



Fecha de recepción: noviembre 5 de 2021
Fecha de aceptación: febrero 15 de 2022

ARTÍCULO ORIGINAL

<https://dx.doi.org/10.14482/sun.38.3.610>

Factores de riesgo psicosociales impacto del control y recompensa desde la percepción de residentes médicos

Psychosocial risk factors impact of control and reward as perceived by medical residents

YISEL PINILLOS-PATIÑO¹, KAREN LISETH OSÍO-ROJAS²,
MARTÍN ACOSTA-FERNÁNDEZ³, AURA GAUNA-QUIÑONEZ⁴,
JOSÉ RAFAEL CONSUEGRA MACHADO⁵

¹ MSc. Salud Pública. Universidad Simón Bolívar, Facultad de Ciencias de la Salud, Barranquilla, Colombia. <https://orcid.org/0000-0001-5047-388>. CvLAC: https://scienti.minciencias.gov.co/cvlac/visualizador/generarCurriculoCv.do?cod_rh=0001093363

² Psicólogo. Maestrante en Psicología. Universidad Simón Bolívar, Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales, Barranquilla, Colombia. karen.osio@unisimon.edu.co <https://orcid.org/0000-0003-1403-378>. CvLAC: https://scienti.minciencias.gov.co/cvlac/visualizador/generarCurriculoCv.do?cod_rh=0001905775&lang=es

³ PhD. Ciencias de la Salud en el Trabajo. Universidad de Guadalajara, Centro Universitario de Ciencias Económico Administrativas, Guadalajara, México. fmartin63@gmail.com <https://orcid.org/0000-0003-2075-2325>. CvLAC: https://scienti.minciencias.gov.co/cvlac/visualizador/generarCurriculoCv.do?cod_rh=0001383915

⁴ Magíster en Educación. Universidad Simón Bolívar, Facultad de Ciencias de la Salud, Barranquilla, Colombia. agauna@unisimonbolivar.edu.co <https://orcid.org/0000-0001-9349-3358>. CvLAC: https://scienti.minciencias.gov.co/cvlac/visualizador/generarCurriculoCv.do?cod_rh=0001106619

⁵ PhD. Educación. Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Simón Bolívar, Barranquilla, Colombia. jr-consuegra@unisimonbolivar.edu.co <https://orcid.org/0000-0002-4479-6632>. CvLAC: https://scienti.minciencias.gov.co/cvlac/visualizador/generarCurriculoCv.do?cod_rh=0001392497

Autor de correspondencia: Yisel Pinillos-Patiño. Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Simón Bolívar. Barranquilla, Colombia. Dirección: Carrera 59 n°. 59-92. Tel: 3012926368. ypinillos@unisimonbolivar.edu.co

RESUMEN

Objetivo: Analizar la percepción de los residentes a factores de riesgos psicosociales a los que se enfrentan a lo largo de su formación académica relacionados con los dominios de control y recompensas del trabajo.

Materiales y métodos: Estudio cualitativo con metodología fenomenológica, que utilizó la entrevista a profundidad como técnica de obtención de los datos a partir de los elementos contemplados en la Bateria de Instrumentos para la Evaluación de Factores de Riesgo Psicosocial del Ministerio de Protección Social de Colombia. Se entrevistó a 42 residentes de 8 especialidades médicas en Barranquilla. El análisis de la información obtenida se interpretó a partir de la teoría sociológica de Schütz.

Resultados: Se observó relación de la carga de trabajo, tiempo y organización con el poco reconocimiento al esfuerzo. Además, existe poco apego con las instituciones y no hay vínculo profesional y emocional estable debido a la baja percepción de autorrealización en el ejercicio de su trabajo.

Conclusiones: Los dominios “control” y “recompensas” se conjeturan como problemáticas frecuentes en el ámbito de las residencias médicas. Si no hay control de las funciones, participación en la toma de decisiones y en el funcionamiento de la institución, y si existen pocas oportunidades de demostrar el dominio en las responsabilidades adquiridas, la percepción de bienestar se ve implicada.

Palabras clave: residencia médica, control, recompensa, jerarquía, salud mental (DeCS).

ABSTRACT

Objective: To analyze the perception of residents to psychosocial risk factors they face throughout their academic training related to the domains of control and work rewards.

Materials and Methods: Qualitative study with phenomenological methodology, which used in-depth interview as a technique to obtain data from the elements contemplated in

the Battery of Instruments for the Evaluation of Psychosocial Risk Factors of the Ministry of Social Protection of Colombia. Forty-two residents from 8 medical specialties in Barranquilla were interviewed. The analysis of the information obtained was interpreted based on Schütz's sociological theory.

Results: A relationship was observed between workload, time and organization, with little recognition of effort. In addition, there is little attachment to the institutions and there is no stable professional and emotional bond due to the low perception of self-fulfillment in the exercise of their work.

Conclusions: The control and reward domains are conjectured as frequent problems in the field of medical residencies. If there is no control of the functions, participation in decision making and in the functioning of the institution, and if there are few opportunities to demonstrate mastery in the acquired responsibilities, the perception of well-being is implicated.

Keywords: medical residency, control, reward, hierarchy, mental health (MeSH).

INTRODUCCIÓN

Los residentes de especialidades médicas se enfrentan de manera habitual y en condiciones generales de trabajo a factores de riesgo de origen psicosocial (estresores laborales) que se reflejaron en su salud mental, evidenciados en forma de cuadros de depresión, ansiedad, cansancio y/o desconexión emocional, aislamiento social, entre otros (1).

La enfermedad mental, considerada a nivel mundial como responsable del 32,4 % de los años vividos con una discapacidad (AVD), genera impactos significativos en los lugares de trabajo con la presencia de síntomas depresivos y trastornos de ansiedad; en 2019 la Organización Mundial de la Salud (OMS) catalogó el agotamiento como un “fenómeno ocupacional” en la versión número once de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) (2).

Según los factores de riesgo identificados como prioritarios en Colombia, la exposición a riesgos psicosociales en el trabajo ocupa el segundo lugar, con un incremento del 43 % (3).

Por otra parte, la pandemia causada por el virus CoV-2 del SARS ha generado una emergencia global que transformó la atención sanitaria y ha tenido gran impacto en la salud mental de los profesionales médicos, puesto que muchos de ellos fueron redirigidos a la respuesta de Covid-19 (4).

En el contexto descrito, es posible indicar que los factores psicosociales en los médicos residentes de especialidades emergen de la interacción diaria, de las desigualdades entre los años de residencia (jerarquías), poca colaboración, poco tiempo y control para desarrollar todas las actividades, entre otros (5, 6, 7).

Joiner y colaboradores, citado por MacFarland (8), han descrito la conducta suicida en los médicos como “una carga percibida” derivada del sentir como una obligación el trabajar para los demás o no querer tomarse tiempo para el descanso, una pertenencia frustrada al no ser incluido en el sobrevalorado grupo social de los médicos.

Esta publicación hace parte de un macroestudio denominado “Escenarios de trabajo, condiciones psicosociales y salud mental. El caso de la formación de los médicos especialistas en América Latina (2019 - 2022)”, y se consideró el análisis de los dominios de control y recompensas del trabajo con sus correspondientes dimensiones, con base en la Batería de Instrumentos para la Evaluación de Factores de Riesgo Psicosocial (9) del Ministerio de la Protección social de 2010, la cual contiene otras dimensiones (demandas del trabajo, liderazgo y relaciones sociales en el trabajo) que no fueron parte de este estudio. Sobre los dominios o dimensiones escogidos dicha batería se refiere a “control” cuando el individuo tiene un margen de decisión sobre sus actividades en cuanto a orden, cantidad y ritmo. Además de las oportunidades para el desarrollo y uso de las habilidades, la participación en los procesos de cambios y una clara definición e implementación de su rol, y por supuesto, el acceso a capacitación necesaria o constante.

En cuanto al dominio “recompensas”, la batería colombiana se refiere al sentimiento de orgullo y percepción de estabilidad laboral, así como a las retribuciones que obtiene el individuo por el esfuerzo realizado.

El modelo demanda-control-apoyo social (DCAS), de Karasek, Johnson y Theorell (10), permite describir las características estructurales del trabajo relacionadas con la posibilidad de tomar decisiones y usar las propias capacidades.

La percepción de bajo sentido de pertenencia y falta de reconocimiento en los escenarios de práctica son abordadas desde la teoría de Herzberg(11), la cual afirma que los buenos sentimientos hacia el trabajo, además de ser de corta duración, dependen de los logros específicos y al reconocimiento de esos logros(11, 12).

El propósito de este estudio es analizar la percepción de los residentes a factores de riesgos psicosociales que estos enfrentan a lo largo de su formación académica relacionados con los dominios control y recompensas del trabajo, utilizando como soporte los dominios de estudio de la batería colombiana de instrumentos para la evaluación de factores de riesgo psicosocial, y formulando interrogantes, con base en las subcategorías de dicha batería, sobre el comportamiento, actitud y percepción de los entrevistados.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio enmarcado en el paradigma cualitativo, con metodología fenomenológica en residentes de especialidades médicas en la ciudad de Barranquilla, la cual permitió la descripción e interpretación de las experiencias vividas por los residentes de medicina. Esta metodología fue elegida porque considera lo ético para desarrollar procedimientos coherentes y exhaustivos para la obtención de datos, los cuales difícilmente serían accesibles por otros métodos de investigación. Se practicó análisis de contenido bajo el modelo DCAS y la teoría de Herzberg a 42 entrevistas en profundidad, debido a que se necesitaba obtener información de primera mano sobre las experiencias de los entrevistados, que, en una atmósfera de seguridad y confianza, pudieran ser respuestas concretas, sinceras u honestas. La entrevista en profundidad debía estructurarse dando a conocer la hipótesis y los objetivos de la investigación, en esta se incluirá una introducción en la que se daría a conocer el propósito, la estructurada y los alcances de esta. Dichas entrevistas fueron grabadas y transcritas; esto se hizo tomando en cuenta la frecuencia en la que se hacían referencias sobre temas específicos, de la siguiente manera: 1) Se realizó transcripción de cada entrevista textualmente para organizarlas en 42 documentos principales. 2) Se definieron y organizaron los códigos teóricos para la consecuente codificación de los datos. 3) Se hizo búsqueda, selección y filtración del contenido del discurso en los documentos principales o unidades de análisis, a fin de preservar el contenido relevante, se ubicaron semejanzas y diferencias en los testimonios, lo cual permitió hacer diferenciación del discurso e identificar aspectos particulares relacionados con el control y recompensas sobre el trabajo de los residentes. La tipificación de los datos obtenidos y el análisis de la información a través de la observación sistemática permitieron realizar las preguntas sin modificar las respuestas de los participantes. 4) Descripción de las categorías de análisis por dominio y dimensión; para este caso las categorías seleccionadas del dominio control y recompensas, de las cuales se especificaron las dimensiones y subdimensiones, para posteriormente hacer la correspondiente interpretación mediante con el apoyo del software NVivo® versión 12, licencia de la Universidad Simón Bolívar, el cual permite análisis cualitativo y el

manejo de grandes volúmenes de datos. Para este estudio se utilizó el análisis de datos textuales y multimediales mediante la codificación direccionada. 5) Redacción y presentación del manuscrito final del estudio.

Los participantes fueron parte de una muestra heterogénea con aspectos comunes al año de residencia de ocho especialidades médicas (medicina crítica y cuidados intensivos, psiquiatría, nefrología, medicina interna, neurología, cirugía plástica, pediatría, ginecología y obstetricia). Se invitó a uno o dos residentes de cada año de residencia que estuvieran matriculados y activos en una especialidad; esto se realizó al azar, y el único criterio de inclusión era pertenecer a una especialidad médica. No se consideraron criterios relacionados con la edad, sexo, año de residencia o tipo de especialidad médica (ver tabla 1).

Tabla 1. Distribución de los participantes en el estudio

Especialidad médica	Número de residentes participantes	Participantes por año de residencia			
		I	II	III	IV
Cirugía plástica, reconstructiva y estética (CPRE)	7	2	2	1	2
Medicina crítica y cuidados intensivos (MCCI)	5	1	1	2	1
Medicina interna (MI)	4	1	2	1	
Ginecología y obstetricia (G)	6	2	2	2	
Psiquiatría (PH)	4	2	0	2	
Neurología (UN)	8	2	2	2	2
Pediatría (P)	6	2	2	2	
Nefrología (N)	2	1		1	

Fuente: Datos tomados de los listados de matriculados en los programas de posgrados de especialidades médicas de la institución de educación superior (IES) participante.

Esta investigación responde a las consideraciones éticas de la Declaración de Helsinki y la Resolución 8430 de 1993; a los aspectos relacionados con la Resolución 2404 de 2019 (13), por medio de la cual se adopta la Batería de Instrumentos para la Evaluación de Factores de Riesgo Psicosocial. Previo a la aplicación de la entrevista se solicitó la firma del consentimiento informado y autorización de la grabación de esta a cada participante. El estudio contó con el aval del Comité de Ética de la Universidad Simón Bolívar de Barranquilla.

RESULTADOS

Los participantes contaron en su mayoría con edades entre 27 y 34 años; predominó el grupo de mujeres, el estado civil casada/o, y el estrato socioeconómico 3 y 4 (ver tabla 2).

Tabla 2. Datos sociodemográficos de los entrevistados

Año de residencia	I		II		III		IV	
Características	Frec*	%	Frec*	%	Frec*	%	Frec*	%
Edad								
27-34	9	90	9	60	10	83,3	3	60
35-42	1	10	6	40	2	16,7	2	40
Sexo								
Femenino	6	60	7	46,7	7	58,3	2	40
Masculino	4	40	8	53,3	5	41,7	3	60
Estado Civil								
Divorciado	0	0	2	13,3	1	8,3	3	60
Casado	4	40	6	40	3	25	1	20
Soltero	6	60	6	40	6	50	1	20
Unión libre	0	0	1	7,7	2	16,7	0	0
Estrato socioeconómico								
1 y 2	0	0	0	0	2	16,7	0	0
3 y 4	8	80	11	72,3	5	41,7	4	90
5 y 6	2	20	4	27,7	5	41,6	1	10

*Frec: frecuencia

Fuente: elaboración a partir de los resultados de la investigación.

La categoría *control y autonomía en el trabajo* contó con 663 testimonios; es decir, las voces de los participantes en las que expresaron su percepción. Todas las veces que en el discurso de los residentes estuvo implicada o nombrada la categoría (incluyendo todos sus dominios). El dominio *organización del tiempo para la realización de su trabajo* ocupó la mayor preocupación al no contar con el tiempo adecuado para desarrollar sus funciones a cabalidad, reflejado mayormente en residentes de primer año de las especialidades en neurología, cirugía plástica, medicina crítica y la especialidad psiquiatría.

Los entrevistados de segundo y cuarto año de neurología expresaron que el poco tiempo del que disponen para organizar y cumplir con las tareas de un día, sumado a la poca claridad sobre su rol dentro de las instituciones donde rotan, ha afectado el ritmo de su trabajo y dificulta, por lo tanto, su efectividad como trabajadores.

Los residentes de cirugía plástica estuvieron de acuerdo en que la carga y ritmo de trabajo es extenuante, tienen poca claridad de sus funciones. El sentido de pertenencia y adherencia en el escenario de rotación es bajo y perciben poca autorrealización profesional en un entorno de aprendizaje superior, percepción común a todos los residentes de primero y segundo año de las especialidades participantes.

Tabla 3. Definición del constructo, dominios investigados, categorización de dimensiones y subdimensiones, Número de veces que es citada la subdimensión por especialización

Constructo	Dominio	Dimensión	Subdimensión	N° de referencias por AR*				
				R1	R2	R3	R4	T
Factor Intralaboral	Control	Control y autonomía sobre el trabajo [259] 39.1%	Cantidad, ritmo y orden de cómo realizar su trabajo (control de ello)	35	24	12	8	79
			Organización del tiempo para la realización de su trabajo (control para ello)	48	35	15	14	112
		Oportunidades de desarrollo y uso de habilidades y destrezas [81] 12.2%	Hay poca oportunidad para adquirir conocimientos o desarrollar habilidades nuevas	3	4	1	2	10
			Muy poco puede aplicar conocimientos y habilidades que ya posee	8	4	3	4	19
			Debe desempeñar eficazmente tareas en las que no posee conocimientos ni ha desarrollado habilidades	3	2	N/H*	N/H*	5
		Participación y manejo del cambio [64] 9.7 %	Recibe información sobre cambio en procedimientos, tratamientos, actividades	N/H*	2	N/H*	N/H*	2
			Recibe información sobre cambios en la institución y que pudieran afectar la continuidad de su formación	N/H*	N/H*	N/H*	1	1
		Claridad de rol [209] 31.5 %	No tiene claros los objetivos o metas que se le exigen	3	N/H*	2	2	7
			Poca claridad de las funciones por desempeñar	61	26	6	7	100
			Alto grado de responsabilidad	8	3	1	1	13
			Límites de autonomía posibles	N/H*	N/H*	N/H*	N/H*	0
			Responsabilidad y repercusiones de su proceder en el manejo del paciente	47	33	31	10	121
		Capacitación [50] 7.5 %	Asistir a capacitaciones relacionadas con su trabajo	15	13	18	4	50
			Recibir capacitación útil para realizar su trabajo	15	13	18	4	50

Continúa...

Constructo	Dominio	Dimensión	Subdimensión	N° de referencias por AR*				
				R1	R2	R3	R4	T
Factor Intralaboral	Recompensa	Reconocimiento y compensación [103] 49 %	El MR* no recibe reconocimiento por el trabajo que realiza	5	3	4	1	13
			El MR* siente que sus superiores jerárquicos desconfían de sus capacidades para realizar de manera adecuada las tareas que le son asignadas	5	3	2	1	11
			El MR* siente que el emolumento económico que recibe no se corresponde con el esfuerzo que realiza	1	5	4	N/H*	10
			El MR* no percibe bienestar por lo que realiza	5	7	5	1	18
		Recompensas derivadas de la pertenencia a la organización y del trabajo que se realiza [107] 51%	El MR* no vislumbra ninguna posibilidad de desarrollo	2	4	1	N/H*	7
			El MR* no experimenta orgullo por pertenecer a la institución	26	33	40	8	107
			El MR* no se siente autorrealizado en el ejercicio de su trabajo	9	4	10	2	25

*MR= Médico residente *AR= Año de residencia *NH= No hay *T=total

Fuente: tabla elaborada a partir de los datos recolectados en las entrevistas realizadas en esta investigación y las dimensiones tomando como referencia la Batería de Instrumentos para la Evaluación de Factores de Riesgo Psicosocial (BIEFRP), enfocado en el dominio liderazgo y relaciones sociales.

En la subdimensión *responsabilidad y repercusiones de su proceder en el manejo del paciente*, los residentes de primer año sienten que tienen la mayor carga de responsabilidades e injustamente mayores repercusiones en su proceder; creen que esto se debe a que les asignan gran carga de trabajo y cuando algo sale mal toda la responsabilidad del daño recae sobre su trabajo y su nombre; se identificó a los participantes por el número de entrevistado, según la codificación realizada en el *software* Nvivo, año de residencia, sexo y la sigla de su especialidad médica:

[...] los turnos de noche nos toca todo el servicio, pero en hospitalización solamente se hace una ronda y a veces pasan cosas y como que quieren que uno también responda por eso. Uno por dentro diciendo como qué, ¿y yo qué hago? Toca quedarse callado, pues el R mayor te va a decir que tú resuelves (8.1.M.G).

Se encontró que el mayor enigma está entre los residentes de tercer año (a nivel general), quienes expresan sentirse poco apoyados a nivel educativo por parte de las instituciones prestadoras de salud donde rotan:

[...] de pronto con un poco más d, entonces sería chévere (buenísimo, excelente), para que nos instruyan con la experiencia que ya ellos tienen (20.1.F.MI).

Se puede decir que en tanto va avanzando el año de residencia, menos capacitaciones les brindan, siendo ello parte del proceso formativo en el que se encuentran.

Se hallaron coocurrencias de varios dominios (ver tabla 4) con referencia a la cantidad de coincidencias que se encontraron entre dos subdimensiones en dos o más especialidades médicas por año de residencia.

En las subdimensiones *cantidad, ritmo y orden de cómo realizar su trabajo y no experimentar orgullo por pertenecer a la institución*: podría considerarse un factor de riesgo psicosocial para residentes de primer año en especialidades como neurología y psiquiatría, por la carga u obligación de contribuir en mejorar las patologías y problemáticas relacionadas con el cerebro, en muchos casos sin el reconocimiento necesario, lo cual se refleja en los testimonios como el poco apoyo recibido por la institución y los superiores, la poca instrucción para realizar su trabajo, generan sentimientos de poca adherencia y sentido de pertenencia.

Tabla 4. Subdimensiones que se consideran como un factor de riesgo psicosocial organizado por mayor número de coocurrencia por año de residencia, testimonios

Subdimensiones c-ocurrentes	Año de residencia	Especialidad	Nº de coocurrencias
Cantidad, ritmo y orden de cómo realizar su trabajo (control de ello) / El MR* no experimenta orgullo por pertenecer a la institución	I	Neurología	35
		Medicina crítica y cuidados intensivos y cuidados intensivos	
		Nefrología	
		Psiquiatría	

Continúa...

Subdimensiones c-ocurrentes	Año de residencia	Especialidad	Nº de coocurrencias
El MR* no se siente autorrealizado en el ejercicio de su trabajo/Poca claridad de las funciones a desempeñar	II	Cirugía plástica, reconstructiva y estética Ginecología y obstetricia	37
	III	Pediatría Medicina interna	21
Asistir a capacitaciones relacionadas con su trabajo/ El MR* siente que sus superiores jerárquicos desconfían de sus capacidades para realizar de manera adecuada las tareas que le son asignadas	I	Medicina interna Pediatría	23
		Cirugía plástica, reconstructiva y estética	

*MR= médico residente

Fuente: tabla elaborada a partir de los datos recolectados en la investigación.

Los médicos residentes entrevistados se han visto afectados por los factores psicosociales, en los escenarios de trabajo, ya que en todas las especialidades y años de residencia médica se reflejó más de una coocurrencia entre la carga de trabajo expresado en tiempo y organización. Expresaron, además, que la asignación de responsabilidades de acuerdo con el año de residencia debería considerarse, entendiendo que las repercusiones negativas o consecuencias de su proceder son vistas como “falta de concentración, tiempo mal empleado, negligencia y poco apego a los casos asignados”.

Al pasar a segundo año, los residentes en común de todas las especialidades percibieron la falta de profundización teórica y conceptual previos, necesarios para el desempeño óptimo de las competencias del año siguiente; lo anterior, según expresaron los entrevistados, hubiese facilitado el proceso de adaptación a las funciones asignadas, tener claridad de su rol dentro de la institución prestadora de salud de acuerdo con los derechos, deberes y funciones declarados por la Ley 1917 de 2018 (14), por medio de la cual se reglamenta el sistema de residencias médicas en Colombia. También expresaron que, al no tener experiencias satisfactorias en las instituciones de salud, no sentían apego ni interés en crear vínculo laboral y profesional con la entidad, lo que se traduce en

continuidad de la migración de profesionales de la salud y carencia de talento humano especializado para cubrir las necesidades sanitarias de la población.

DISCUSIÓN

Según el modelo DCAS de Karasek y Johnson (1986), y en relación con el dominio control, “el estrés no depende tanto del hecho de tener muchas demandas, sino del no tener capacidad de control para resolverlas”; esto se asocia con el relato de los residentes al exponer el poco apoyo que encontraban en los superiores para tomar decisiones, por la gran carga laboral y el poco tiempo para realizar todas las actividades del día.

También, el control está asociado al conocimiento de los cambios, avances y novedades de su área de especialidad médica; los residentes sienten vacíos en su formación profesional por la falta de capacitación constante y ven esto reflejado en los errores que algunas veces cometen y en su poca iniciativa para realizar procedimientos.

Según la teoría de Herzberg, la formación debe estar orientada al crecimiento emocional e intelectual y, por otro lado, a evitar el sufrimiento o el dolor (15); ello no está siendo ni considerado, y por lo tanto genera deterioro de la salud física y mental, manifestado de manera general en todas las especialidades y en gran medida en los residentes de primer año.

Al comparar la correspondencia entre los dominios control y recompensas, se encuentra que algunos estudios relacionan dichos dominios con factores psicosociales del trabajo (demanda-control y desbalance esfuerzo-recompensa), entre tanto que otros solo se centran en relacionarlos con el estrés y se basan en la relación cargo-enfermedad sin considerar otros factores psicosociales (16).

La interpretación y coocurrencia de esos dominios a través del discurso de los residentes permite hacer interpretaciones desde el enfoque preventivo y evidenciar situaciones que hasta el momento no habían sido consideradas, las cuales dificultan el quehacer del residente e inciden en el deterioro de la salud mental, así como los procesos psicosociales.

La metodología fenomenológica nos permitió entender las vivencias de estos profesionales en etapa de formación y de la misma forma hallar cuales eran los factores que estaban siendo percibidos como un riesgo para el bienestar, atendiendo dichos riesgos desde las demandas de control

y recompensas. Mientras que el análisis de contenido permitió mensurar la claridad de la comunicación, por medio de la identificación de las características de los médicos residentes entrevistados y también comparar el contenido de lo expresado por ellos (17).

Calnan y colaboradores (18) encontraron que el esfuerzo es medible, y que la comparación que se hace entre el esfuerzo y la recompensa es con fines predictivos para explicar el estrés laboral percibido y la angustia; sin embargo, no es una variable que se suma con subdimensiones como la participación y la capacitación, que en la presente investigación se muestran como posible factor de riesgo.

Por otro lado, Argentina es uno de los países donde más se han estudiado los factores psicosociales que afectan de una u otra forma la salud de los médicos residentes. Un estudio llevado a cabo en 2010 en la provincia de Mendoza (19) pretendía “comprender el proceso de trabajo como determinante de la salud de los trabajadores, buscando las relaciones entre el proceso salud-trabajo que determinan la aparición de específicos riesgos laborales y patologías”, en ese proceso, las dimensiones que abarcó fueron: Agotamiento Emocional, Despersonalización y Realización Personal. En cuanto a la reflexión teórica que explicaría la problemática, se basó en el modelo demanda-control-apoyo social, y la incidencia en los factores de estrés, los cambios en torno al trabajo y la organización del trabajo, el trabajo y su relación con la salud y los cambios en la profesión médica. Sin embargo, este estudio les atribuye las problemáticas presentes a los factores de estrés propios a las circunstancias laborales. Mientras que en nuestra investigación se correlacionan las recompensas y la percepción de control que incidirían en el riesgo psicosocial de los médicos residentes.

En cuanto a la relación entre la percepción de reconocimiento y de estar siendo bien recompensado, Santamaría y Cadena (20) comparan estos dominios con el sueño y los hábitos alimenticios, pero más relacionados con la poca capacitación, inducción y organización por parte de la institución donde rotan. Con ello, es posible inferir que los dominios que se analizan en este y en otros estudios afectan los factores psicosociales de los médicos, lo cual se observa con mucha frecuencia en los residentes (21).

También pudimos encontrar que el tema de control afectaba a residentes de todos los años; esto podría deberse a la forma en la que funcionan algunas instituciones en cuanto al establecimiento de las jerarquías y los roles y la forma en como estos eran percibidos mediante avanzaban en años de residencia, no solo por los mismos motivos de queja o insatisfacción, sino por el poco esclarecimiento de cómo se manejan las funciones de acuerdo con el cargo.

CONCLUSIONES

Se identifica la correspondencia existente entre los dominios *control* y *recompensa*. Las expresiones de insatisfacción de los residentes con respecto a las exigencias de las unidades de salud donde rotan permiten entender que se afecta emocional y físicamente, lo cual se manifiesta en poca pertenencia con las instituciones de salud, en el entendido de las pocas oportunidades de recompensas o insuficiente remuneración, disminuyendo así la motivación.

Como rasgo principal, este estudio realizó el abordaje de control como motivación y pertenencia como resultado, factores que con anterioridad no habían sido explorado en manera conjunta desde los modelos escogidos.

Los estudios mostraron pocas coincidencias de los factores psicosociales y la relación con los dominios control y recompensas, ya que se había explorado en otras áreas operativas y administrativas, pero no tan a fondo en el contexto de los médicos residentes de una especialidad médica.

Tomando en cuenta que las demandas laborales intensas, el control limitado y un alto grado de interferencia entre el trabajo y el hogar imperan en los programas de residencia médica, sería útil avanzar en la comparación de las posibles correspondencias entre algunas demandas contempladas en la batería colombiana.

Por otro lado, este estudio puede servir de base para implementar estrategias que mitiguen el grado de insatisfacción y de poco sentido de pertenencia médicos residentes-instituciones. A partir de los modelos teóricos que se utilizaron que explican la posibilidad de que los residentes puedan tomar decisiones y usar sus propias capacidades, generando logros específicos y reconocimiento de esos logros, también se podría dar paso a la disminución del riesgo psicosocial de dicha población.

Limitaciones

Son pocos los estudios que correlacionan las condiciones intralaborales entre sí, basándose en modelos teóricos que identifiquen las características estructurales y sentimientos hacia el trabajo como factores de riesgo psicosocial; por ello, no fue posible realizar una discusión más extensa. Al tomar en cuenta el tamaño de la muestra puede considerarse que no hace una contribución sustancial suficiente. Pero al estudiar más a fondo las intervenciones realizadas por los entrevistados, en su narrativa podemos sugerir que es el sentir de una comunidad amplia de médicos residentes.

Conflicto de intereses: los autores manifiestan no tener conflictos de intereses en la realización del artículo.

Financiación: el proyecto fue financiado por la Universidad Simón Bolívar.

Agradecimientos: A los residentes de especialidades médicas y a la IES en Barranquilla que facilitó el contacto desde los programas de Fisioterapia y la Maestría en Psicología. A la Universidad de Guadalajara en México que propició la participación colaborativa para el estudio.

REFERENCIAS

1. Ramirez AJ, Graham J, Richards MA, Cull A, Gregory WM. Mental health of hospital consultants: the effects of stress and satisfaction at work. *Lancet*. 1996; 347:724-8. doi: 10.1016/s0140-6736(96)90077-x. PMID: 8602002.
2. Gray P, Senabe S, Naicker N, Kgalamono S, Yassi A, Spiegel JM. Workplace-Based Organizational Interventions Promoting Mental Health and Happiness among Healthcare Workers: A Realist Review. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2019; 16(22): 4396. <https://doi.org/10.3390/ijerph16224396>
3. Ministerio del Trabajo. República de Colombia. Informe ejecutivo de la segunda encuesta nacional de condiciones de seguridad y salud en el trabajo en el sistema general de riesgos laborales. Bogotá, 2013. Disponible en: <https://fasecolda.com/cms/wp-content/uploads/2019/08/ii-encuesta-nacional-seguridad-salud-trabajo-2013.pdf>
4. The mental health of health workers in the pandemic. *Bulletin of the World Health Organization*. 2021; 99(6): 410-411. <https://doi.org/10.2471/BLT.21.020621>
5. Gaona LV, Consuelo JE, Tomp EO, Rizo JA. La importancia de la salud en los médicos residentes y su relación con la calidad y seguridad del paciente. *Boletín CONAMED - OPS*. 2018; 3(18): 15- 18. <https://doi.org/10.24314/race.v1i1.9>
6. McCall TB. The impact of long working hours on resident physicians. *N Engl J Med*. 1988; 318(12):775-8. doi: 10.1056/NEJM198803243181210. PMID: 3347227.
7. Eckleberry-Hunt J, Lick D, Boura J, Hunt R. Balasubramaniam M, Mulhem E, Fisher C. Un estudio exploratorio del Burnout y el bienestar de los residentes. *Medicina académica*. 2009; 84(2):269-277 doi: 10.1097/ACM.0b013e3181938a45

8. McFarland DC, Hlubocky F, Riba M. Update on Addressing Mental Health and Burnout in Physicians: What Is the Role for Psychiatry? *Curr Psychiatry Rep.* 2019; 21(11):108. doi: <https://doi.org/10.1007/s11920-019-1100-6>
9. Ministerio de la Protección Social. República de Colombia. Bateria de instrumentos para la evaluación de factores de riesgo psicosocial. Bogotá, 2010. Disponible en: <https://es.scribd.com/doc/44255450/Bateria-de-Instrumentos-Para-La-Evaluacion-de-Factores-de-Riesgo-Psicosocial>
10. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales España. 2001. NTP 603: Riesgo psicosocial: el modelo demanda-control-apoyo social (I). 2001. Disponible en: https://www.insst.es/documents/94886/326775/ntp_603.pdf/f15ca511-259c-480b-9f12-28ef5349b3c1
11. Stello, CM. Herzberg's Two-Factor Theory of Job Satisfaction: An Integrative Literature Review. Disponible en: <https://www.semanticscholar.org/paper/Herzberg-%E2%80%99-s-Two-Factor-Theory-1-Herzberg-%E2%80%99-s-of-%3AStello/5c203ef79d233a1788ee4e9c433af1b71db55ade>
12. Manso-Pinto. J. El legado de Frederick Irving Herzberg. *RUE.* 2002; 128: 79-87. Disponible en: <https://repository.eafit.edu.co/bitstream/handle/10784/17249/849-Texto%20del%20art%c3%adcu-lo-2540-1-1020120607.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
13. Ministerio del Trabajo. República de Colombia. Resolución 2404 de 2019. Disponible en: <https://www.mintrabajo.gov.co/documents/20147/59995826/Resolucion+2404+de+2019+Adopcion+bateria+riesgo+psicosocial%2C+guia+y+protocolos.pdf>
14. Congreso de Colombia. Ley 1917 de 2018. Disponible en: <https://www.mineduccion.gov.co/normatividad/1753/w3-article-381689.html>
15. Parra-Lahuate SW, Pérez-Gavilanes EP. El estrés laboral como factor de riesgo psicosocial influye en el desempeño laboral de los funcionarios de la Dirección de Administración de Recursos Humanos del Ministerio de Relaciones Exteriores Comercio e Integración. *Informe final del trabajo de titulación de Psicóloga Industrial.* Quito: UCE; 2014. https://doi.org/10.35485/rcap72_7
16. Siegrist J, Effort-reward imbalance at work and cardiovascular diseases. University of Duesseldorf, Duesseldorf, Germany. Department of Medical Sociology. *International Int J Occup Med Environ Health.* 2010; 23(3):279–285. DOI 10.2478/v10001-010-0013-8
17. Fernández F. El análisis de contenido como ayuda metodológica para la investigación. *Revista de Ciencias Sociales (Cr).* 2002; 2(96). Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=15309604>

18. Calnan M, Wadsworth E, May M, Smith A, Wainwright D. Job Strain, Effort - Reward Imbalance, and Stress at Work: Competing or Complementary Models?. *Scand J Public Health*. 2004; 32(2): 84-93. doi:10.1080/14034940310001668 PMID: 15255497.
19. Fischer, M. Estudio de los factores de riesgo laboral psicosocial en médicos residentes de un hospital público de la provincia de Mendoza. 2010. t: <https://www.researchgate.net/publication/356563873>
20. Santamaría-Guisamana SE, Cadena-Zurita JP. Estudio comparativo de factores estresantes y el nivel de agotamiento emocional en los médicos que laboran en el Hospital Municipal de Ambato. Proyecto de investigación para la obtención del título de psicología clínica. Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Escuela de Psicología; 2015. <https://doi.org/10.5546/aap.2017.212>
21. TJ Bugaj, Cranz A, Junne F, Erschens R, Herzog W, Nikendei C. Psychosocial burden in medical students and specific prevention strategies. *Mental Health & Prevention*. 2016; 4(1):24-30. <https://doi.org/10.1016/j.mhp.2015.12.003>.