se quedaron todo el tiempo durante la pandemia si deberían evaluarnos los que se reincorporaron no, ya que sería difícil y no objetivo porque no nos conocen y hay una brecha de tiempo desde que inició la pandemia hasta que se reincorporaron”.

E4: “El último año no recuerdo haber hecho examen, pero sí el primero y segundo año sí recuerdo de manera bimestral exámenes por las clases que tenemos, obviamente pues después de la pandemia hubo cancelación de clases un montón o al menos yo no recuerdo haber hecho algún otro examen después del R-3”.

E3: “Habrá otros que si te cuestionen que te hagan un examen y te aprendan a evaluar bien hay otros que dicen no pues hasta yo hago la firma”.

E1: “la Dra. X que es la profesora titular entonces ya nos hace un examen no nos hacen examen muy complejo, sino un examen pues más o menos a lo que un residente podría saber”.

E3: “Pues es que no existe una pauta para decirnos si estamos bien o estamos mal, realmente estamos al aire libre, a como lo pescamos normalmente y a veces es más si te cae bien o te cae mal el médico”.

E6: “evaluación no sirve para nada o sea siempre nos pone la calificación, enseñanza quien sabe quién más decida o sea apenas si vemos calificaciones y ni siquiera sé de dónde la sacaron, literal”.

E6: “no sé de dónde sacaron, a nadie le pusieron esas calificaciones y hay 2 columnas en las hojas de calificación de enseñanza que es enseñanza y la otra es como tu profesor titular o jefe de servicio no sé qué dice y ninguna de las 2 coincide con lo que está en esa hoja que entregas tú”.

Podemos observar dentro de los comentarios de los médicos residentes que existe un desconocimiento del proceso de evaluación y las personas encargados de hacerlos no estuvieron en etapa de pandemia.

Baños (2015), refiere que la evaluación objetiva de las competencias clínicas ha constituido un motivo constante de preocupación en los educadores médicos todo esto repercute en evidenciar la formación del personal médico becario, ha sido difícil estandarizar un instrumento validado y confiable que sea capaz de medir la magnitud donde refleje el aprendizaje de este tipo de personal en formación.

CAPÍTULO VI. Discusión.

La crisis debida al Covid 19 sacudió la estructura de los hospitales y la formación medico continua en los médicos residentes, pero fueron capaces de adquirir, transformar y construir nuevos conocimientos para adaptarse a esta situación de pandemia. En nuestro trabajo de investigación mostramos que esta respuesta rápida de adaptación se dio a través de la informalidad entre las interacciones de residentes de diferentes jerarquías y con el mismo paciente en su mundo cotidiano, (el contexto hospitalario) sin contar con los suficientes médicos adscritos que sirvieran de guía para los médicos residentes.

Se observó que los médicos residentes valoraron más los aprendizajes informales porque se produjo entre pares, borrando las jerarquías a las que estamos acostumbrados en los Hospitales en formación. El acervo de conocimiento de los médicos adscritos que participaron también fue fundamental porque su experiencia para organizar y encontrar soluciones oportunas y emergentes teniendo el mismo proyecto en común en salvar vidas, este tipo de aprendizaje informal es un proceso continuo que nunca termina y el cual debe seguir siendo aprovechado por las unidades hospitalarias donde se forman médicos residentes. Según lo revisado en la literatura y los resultados encontrados como refiere Schugurensky (2016) se encontró que dentro de las entrevistas realizadas los médicos residentes desarrollaron de alguna manera los tres tipos de aprendizajes informales auto dirigido, incidental e informal de socialización.

Tradicionalmente la enseñanza se da al pie de cama y con médicos adscritos que se consideran "maestros" el cual tiene la última palabra en cuanto a diagnóstico y tratamiento sin embargo durante la pandemia esto no fue así, fue complejo y frustrante debido a que no en todos los turnos se contaba con médicos adscritos y mucho menos con conocimientos formales de covid 19, cada día se actualizaban tratamientos en esta enfermedad.

En las respuestas de algunos médicos residentes entrevistados encontramos que algunos profesores no tienen la capacidad docente, ni las herramientas pedagógicas para ayudar a construir y reconstruir los conocimientos de médicos en formación y

sigue siendo una tradición en un hospital escuela que el médico adscrito tiene dentro de sus actividades enseñar al médico residente o al médico interno de pregrado. Debemos conocer las prácticas docentes para ayudar a un cambio y mejorar la calidad educativa, las respuestas de los residentes muestra uno entre muchos elementos para poder conocer cómo es el proceso de evaluación que se lleva actualmente en esta institución, siendo un área de oportunidad para generar una nueva investigación en la creación de un instrumento ideal para este proceso. Como refiere Linn-Robert (2000) que la evaluación se conceptualiza como el proceso reflexivo y sistemático empleado para determinar el mérito o valor de un objeto, con base en la recopilación y evaluación de la información lo cual ayuda a emitir juicios en la toma de decisiones con fines de mejora continua mediante la realimentación, por lo que es necesario considerar la importancia del proceso evaluativo y que puede ser un área de oportunidad y mejora en la unidad.

Se observó un aprendizaje auto dirigido (refiere un aprendizaje consciente e intencional que se desarrolla de forma individual o como parte de un grupo, sin la ayuda de un facilitador), pase de visita vespertina y nocturna sin contar con médicos adscritos ya que ellos revisan notas clínicas de turnos anteriores, revisan estudios de laboratorio e integran un diagnóstico para dar un tratamiento adecuado. Mencionan que se volvieron más hábiles en las técnicas medico quirúrgicas por ejemplo en la colocación de catéteres, intubación oro traqueal, y manejo de ventilación avanzada, y existe un autoaprendizaje como son revisiones bibliográficas de lo más reciente en Covid.

Dentro de las experiencias que dejó la pandemia fue mayor sensibilidad y mejor trato hacia el paciente, empatía, información solidaria de la muerte de un familiar, sin ayuda de un médico adscrito, aprendieron a escuchar a los pacientes cosa que no sucedía anteriormente. Aprendieron a reflexionar e interiorizar sus actitudes como afirma Schütz (2003) al vivir en un mundo vivimos con otros y para otros y orientamos nuestra vida hacia otros.

El aprendizaje mostrado a lo largo de las entrevistas fue el informal, los médicos residentes comentaron que dejaron de asistir a sus rotaciones externas lo que ellos comentaron los afectó, sin embargo, tuvieron aprendizajes informales como el auto

dirigido e incidental y el de socialización. Es una generación que podrá decir que pese a todo ayudó y sobrevivió a la pandemia dentro del hospital, cosa que no ocurrió con muchos compañeros y amigos médicos que lamentablemente fallecieron. Como refiere Caballo – Villar (2017) la educación significa una modificación del hombre a partir de su ser cotidiano un desenvolvimiento de las posibilidades del ser”

La pandemia fue una crisis sanitaria para todos los países, en México y en Puebla que es donde se efectuó la investigación. No estábamos preparados y a pesar de que los médicos residentes cuestionan algunas deficiencias, sí desarrollaron competencias y nuevos aprendizajes porque en el trayecto de las entrevistas como se observa en la mayoría de los fragmentos pudieron trabajar en equipo, tomar decisiones solos sin contar con médico adscrito sobre todo en turno nocturno, sábado y domingo y sin tener evidencia científica de que el tratamiento funcionaria, cambiando protocolos de atención cada 24 horas por la información que se iba generando minuto a minuto; estos aprendizajes informales como son el trabajo en equipo y toma de decisiones deben incorporarse en la formación de la residencia médica pero con la suma de la guía de profesores adscritos.

Así mismo el pase de visita durante la pandemia se modificó sin poder tener un guía permanente ya que en muchas ocasiones ellos tenían que ser autodidactas y como refiere Ceballos-Barrera (2014) el pase de visita es una actividad repetitiva, dirigida por un médico experimentado que funge como profesor sobre un grupo de becarios y/o estudiantes de medicina, con lo cual se transmite información de participante a participante independientemente de su nivel jerárquico. Una de las finalidades del pase de visita es buscar objetivos formativos en los órdenes instructivo y educativo sin descuidar la parte asistencial; dicho en palabras concretas, el principal objetivo del pase de visita lo constituye el aprendizaje del proceso de asistir a un enfermo. Lo cual no se pudo realizar durante la Pandemia por lo que los médicos residentes tuvieron que construir sus conocimientos de otra manera.

La pandemia del Covid -19 nos mostró que tenemos más herramientas para contribuir a formar nuevas generaciones de residentes y médicos adscritos que son el ejemplo de muchos, ser solidarios y ser capaces de ponernos en el lugar del otro, que no todo está escrito y que podremos volver a enfrentar otra pandemia.

Un punto a considerar es la necesidad de posterior a vivir una crisis de este tipo es el apoyo psicológico y psiquiátrico para el personal en formación el cual debe de ser permanente, apoyándolo con programas de seguimiento y atención, por lo que en esta unidad se planteó el apoyo y seguimiento mediante el uso de plataforma para así acercar esta atención a todo el personal que trabaja en una institución de salud sin importar el día y horario que lo requieran. Vivanco refiere que las alteraciones que se han documentado en la literatura incluyen: depresión persistente, ansiedad y ataques de pánico, entre otros; por lo que se requirió supervisión constante y detección oportuna de las alteraciones mediante pruebas periódicas y disponer de servicios seguros para el asesoramiento psicológico por medio de dispositivos y aplicaciones electrónicas. Esto nos abre el panorama a crear una línea de investigación de los cambios que tuvieron el personal durante y posterior a un evento como fue la pandemia.

CAPÍTULO VII. Conclusiones:

Los aprendizajes obtenidos por los médicos residentes en un ambiente de contingencia surgen en su mundo cotidiano (Hospital) en el que existieron determinaciones de su pasado considerando al otro y en la interacción con el otro (compañeros de su guardia de la misma jerarquía, pacientes y médicos adscritos por la mañana). El actor (médico residente) percibió la realidad poniéndose en el lugar del otro pues él percibía su experiencia inmediata pero sí la percibía a través de otros, pudimos observar que en las respuestas no existió una interpretación única de las vivencias, sino que variaron de acuerdo a las perspectivas que fueron interpretadas.

Las relaciones cara a cara y las relaciones-nosotros que establecieron los residentes al estudiar una especialidad en etapa de pandemia fue un reto al afrontar sus emociones, la ansiedad que se produjo ante lo desconocido, tuvieron que reconstruir su acervo de conocimiento y ajustarlo a un nuevo contexto y disponibilidad para la atención de pacientes covid; es ese mundo personal e inmediato lo que Schütz denomina “la relación-nosotros”. La relación-nosotros es una relación cara a cara en la que los copartícipes son conscientes de ellos mismos y participan recíprocamente en las vidas de cada uno durante algún tiempo, sin importar lo corto que éste será. En el curso de esa relación es que pudieron utilizar su conocimiento, verificarlo, modificarlo y adquirir nuevas experiencias, en ella reside el proceso de aprendizaje y creación de significados.

Lo que ocurre en el mundo de la realidad social solo es posible gracias al encuentro cara a cara entre al menos dos personas y a la construcción de una relación nosotros. La relación-nosotros es básica en el mundo de la vida cotidiana y es el reconocimiento consciente de la presencia del otro y de la propia y posibilita la comprensión intersubjetiva de las vivencia y experiencias propias de otros.

En cuanto al pase de visita ideal los actores (médicos residentes) concluyeron que en pandemia no existió esa relación cara a cara con médicos adscritos (médico profesor) solo existió en el turno matutino, pero esto no les impidió aprender, tuvieron un aprendizaje auto dirigido sin la ayuda de un facilitador que estuviera presente en todos los turnos sin embargo ellos interiorizaron nuevas actitudes, habilidades, comportamientos que es como se refiere por Schugurensky (2016) un aprendizaje de socialización, esto abre un área de oportunidad para insistir en el área de enseñanza

en que se requiere una relación mejorada con médicos adscritos, pero también voltear y entender que hay otros aprendizajes que se estaban dejando de lado y que son los aprendizajes informales.

En la formación de médico residente vemos que no solo la teoría es fundamental, sino también juega un papel importante la interacción con el personal adscrito, con sus pares (compañeros residentes) el uso de redes, el you tube donde hubo el aprendizaje auto dirigido, pero se dieron cuenta que en la adquisición del conocimiento fue necesario el contacto con el paciente y con los familiares de los pacientes, tomando en consideración todo lo anterior sería importante tomar en cuenta una propuesta evaluativa del personal en formación que contemple tanto los aprendizajes formales como informales, lo cual brinda un área de oportunidad para generar nuevos estudios.

Otros aspectos relevantes dentro de los aprendizajes es que los residentes deben estar muy conscientes del compromiso que van adquirir, de lo contrario esto puede dañar su salud mental, porque lo que a lo que se enfrentan es salvaguarda la vida de los demás a pesar del miedo, de la angustia y de la muerte por lo que se debe ser honestos y solicitar acompañamiento psicológico y/o psiquiátrico sin sentir vergüenza por pedir este apoyo.

Este trabajo presentado quiere sembrar la inquietud de reformar los procesos evaluativos y enseñanza aprendizaje a médicos residentes, el que queremos formar excelentes profesionistas pero sin olvidar la calidad humana que como médico nos debe caracterizar, el vivir con otros y para otros en una relación cara a cara en cada etapa de nuestra vida y en diversos contextos.

Referencias.

- Abbasi, M. S., Ahmed, N., Sajjad, B., Alshahrani, A., Saeed, S., Sarfaraz, S., Alhamdan, R.S, Vohra, F., Abduljabbar, T. (2020). E-Learning perception and satisfaction among health sciences students amid the COVID-19 pandemic. *Revista Work*, 67(3), 549-556. <https://doi.org/10.3233/WOR-203308>
- Abreu, L. F., León, R., García, J. F. (2020). Pandemia de COVID-19 y educación médica en Latinoamérica. *Educación médica, Revista Fundación Educación Médica*, 23(5), 237-242. <https://doi.org/10.33588/fem.235.1088>
- Akaki Blancas, J. L. y López Bárcena, J. (2018). Formación de médicos especialistas en México. *Educación Médica*, 19 (1), 36–42. <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2018.03.007>
- Alberola, B. (2011,19 septiembre). *Las horas extraordinarias en la medicina*. El médico interactivo. <https://elmedicointeractivo.com/horas-extraordinarias-y-medicina-20110919185956086929/#:~:text=%20Las%20horas%20extraordinarias%20y%20la%20Medicina%20,limitadas%20en%20un%20n%C3%BAmero%20anual%20similar..%20More%20>
- Alvarez, A. y Gallardo, J. L. (2000). El pase de vistia docente asistencial. *Medimay*, 6(2), 123-126. <http://revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/46>
- Álvarez, P. E., Castiblanco, F., Correa, A. F., y Guío, A. M. (2020). COVID-19, médicos, gastroenterología y emociones. *Revista Colombiana De Gastroenterología*, 35(1), 64–68. <https://doi.org/10.22516/25007440.546>
- Annavajhala, M. K., Mohri, H., Wang, P., Nair, M., Zucker, J. E., Sheng, Z., Gomez-Simmonds, A., Kelley, A. L., Tagliavia, M., Huang, Y., Bedford, T., Ho, D. D., Uhlemann, A. (2021). Emergence and Expansion of the SARS-CoV-2 Variant B.1.526 Identified in New York. *Revista MedRxiv*, 1(4), 1- 28. <https://doi.org/10.1101/2021.02.23.21252259>
- Baños, J. E., Gomar-Sancho, C., Grau-Junyent, J. M., Palés-Argullós, J. y Senti, M. (2015). El mini-Cex como instrumento de evaluación de la competencia clínica: estudio piloto

- en estudiante de medicina. *Revista de la Fundación Educación Médica*, 18(2), 155-160. <https://dx.doi.org/10.4321/S2014-98322015000200012>
- Bates, A. W. (2015). Metodos de enseñanza: centrados en el campus: Aprendizaje experiencial: aprender haciendo. En Bates, A.W. *La enseñanza en la era digital* (pp. 101-110). Creative Commons Attribution-NonCommercial.
- Bedford, T., Ho, D. D., & Uhlemann, A.-C. (2021). Emergence and expansion of the SARS-CoV-2 variant B.1.526 identified in New York. *MedRxiv : The Preprint Server for Health Sciences*. <https://doi.org/10.1101/2021.02.23.21252259>
- Belvedere, C. (2013). El problema de la “realidad” en el marco de la influencia hispánica en la obra de Alfredo Schutz. *Revista Investigaciones Fenomenológicas*, 4(2), 245- 277. https://www2.uned.es/dpto_fim/InvFen/InvFen_M.04_II/pdf/31_Belvedere.pdf
- Bembribe, C. (2010, octubre). *Definición de Centro de Salud*. Definición ABC. <https://www.definicionabc.com/ciencia/centro-desalud.php#:~:text=Los%20centros%20de%20salud%20son%20una%20versi%C3%B3n%20reducida,de%20espacios%20complejos%20que%20s%C3%AD%20existen%20en%20hospitales>.
- Bika, N. (2020, 6 febrero). *Descripción del puesto: director médico*. Recruiting Resources: How to Recruit and Hire Better. <https://resources.workable.com/es/director-medico-descripcion-del-puesto>
- Bustamante, M. E. (1940). El Servicio Médico Social de la Universidad. *Revista Mexicana de Sociología*, 2(2), 5-13. <https://doi.org/10.2307/3537388>
- Caballo, M. B., Varela, L., & Nájera, E. M. (2017). El ocio de los jóvenes en España. Una aproximación a sus prácticas y barreras. *OBETS. Revista de Ciencias Sociales*, 12(3), 43. <https://doi.org/10.14198/obets2017.12.1.11>
- Cabrolí, M. (2010). Intersubjetividad como sintonía en las relaciones sociales: Redescubriendo a Aldred Shütz. *Polis. Revista de la Universidad Bolivariana*, 9(27), 317-327. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-65682010000300014>
- Ceballos, M. C., Hernández, M.L., Solís, S. L., Borges, R. S., Musibay, E. R. y Zerquera, T. (2014). Pase de visita docente-asistencial hospitalario en las especialidades

- quirúrgicas. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 43(1), 72-82.
<http://scielo.sld.cu/pdf/mil/v43n1/mil09114.pdf>
- Chick, R. C., Clifton, G. T., Peace, K. M., Propper, B. W., Hale, D. F., Alseidi, A. A., & Vreeland, T. J. (2020). Using technology to maintain the education of residents during the COVID-19 pandemic. *Journal of Surgical Education*, 77(4), 729–732.
<https://doi.org/10.1016/j.jsurg.2020.03.018>
- Corona, L. A. (2014). Propuesta de modelo referencial para la orientación de los profesores en la ejecución del pase de visita docente asistencial. *Medisur* 12(3), 528-555 .
<http://scielo.sld.cu/pdf/ms/v12n3/ms11312.pdf>
- Creagh, R., Matos, C., y Matos, Z. (2017). Concepción didáctica del pase de visita en la carrera Medicina. *EduSol*, 17(58), 1-15.
<https://www.redalyc.org/journal/4757/475752821004/html/#:%7E:text=El%20pase%20de%20visita%20se%20constituye%20en%20un,secuencia%20de%20pasos%20de%20m%C3%A9todo%20cl%C3%ADnico%20y%20epidemiol%C3%B3gico.>
- Cuenú, J. E. (2012). Perspectiva socio-fenomenológica de la estructura organizacional burocrática. *Cuadernos de Administración*, 27(46), 169-180.
<https://doi.org/10.25100/cdea.v27i46.90>
- Diario Oficial de la Federación (29 de octubre de 2021). *Informes sobre el personal de Salud COVID19 en México 2021*. <https://www.gob.mx/salud/documentos/informes-sobre-el-personal-de-salud-covid19-en-mexico-2021>
- Diario Oficial de la Federación. (24 de marzo de 2020). *ACUERDO por el que se establecen las medidas preventivas que se deberán implementar para la mitigación y control de los riesgos para la salud que implica la enfermedad por el virus SARS-CoV2 (COVID-19)*. https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5590339&fecha=24/03/2020
- Díaz, J. y Gallego, B. (2005). La interconsulta y la referencia. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 21(3-4).
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252005000300020
- Díaz-Barriga, A. F. (2010). Los profesores ante las innovaciones curriculares. *Revista Iberoamericana de Educación Superior*, 1(1), 37- 57.
<https://doi.org/10.22201/iisue.20072872e.2010.1.15>

- Doctutor. (2016, 9 julio). *Metodología Docente: Las Sesiones Clínicas*.
https://www.doctutor.es/2016/07/09/metodologia-docente-las-sesiones-clinicas/?upm_export=pdf
- Dost, S., Hossain, A., Shehab, M., Abdelwahed, A., y Al-Nusair, L. (2020). Perceptions of medical students towards online teaching during the COVID-19 pandemic: a national cross-sectional survey of 2721 UK medical students. *BMJ Open*, 10(11), 1-10.
<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-042378>
- Durante, M. B. I., Martínez, A., Morales, S., Lozano, J. R. y Sánchez, M. (2011). Educación por competencias: de estudiantes a médicos. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*, 54(6), 42-50. <https://www.scielo.org.mx/pdf/facmed/v54n6/v54n6a10.pdf>
- ENARM. (2021). *Todo lo que necesitas saber sobre el ENARM*.
<https://enarm.com.mx/enarm.php>
- Espinosa, A. G. (1998, 1 diciembre). Las sesiones anatomoclínicas en México en los albores del siglo XXI. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 4 (6), 424-428.
<https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/1998.v4n6/424-428/es>
- Fajardo, G. (2018). *Nuevas fronteras en el pensamiento y práctica de la administración hospitalaria*. CONACYT.
<https://www.anmm.org.mx/publicaciones/CAnivANM150/ANM-ADM-HOSP-BAJA.pdf>
- Fernández, Z. R., Rizo Rodríguez, R., Amparo, D., Fariñas, M., Ana, D. C., Nazario Dolz, M., María, D. C., García, E., & Iii, C. (n.d.). FORMACIÓN MÉDICA Educación en el trabajo en la enseñanza médica superior Education at work in higher medical teaching.
- Fuster, D. E. (2019). Investigación cualitativa: Método fenomenológico hermenéutico. *Propósitos y Representaciones*, 7(1), 201-229.
<https://doi.org/10.20511/pyr2019.v7n1.267>
- Galassi, J. (2006). Los presupuestos de la explicación en ciencias sociales: Alfred Schütz. *Redalyc*, 17. <https://www.redalyc.org/pdf/708/70801701.pdf>
- García-Herrera, A. L. y García-Moliner, A. L. (2017). El pase de visita: elemento integrador de la educación en el trabajo en el área clínica. *Revista Médica Electrónica*, 39(3), 650-660. <http://scielo.sld.cu/pdf/rme/v39n3/rme250317.pdf>

- Gilbert, J. (2006). Los presupuestos de la explicación en ciencias sociales: Alfred Schütz. *Revista de Ciencias Sociales*, 1(7), 4-21. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=70801701>
- Gobierno de México. (2013, 4 enero). *NORMA Oficial Mexicana NOM-001-SSA3-2012, Educación en salud. Para la organización y funcionamiento de residencias médicas*. Diario Oficial. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/381446/nom_001_ssa3_2012.pdf
- Gobierno de México. (2015, 27 octubre). *Metodología, manual y guía para la evaluación de proyectos de hospitales de tercer nivel*. GobMex. <https://www.gob.mx/shcp/documentos/metodologia-manual-y-guia-para-la-evaluacion-de-proyectos-de-hospitales-de-tercer-nivel>
- Gobierno de México. (2015, Agosto 20). *Normas Oficiales Mexicanas*. <https://www.gob.mx/salud/en/documentos/normas-oficiales-mexicanas-9705>
- Gobierno de México. (s. f.). *Servicio Social*. Coordinación de Educación en Salud. http://educacionensalud.imss.gob.mx/ces_wp/servicio-social/
- González, A. M. (2012). ¿Cómo podemos evaluar la formación de nuestros residentes? *Educación médica*, 15(3), 135. <https://doi.org/10.33588/fem.153.646>
- Gros, A. E. (2017). Tipificaciones y acervo de conocimientos en la fenomenología social de Alfred Schütz: Una reconstrucción teórico-sistemática. *Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales*, 62(231), 23-46. [https://doi.org/10.1016/S0185-1918\(17\)30037-5](https://doi.org/10.1016/S0185-1918(17)30037-5)
- Gupta, S., Singh, A. K., Kushwaha, P. P., Prajapati, K. S., Shuaib, M., Senapati, S., y Kumar, S. (2021). Identification of potential natural inhibitors of SARS-CoV2 main protease by molecular docking and simulation studies. *Journal of Biomolecular Structure & Dynamics*, 39(12), 4334–4345. <https://doi.org/10.1080/07391102.2020.1776157>
- Hernández, Y. y Galindo, R.V. (2007). El concepto de intersubjetividad en Alfred Schutz. *Espacios Públicos*, 10(20), 228-240. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67602012>
- Hospital de la ceguera. (s.f.) *Rotaciones Médicas Externas*. APEC. Recuperado 24 de agosto de 2022, de <https://apec.org.mx/rotaciones>

- Juárez, V., Suárez, M., Oros, S., y Ronquillo, E. (2020). Epidemiología de COVID-19 en México: del 27 de febrero al 30 de abril de 2020. *Revista Clínica Española*, 220(8), 463-471. <https://doi.org/10.1016/j.rce.2020.05.007>
- Kemp, S. A., Collier, D. A., Datir, R. P., Ferreira, I. A. T. M., Gayed, S., Jahun, A., Hosmillo, M., Rees-Spear, C., Mlcochava, P., Lumbg, I. U., Roberts, D. J., Chandra, A., Temperon, N., The CITIID-NIHR BioResource COVID-19 Collaboration, The COVID-19 Genomics UK (COG-UK) Consortium, Sharrocks, K., Blane, E., Modis, Y., Leigh, K. E.,... Gupta, R. K. (2021). SARS-CoV-2 evolution during treatment of chronic infection. *Nature*, 592(7853), 277-282. <https://doi.org/10.1038/s41586-021-03291-y>
- Larry, J. (2019). *Harrison: Principios de medicina interna*. (20ª ed., Vol. 1-2). McGraw-Hill.
- Leal, R. (2006). La sociología interpretativa de Alfred Schüt. Reflexiones entorno a un planteamiento epistemológico cualitativo. *Alpha*, 23(1). 201- 213. <http://doi.org/10.4067/S0718-220120060002>
- Lévano-Francia, L., Sanchez, S., Guillén-Aparicio, P., Tello-Cabello, S., Herrera-Paico, N., y Collantes-Inga, Z. (2019). Competencias digitales y educación. *Propósitos y Representaciones*, 7(2), 569-588. <https://doi.org/10.20511/pyr2019.v7n2.329>
- Lifshitz, A. y García, J. (2006). *Educación en medicina: Enseñanza y aprendizaje de la clínica*. Alfil.
- Livingstone, D. W. (1999). Exploring the Icebergs of Adult Learning: Findings of the First Canadian Survey of Informal Learning Practices. *Canadian journal for the study of adult education*, 13(1), 49-72. <https://eric.ed.gov/?id=ED436651>
- Lo, H. Y., Lin, S. C., Chaou, C. H., Chang, Y. C., Ng, C. J., y Chen, S. Y. (2020). What is the impact of the COVID-19 pandemic on emergency medicine residency training: an observational study. *BMC Medical Education*, 20(348). <https://doi.org/10.1186/s12909-020-02267-2>
- López, J. J., González, M. G., y Velasco, M. (2004, septiembre). Servicio Social de Medicina en México. Factibilidad del cumplimiento académico en el área rural. *Medigraphic*, 47 (5), 181-186. de <https://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2004/un045b.pdf>

- Lozada, N. P. (2006). Acerca del tiempo en la sociología de Alfred Schütz. *Sociológica (México)*, 21(60), 287-294. <https://www.scielo.org.mx/pdf/soc/v21n60/2007-8358-soc-21-60-287.pdf>
- Marines, C. C. M. (2000). *Concepto de Médico Adscrito y Externo*. Scribd. <https://es.scribd.com/presentation/155687577/Concepto-de-Medico-Adscrito-y-Externo>
- Maroto-Marín, O. (2016). Evaluación de los aprendizajes en escenarios clínicos: ¿Qué evaluar y por qué?. *Revista Educación*, 41(1), 1-18. <https://doi.org/10.15517/revedu.v41i1.19128>
- Martínez González, A., Morales López, S., Lozano Sánchez, J. R., & Sánchez Mendiola, M. (2011). Educación por competencias: de estudiante a médico. *Rev. Fac. Med. UNAM*, 54(6), 42–50.
- Mendel, C., Rodríguez, A., Jiménez, G. R. y Martínez, R. (2020). *México ante el COVID-19: Acciones y retos*. Universidad Autónoma Metropolitana-Casa abierta al tiempo. <https://www.casadelibrosabiertos.uam.mx/contenido/contenido/Libroelectronico/Mexico-ante-covid-19-acciones-retos.pdf>
- Murcia, N., Jaimes, S. S., y Gómez, J. (2016). La práctica social como expresión de humanidad. *Cinta de Moebio*, 57(1), 257–274. <https://doi.org/10.4067/s0717-554x2016000300002>
- Nathanson, M. (2003). *El problema de la realidad social ,Escritos 1 .Alfred Schultz (2 reimpresión ed.)*. Amorrortu.
- Nava, R. (2019). El pase de visita en la enseñanza médica: reflexión desde la Teoría de la Actividad. *Investigación En Educación Médica*, 8(30), 119–129. <https://doi.org/10.22201/facmed.20075057e.2019.30.18163>
- Olvera, A., Uribe, J. A., Ángeles, U. y Carillo, A. L. (2015). Aptitud clínica posterior a un pase de visita médica estructurado en comparación con un pase de visita cotidiano en médicos residentes. *Investigación En Educación Médica*, 4(14), 81-87. [https://doi.org/10.1016/s2007-5057\(15\)30006-5](https://doi.org/10.1016/s2007-5057(15)30006-5)

- Organización Panamericana de la Salud. (11 de marzo de 2020). *La OMS caracteriza a COVID-19 como una pandemia*. <https://www.paho.org/es/noticias/11-3-2020-oms-caracteriza-covid-19-como-pandemia>
- Organización Sanitaria Integrada Bilbao-Basurto. (SF). *Rotaciones internas*. https://docenciabasurto.osakidetza.eus/uploads/Programa_Rotaciones_Analisis_Clinicos_450ce98f43.pdf
- Pérez, F. (2019, 27 mayo). *Primer Nivel de Atención en Salud*. Meditips. <https://www.meditips.com/2019/05/27/primer-nivel-atencion-en-salud/>
- Pérez, J. M. (2020). Los estudiantes de medicina y los médicos residentes frente a la pandemia del COVID-19 en México. *Orthotips*, 16(3), 148-150. <https://doi.org/10.35366/94529>
- Quijano-Pitman, F. (1999). Origen y desarrollo de las residencias hospitalarias. *Gaceta Médica México*, 135(1), 73-76. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10204313/>
- Rea, B. (2020, 21 abril). *Los tres niveles de atención de salud*. Meditips. <https://www.meditips.com/2018/02/28/los-tres-niveles-atencion-salud/>
- Redacción Médica. (2022, 10 junio). *¿Una guardia médica está reconocida como tiempo de trabajo?* <https://www.redaccionmedica.com/recursos-salud/faqs-guardias-medicas/guardia-medica-reconocida-como-tiempo-de-trabajo>
- Redacción Médica. (2022, 13 junio). *¿Qué es una guardia médica?* <https://www.redaccionmedica.com/recursos-salud/faqs-guardias-medicas/que-es-una-guardia-medica>
- Reynés-Manzur, J. N., Vázquez-Rivera, M., Velázquez-Challa, S., Kuri-Ayala, S., Cravioto-Quintana, P., Galván-Castillo, F. y Flores-Landero, M. E. (2020). Gestión del aprendizaje en tiempos de COVID-19. *Acta Pediátrica de México*, 41(1), 137-143. <https://doi.org/10.18233/apm41no4s1pps137-s1432074>
- Rizo, M. (2007). Intersubjetividad, Comunicación e Interacción. Los aportes de Alfred Schütz a la Comunicología. *Razón y Palabra*, 1(57), 1-11. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=199520710007>
- Rodríguez, A. A., & Gálvez, J. L. G. (2000). El pase de visita docente asistencial. *Medimay*, 6(2), 123–126. <http://revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/46/html>

- Rodríguez, F. L. y Ramírez, J. L. (2016). ¿Tenemos claro lo que es la residencia médica?. *Acta Médica Grupo Ángeles*, 14(3), 183-184. <https://www.medigraphic.com/pdfs/actmed/am-2016/am163n.pdf>
- Rodríguez, Z., Rizo, R., Mirabal, A., Nazario, A. M., y García, M. E. (2017). Educación en el trabajo en la enseñanza médica superior. *MEDISAN*, 21(7), 931-943. <http://www.medisan.sld.cu/index.php/san/article/view/911>
- Romero, Y. H., Vicente, R., & Sosa, G. (n.d.). *El concepto de intersubjetividad en Alfred Schutz*. Uaemex.Mx. Retrieved May 15, 2022, from <http://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/39633/67602012.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Sánchez, M. (2007). *Conceptos actuales de evaluación en educación médica*. Medigraphic.Com. <https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2007/cmas071ar.pdf>
- Sánchez-Mendiola, M. (2007). Conceptos actuales de evaluación en educación médica. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 30(1), 254-255. <https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2007/cmas071ar.pdf>
- Schön DA. La formación de los profesionales reflexivos. Hacia un nuevo diseño de la enseñanza y el aprendizaje en las profesiones. Barcelona: Ed. Paidós; 1992
- Schugurensky, D. (2016). Pedagogía Social en América del Norte: Antecedentes históricos y desarrollo actual. *Pedagogía Social Revista Interuniversitaria*, 1(27), 225-251. https://doi.org/10.7179/PSRI_2016.27.11
- Schultz, A. (2008). *El problema de la realidad social*. (2ª Ed.). Amorrortu.
- Schütz, A. (1993). *La construcción significativa del mundo social. Introducción a la sociología comprensiva*. (1ªEd). Paidos.
- Secretaría de Gobernación. (2020). Diario Oficial de la Federación 2020 . https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5590339&fecha=24/03/2020
- Secretaría de Salud. (n.d.). *Informes sobre el personal de Salud COVID19 en México 2021*. Gob.Mx. Retrieved May 15, 2022, from <https://www.gob.mx/salud/documentos/informes-sobre-el-personal-de-salud-covid19-en-mexico-2021>

- Shumway, J. M. y Harden, R. M. (2003). AMEE Guide No. 25: The assessment of learning outcomes for the competent and reflective physician. *Medical Teacher*, 25(6), 569-584. <https://doi.org/10.1080/0142159032000151907>
- Sierra-Fernández, C. R., López-Meneses, M., Azar-Manzur, F. y Trevethan-Cravioto, S. (2020). La educación médica durante la contingencia sanitaria por COVID-19: lecciones para el futuro. *Cardiovascular and Metabolic Science*, 31(3), 217-221. <https://doi.org/10.35366/93951>
- Significado de Evaluación*. En Significados. <https://www.significados.com/evaluacion/>
- Soto, M. (2013). El error médico y la formación del residente. *Revista Internacional de Humanidades Médicas*, 2(1), 61-69. <https://doi.org/10.37467/gka-revmedica.v2.1305>
- Suárez, V., Suarez Quezada, M., Oros Ruiz, S., & Ronquillo De Jesús, E. (2020). Epidemiología de COVID-19 en México: del 27 de febrero al 30 de abril de 2020. *Revista Clinica Espanola*, 220(8), 463–471. <https://doi.org/10.1016/j.rce.2020.05.007>
- Tapia, R. M., Núñez, R. M., Salas, R. S., y Rodríguez, A. R. (2007). El internado médico de pregrado y las competencias clínicas. México en el contexto latinoamericano. *Educ Med Super*, 21 (4), 1-10. <http://scielo.sld.cu/pdf/ems/v21n4/ems05407.pdf>
- Tünnermann, C. (2006). *Pertinencia y calida de la educación superior*. Lección Inaugural. <http://iep.udea.edu.co:8180/jspui/bitstream/123456789/258/1/Pertinencia%20Calidad%20Educacion%20Superior%20-CarlosTunnermann.pdf>
- UNIR (2020, 24 septiembre). *La evaluación de la práctica docente: importancia y cómo implementarla*. <https://www.unir.net/educacion/revista/evaluacion-practica-docente/#:%7E:text=El%20proceso%20de%20evaluaci%C3%B3n%20docente,en%20el%20proceso%20de%20ense%C3%B1anza>.
- Uscher-Pines, L., Sousa, J., Raja, P., Mehrotra, A., Barnett, M. L., y Huskamp, H. A. (2020). Suddenly Becoming a “Virtual Doctor”: Experiences of Psychiatrists Transitioning to Telemedicine During the COVID-19 Pandemic. *Psychiatric Services*, 71(11), 1143–1150. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.202000250>
- Valdés, R. (2011). *Perfil subdirector/a médico/a*. SSMC. <https://adp.serviciocivil.cl/concursos-spl/opencms/permalink/86b91eb3-712b-11e6-9286-6755d96a8f20.pdf>

Vera, M. A. M., Anzaldo, N. y Anzaldo, M. F. (2019). Ambiente clínico de aprendizaje-laboral y residentes médicos de instituciones de salud del sector público mexicano. *Revista Global de Negocios*, 7(1), 67-81. <http://theibfr2.com/RePEc/ibf/rgnego/rgn-v7n1-2019/RGN-V7N1-2019-6.pdf>

Anexos.

1. Entrevista.

Guía de entrevista a profundidad para el proyecto de Investigación denominado:

Interacciones sociales entre médicos residentes y médicos adscritos para lograr los aprendizajes de la especialidad de pediatría durante el primer año de pandemia por Sars-Cov 2. (Covid 19).

La presente guía me servirá para focalizar las dimensiones que quiero conocer desde la perspectiva de los participantes, (médicos residentes) pretendo buscar lo significativo, sus representaciones, el modo en que ellos perciben sus aprendizajes dentro de un contexto de pandemia.

El proceso educativo de médicos residentes surge en un escenario social que para esta investigación será el Hospital en donde convergen determinaciones de su pasado, (biografía, cultura médica, planes de estudio, roles de guardia, etc.) y esquemas lógicos de tipificación ser y actuar (como médico adscrito, médico residente).

Existe la <<relación nosotros pura concreta >> que se establece con los médicos residentes al coincidir en espacio y tiempo con sus contemporáneos que son en este caso los médicos adscritos para desarrollar actividades académicas asistenciales y de investigación.

Introducción al inicio de la entrevista

La presente entrevista que se realizará es confidencial, no es evaluativa, solo pretende conocer y poder interpretar el aprendizaje que obtuvieron mediante las interacciones con sus médicos adscritos durante este año de pandemia, no hay respuestas correctas o incorrectas, esperemos se conteste con la mayor, esta entrevista será grabada, sus datos serán confidenciales, anónimos

Datos Generales

Año escolar que estaba cursando al inicio de la Pandemia _____

Año que cursa actualmente _____

Edad _____

Lugar de origen _____

Estado Civil _____

Pase de visita: Veremos si se logra establecer la relación cara a cara y la relación nosotros pura concreta y el acervo de conocimiento con los médicos residentes y médicos adscritos (ambas dimensiones tratadas con la Teoría de Schütz).

1.- ¿Cómo fue la relación con el médico adscrito durante el pase de visita en el contexto de pandemia?

2.- ¿Cómo se dirige hacia ti el médico adscrito en el pase de visita? ¿Te habla por tu nombre? ¿La actitud de él o la tuya cambiaron en el pase de visita durante la pandemia por Sars –Cov 2?

3. ¿Cómo consideras que aprendiste en el pase de visita al estar en interacción con tu médico adscrito antes de la pandemia y durante la pandemia?

4. ¿Qué sientes o experimentas al realizar un pase de visita con tú médico adscrito de turno?

5. ¿Por qué realizas el pase de visita?

6. ¿Qué tipo de conocimiento o enseñanza te deja realizar un pase de visita con tu médico adscrito? Antes de la pandemia y durante la pandemia

7.- ¿Para qué realizas un pase de visita con tu médico adscrito?

8.- ¿Qué cambiarías en el pase de visita con tu médico adscrito?

9.- ¿Qué tipo de habilidades y/o conocimiento desarrollaste durante un pase de visita, antes de pandemia y en el contexto de pandemia?

10.- ¿Cuáles consideras que son los objetivos del pase de visita del médico adscrito contigo y cuáles son tus objetivos de pasar visita con un médico adscrito?

11. ¿Presentaste algún cambio de conducta al realizar el pase de visita durante la pandemia?

12. ¿Qué cambios se presentaron en la relación entre el médico adscrito y tú durante el pase de visita durante la pandemia?

2. Consentimiento informado.

San Andrés Cholula, Pue., a ____ de ____ 2022

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por medio de este documento, yo: _____, doy consentimiento para compartir mis experiencias en el siguiente proyecto: Interacciones sociales entre médicos residentes y médicos adscritos para lograr los aprendizajes de la especialidad de pediatría durante el primer año de pandemia por Sars-Cov 2. (Covid 19), llevado a cabo por la Maestra en Administración de Instituciones de Salud, Margarita de Jesús Aguirre Barbosa *estudiante* de la Maestría en Investigación Educativa de la Universidad Iberoamericana campus Puebla, y dirigido por la Dra. Itzel López Nájera, coordinadora y docente investigadora de dicho programa en esta misma institución.

He sido informado (a) de que el objetivo de esta investigación es describir los aprendizajes obtenidos por los médicos residentes a través de la interacción social con los médicos adscritos durante el primer año de pandemia

. Para tal propósito, se busca recuperar relatos acerca de las experiencias y los posibles aprendizajes desarrollados durante la pandemia por Sars-Cov-2. Por tal motivo, mi participación consistirá en una o más entrevistas que se realizarán de manera presencial, cuyo propósito es: Realizar un acercamiento a la experiencia y los aprendizajes de médicos residentes de Pediatría a través de la interacción en el contexto en pandemia durante pase de visita, e interconsulta medica

Mi participación será siempre voluntaria, y si considero en algún momento que supone algún riesgo, incomodidad o conflicto puedo en cualquier punto del proyecto dejar de participar e incluso invalidar este consentimiento. Estoy al tanto de que la información obtenida en la investigación será confidencial, y que será guardada por el investigador responsable para ser utilizada en los trabajos propios de este estudio.

Durante la elaboración de la investigación, tendré derecho a conocer los avances y resultados del proyecto. Mi participación será totalmente anónima, ni mi

nombre ni ningún tipo de información que pueda identificarme aparecerá en los registros del estudio, los cuales serán reemplazados por códigos.

Quedando explicitados los objetivos del estudio, las garantías de confidencialidad y la aclaración de la información, acepto voluntariamente participar en la investigación y firmo el consentimiento.

Colaboradora del proyecto

Maestrando responsable

3. Glosario.

Centro de salud: Establecimiento de atención médica institucional, en la cual se brindan los servicios de salud básica, no disponen de gran tecnología ni espacios complejos; su objetivo principal es brindar atención primaria y urgente ya que cuenta con recursos básicos y limitados (Bembribe ,2010).

Director Médico: Profesional médico encargado de una dependencia o institución médica, que cumple con la labor de dirigir y distribuir los recursos para abastecer los diferentes servicios que ofrece su unidad médica, de igual manera es el enlace directo entre médicos y ejecutivos (Bika, 2020).

Evaluación: Es un proceso sistemático el cual consiste en la obtención de datos, para valorar en qué medida se han logrado los objetivos propuestos con antelación (Significados, SF). Analiza y detecta si la práctica se adecúa a las particularidades de un grupo y a las necesidades de los residentes. Detecta dificultades particulares que puedan repercutir en el proceso de enseñanza (UNIR, 2022).

Examen nacional de residencias: Prueba aplicada anualmente y regulada en México por la CIFRHS, el cual es un instrumento de medición de conocimientos en el contexto de medicina general que constituye la primera etapa para ingresar al sistema nacional de residencias médicas (ENARM, 2021).

Guardias A, B, C, D: Las guardias son una modalidad de trabajo del equipo de salud cuyo propósito es que los servicios médicos estén disponibles de forma continua y permanente. En la variante ABCD el equipo de salud cubre su jornada establecida por el departamento de enseñanza, realizando 2 guardias por semana lo cual lo lleva a ejecutar una jornada laboral que alcanza las 32 horas cada 4 días (DGCES, 2020)

Guardias extraordinarias: Son las guardias en la residencia médica que sufren una modificación al calendario original por alguna necesidad que el servicio donde se realice lo requiera (Alberola, 2011).

Guardias ordinarias: Hace referencia a la jornada laboral de 24 horas que realiza un médico residente en centros hospitalarios para garantizar la asistencia a los pacientes. (DOF, 2022).

Hospital de primer nivel: Unidad médica que abarca atención ambulatoria, y en su mayoría realiza acciones que se enfocan a la atención, prevención y promoción de la salud, con el fin de cumplir el objetivo de cobertura total de la población a cargo (Pérez, 2019).

Hospital de segundo nivel: Unidad médica hospitalaria que cuenta con atención médica de los servicios básicos de salud, y algunas especialidades para el diagnóstico, manejo de internación de las patologías que debido a su complejidad no pueden ser atendidas en el primer nivel de salud (Rea,2020).

Hospital de tercer nivel: Unidad médica hospitalaria de alta especialidad, que cuenta con infraestructura con tecnología médica de última generación, caracterizado por su baja frecuencia y alta complejidad en su diagnóstico y tratamiento; realizado por equipo multidisciplinario de alto nivel (Gobierno de México, 2015)

Jornada acumulada: Se compone de días de trabajo y descansos en el cual, el trabajador labora jornadas extendidas (fines de semana 12 horas y días festivos) y goza de descansos compensatorios (L.P. Derecho, 2021)

Médico Adscrito: Profesional médico que ha concluido satisfactoriamente un programa de residencias médicas, y practica la medicina especializada como médico tratante principal, encargado y responsable directo del manejo del paciente (Meneses-Marines, 2006).

Médico Interno de Pregrado: Etapa fundamental en la formación del médico general, en la cual el alumno pasa a ser integrante del equipo de salud y pone en práctica los conocimientos adquiridos durante los primeros años de la carrera en las diversas especialidades médicas, dentro de una dependencia e institución de salud bajo un programa de educación y supervisión por personal de enseñanza (Tapia, et al, 2007).

Médico Residente: Profesional de la medicina con título legalmente extendido y registrado ante las autoridades competentes que ingresa a una unidad médica receptora de residentes para cumplir una residencia médica a tiempo completo. (Gobierno de México, 2012)

Norma oficial mexicana para residencias médicas: La NOM-001-SSA3-2012 es la regulación técnica de carácter obligatorio elaborada por un organismo nacional de normalización, que contiene toda la información con el objetivo de regular la organización y funcionamiento de residencias médicas, en las unidades médicas receptoras de residentes de las instituciones del sistema nacional de salud (Gobierno de México, 2013)

Pase de visita: Actividad donde se conjuntan procesos docentes y asistenciales alrededor de la atención a pacientes hospitalizados. Representa el momento ideal para el aprendizaje del método clínico, ya que existe una interacción entre médicos expertos con personal médico en formación (Creagh, et al., 2017)

Residencia Médica: Es el conjunto de actividades académicas, asistenciales y de investigación que debe cumplir el médico residente dentro de las unidades médicas receptoras de residentes, durante el tiempo estipulado en los programas académicos y operativos correspondientes. (Gobierno de México, 2013)

Rotaciones externas: Es el conjunto de actividades de carácter temporal contenidas en el programa operativo que llevan a cabo los médicos residentes en formación con el fin de ampliar conocimientos o aprender técnicas que no se realizan en su institución o dependencia de origen; que de acuerdo a su programa de estudios es necesaria para su formación (Hospital de la Ceguera, SF 2022).

Rotaciones internas: Es aquella que realizan los médicos residentes en formación en los diferentes servicios que ofrece su institución o dependencia médica la cual se relaciona académicamente con su programa de estudios, para ampliar sus conocimientos durante un periodo de tiempo establecido por el mismo (Organización sanitaria integrada Bilbao-Basurto, SF 2022).

Servicio social: El Servicio Social de Medicina en México corresponde al 6º y último año de la licenciatura. Se estableció en el marco regulatorio del estado como requisito indispensable para obtener el título y cédula de médico y con esto la autorización legal del estado para ejercer la profesión. Durante este año se privilegian dos elementos principales: la medicina asistencial y la vinculación del alumno con la salud pública, buscando desarrollar competencias para el buen desempeño profesional en la medicina del primer nivel de atención.

El servicio social representa el ciclo, aun formativo en el que el alumno pone en práctica sus conocimientos coadyuvando con el objetivo sectorial de conservación de la salud de la población a través del servicio (IMSS/Gobierno de México, 2013)

Sesión anatomopatológica: Es una herramienta grupal que refuerzan el método clínico, al proporcionar una oportunidad de revisar los conocimientos sobre una patología y su manejo (Espinosa, 1998).

Sesión clínica: Actividad de un equipo médico en el cual se discute un caso médico particular, considerando la historia clínica, misma en la que se abordan los diferentes enfoques médicos para la elección del manejo del paciente, sirve como herramienta para actualización de conocimiento (Doctutor,2016).

Subdirector Médico: Profesional de la salud que se encarga de asesorar al director médico de una dependencia o institución médica, en materia de gestión clínica y asistencial, facilitando la toma de decisiones, coordinado con sus superiores (Valdés, 2011).

Tipos de evaluación que se realizan a médicos residentes, médicos internos: La evaluación a médicos residentes es objetiva y se realiza de manera mensual, evaluando el área cognoscitiva por medio de la asistencia, presentaciones, traducciones, exámenes de conocimiento con un valor del 40%, el área psicomotora con un valor del 20% y el área afectiva que evaluará la relación laboral, el trato al paciente y la presentación del médico con un valor del 40%, formatos de evaluación previamente aprobados por el departamento de enseñanza de la institución.

La evaluación a médicos internos de pregrado se lleva a cabo promediando el área afectiva que incluye la asistencia, la presentación y la relación interpersonal médico-paciente, el área de desarrollo operativo que evalúa al médico interno con exámenes de conocimiento y actividades de destreza que realiza en los servicios disponibles en su institución médica asignada, dando un total de 100%.

4. Formatos de evaluación residentes.

La escala de evaluación fue de tipo Likert:

MUY COMPETENTE	COMPETENTE	COMPETENCIA MEDIA	NO COMPETENTE
4	3	2	1

Las preguntas por formato oscilaban entre 19 a 24 ítems. Y la evaluación era de acuerdo a la rotación, jefe de servicio o profesor titular.

COMITÉ DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN FORMATO DE EVALUACIÓN PARA ROTACION.

FECHA:	
NOMBRE DEL ALUMNO:	
ROTACION:	
NOMBRE DEL EVALUADOR:	

Indicaciones: Llenar cada uno de los puntos a evaluar, posteriormente sacar puntaje total y colocar calificación final con y sin exámenes. Saludos.

- 1.-Es Capaz de realizar de manera adecuada la visita hospitalaria.
- 2.-Es capaz de realizar el análisis de expedientes clínicos.
- 3.-Es capaz de vigilar el tratamiento, evolución del paciente y detección de complicaciones.
- 4.-Es capaz de tomar decisiones en base a lo racional.
- 5.-Es capaz de manejar problemas en forma integral.
- 6.-Es capaz de establecer buena relación interpersonal con sus jefes o personal del hospital
- 7.-Es capaz de establecer buena relación con sus compañeros.

- 8.-Es capaz de establecer buena interacción con los pacientes.
- 9.-Es capaz de establecer buena interacción con los familiares de los pacientes.
- 10.-Receptividad de las recomendaciones y críticas externas.
- 11.-
Responsabilidad.
- 12.-Dedicación.
- 13.-Estabilidad
emocional.
- 14.-Asiste puntualmente a sus
actividades.
- 15.-Presentación con uniforme y
pulcro.
- 16.-Presentación de caso
(paciente)
- 17.-Integración del
Expediente Clínico.
- 18.-Elaboración de notas
médicas.
- 19.-Habilidad en el manejo de fuentes de información.

COMITÉ DE
ENSEÑANZA E
INVESTIGACIÓN
FORMATO DE
EVALUACIÓN JEFE DE
SERVICIO.

FECHA:
NOMBRE DEL ALUMNO:

NOMBRE
DEL
EVALUADOR:

ACTIVIDAD CLINICA COMPLEMENTARIA (GUARDIA)

Indicaciones: Llenar cada uno de los puntos a evaluar, posteriormente sacar puntaje total y colocar calificación final con y sin exámenes. Saludos.

- 1.-Es Capaz de realizar de manera adecuada la visita hospitalaria.
- 2.-Es capaz de realizar el análisis de expedientes clínicos.
- 3.-Es capaz de vigilar el tratamiento, evolución del paciente y detección de complicaciones.
- 4.-Es capaz de tomar decisiones en base a lo racional.
- 5.-Es capaz de manejar problemas en forma integral.
- 6.-Es capaz de establecer buena relación interpersonal con sus jefes o personal del hospital
- 7.-Es capaz de establecer buena relación con sus compañeros.
- 8.-Es capaz de establecer buena interacción con los pacientes.
- 9.-Es capaz de establecer buena interacción con los familiares de los pacientes.
- 10.-Receptividad de las recomendaciones y críticas externas.
- 11.-Responsabilidad.
- 12.-Dedicación.
- 13.-Estabilidad emocional.
- 14.-Asiste puntualmente a sus actividades.
- 15.-Presentación con uniforme y pulcro.
- 16.-Presentación de caso
(paciente)
- 17.-Integración del Expediente Clínico.
- 18.-Elaboración de notas
médicas.
- 19.-Habilidad en el manejo de fuentes de información.

SUMA DE PUNTAJE

COMITÉ DE ENSEÑANZA
E INVESTIGACIÓN
FORMATO DE
EVALUACIÓN
PROFESOR TITULAR.

FECHA:		
NOMBRE DEL ALUMNO:		
NOMBRE DEL EVALUADOR:		

Indicaciones: Llenar cada uno de los puntos a evaluar, posteriormente sacar puntaje total y colocar calificación final con y sin exámenes. Saludos.

1.-Es Capaz de realizar de manera adecuada la visita hospitalaria.
2.-Es capaz de realizar el análisis de expedientes clínicos.
3.-Es capaz de vigilar el tratamiento, evolución del paciente y detección de complicaciones.
4.-Es capaz de tomar decisiones en base a lo racional.
5.-Es capaz de manejar problemas en forma integral.
6.-Es capaz de establecer buena relación interpersonal con sus jefes o personal del hospital
7.-Es capaz de establecer buena relación con sus compañeros.
8.-Es capaz de establecer buena interacción con los pacientes.
9.-Es capaz de establecer buena interacción con los familiares de los pacientes.
10.-Receptividad de las recomendaciones y críticas externas.
11.-Responsabilidad.
12.-Dedicación.
<u>13.-Estabilidad emocional.</u> - -
14.-Asiste puntualmente a sus actividades.
15.-Presentación con uniforme y pulcro.

16.-Presentación de caso (paciente)
17.-Integración del Expediente Clínico.
18.-Elaboración de notas médicas.
19.-Habilidad en el manejo de fuentes de información.
20.-Es capaz de participar con calidad en las actividades de aula
21.-Participa en las sesiones departamentales organizadas por BUAP.
22.-Desarrolla de manera puntual y adecuada trabajo de investigación (TESIS).
23.-Desarrollo de tema asignado para exponer.
24.-Capacidad de autocrítica
SUMA DE PUNTAJE