

LA CONFIGURACIÓN DEL *BURNOUT* A TRAVÉS DEL AJUSTE ENTRE LAS
CONDICIONES DE TRABAJO Y LAS METAS Y EXPECTATIVAS DE SIETE
ESTUDIANTES DE MEDICINA

LAURA ALEJANDRA BENÍTEZ ÁLVAREZ

MANUEL ANDRÉS MARTÍNEZ GAMBOA

UNIVERSIDAD DEL VALLE

PROGRAMA ACADÉMICO DE PSICOLOGÍA

PALMIRA

2015

LA CONFIGURACIÓN DEL *BURNOUT* A TRAVÉS DEL AJUSTE ENTRE LAS
CONDICIONES DE TRABAJO Y LAS METAS Y EXPECTATIVAS DE SIETE
ESTUDIANTES DE MEDICINA

LAURA ALEJANDRA BENÍTEZ ÁLVAREZ

MANUEL ANDRÉS MARTÍNEZ GAMBOA

Trabajo de Grado presentado para optar por el título de Psicólogo (a)

Directora de Trabajo de Grado:

FÁTIMA DÍAZ BAMBULA

Psicóloga, Pontificia Universidad Javeriana con
Maestría en Psicología Universidad del Valle

UNIVERSIDAD DEL VALLE

PROGRAMA ACADÉMICO DE PSICOLOGÍA

PALMIRA

2015

APROBACIÓN

DIRECTORA

Fátima Díaz Bambula

JURADOS

Ingrid Carolina Gómez

Lina Marcela Hernández Saavedra

TABLA DE CONTENIDO

1.	INTRODUCCIÓN	7
2.	MARCO CONCEPTUAL	9
2.1	¿POR QUÉ SE EMPIEZA A HABLAR DE <i>BURNOUT</i> ?	11
2.2	EVOLUCIÓN CONCEPTUAL	13
2.3	ESTUDIOS SOBRE EL SÍNDROME DE <i>BURNOUT</i>	15
2.3.1	Según Cristina Maslach.....	15
2.3.2	Según Pedro Gil-Monte	18
2.3.3	Según Ayala Pines:	21
2.4	EVALUACIÓN DE <i>BURNOUT</i>	25
2.5	CONDICIONES DE TRABAJO.....	27
2.5.1	Condiciones de trabajo de la medicina en Colombia	32
2.6	SÍNDROME DE <i>BURNOUT</i> EN PROFESIONALES O ESTUDIANTES DE MEDICINA.....	34
3.	MARCO CONTEXTUAL	39
4.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	43
5.	OBJETIVOS	45
5.1	GENERAL	45
5.2	ESPECÍFICOS	45
6.	JUSTIFICACIÓN	46
7.	MÉTODO	49
7.1	TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	49
7.2	PARTICIPANTES	49

7.3	TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	51
7.4	TECNICAS DE ANÁLISIS	51
7.4.1	Categorías de análisis.....	51
7.5	PROCEDIMIENTO	54
8.	PRESENTACION Y ANÁLISIS DE RESULTADOS	56
9.	DISCUSIÓN	79
10.	CONCLUSIONES	87
11.	REFERENCIAS.....	90

INDICE DE FIGURAS

Figura 1. El SQT en el proceso de estrés laboral crónico	19
Figura 2. Función de la culpa en el desarrollo del SQT y sus consecuencias.....	20
Figura 3. Modelo Existencial del <i>burnout</i> adaptado por Pines y Aronso.	24
Figura 4. Condiciones del Mundo del trabajo.....	75
Figura 5. Transformaciones de las metas y expectativas.....	76
Figura 6. Reconfiguración ocupacional y profesional de postgrado.....	77

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Inventario de Condiciones de Trabajo.....	31
Tabla 2. Caracterización de los participantes.....	50
Tabla 3. Categorías de Análisis.....	52

1. INTRODUCCIÓN

El *burnout* se define como el desarrollo de una fatiga o agotamiento físico y emocional que se origina mediante la necesidad que tienen las personas de darle significado a su vida y la confrontación con el sentido de su fracaso en esa misión; sólo los sujetos altamente motivados y con compromiso muy establecido en su labor pueden padecerlo, puesto que poseen una imagen romántica del trabajo, con expectativas apartadas de la realidad (Pines, 2004). En otras palabras, se origina desde la visión en la que este objetivo se ve truncado por la cultura y los valores que el entorno le imparte (Beker, 1973 citado por Pines, 1993) y plantea un ajuste o desajuste del ambiente laboral para encauzar un afrontamiento ante las demandas, esto, a pesar de la motivación o expectativas de los sujetos que puedan poseer (Pines, 1993). En torno a esta comprensión del fenómeno, los primeros acercamientos conceptuales del *burnout* hicieron referencia a la aparición del síndrome en personas con ocupaciones de servicio asistencial, para luego extenderse a otros campos y profesiones (Schaufeli, Leiter y Maslach, 2008; Maslach y Jackson, 1984), dando lugar a las postulaciones conceptuales de investigadores como Maslach, Pines y Gil-Monte, siendo así, las concepciones de Ayala Pines las cuales orientarán el presente estudio por su congruencia con la problemática de interés.

Es así que, este documento presenta información que fue relevante para el estudio investigativo sobre la configuración del *burnout* a través del ajuste de las condiciones de trabajo y las metas y expectativas de estudiantes de Medicina. Encontrándose en primera instancia el marco conceptual en el que, por medio de un rastreo bibliográfico, se hizo posible el acercamiento a los antecedentes teórico-conceptuales necesarios, sus relaciones y la posterior elección conceptual desde la que se abanderó el estudio. Por otro lado, el marco contextual permitió establecer la situación general del mundo del trabajo y la particularidad de las condiciones del mismo en el ámbito de la salud, específicamente para el personal médico, en el territorio Colombiano. Como resultado se plantea el problema de investigación que manifiesta la postura adoptada por los investigadores frente al abordaje del tema y el contexto, la población objeto del estudio y la pregunta de investigación que

subyace a todo lo anterior. En consecuencia, los objetivos de investigación revelarán la directriz metódica frente al hallazgo que se pretendió, siendo así el propósito general el de describir la configuración del *burnout* a través del ajuste de las condiciones de trabajo y las metas y expectativas de estudiantes de medicina y contiguamente su Justificación, la cual establecerá la relevancia que tiene para los ámbitos social, científico, educativo, disciplinar y gubernamental. Teniendo en cuenta el objetivo general de la investigación, el *método* empleado se define como un proceso de investigación cualitativa no experimental transeccional, con un alcance descriptivo, en el cual mediante la entrevista semi-estructurada como técnica de recolección de datos, permitió dar respuesta a los objetivos de investigación planteados. El estudio contó con la participación de siete sujetos *Tipo* (estudiantes de medicina en periodo de rotación en Cali a partir del octavo semestre académico).

Finalmente se muestra el apartado de presentación de resultados, análisis comparativo por categorías, análisis por medio de las líneas narrativas y discusión en los que se entrevistaron aspectos como cambios en la concepción inicial de la carrera y en la rutina cotidiana de los participantes, rupturas o modificaciones en sus dinámicas familiares y sociales, afrontamientos de las relaciones de poder en el trabajo y modificaciones en sus iniciales proyectos de elección ocupacional posteriores a la obtención de su título profesional universitario; lo cual permitió a los investigadores delinear algunas conclusiones y recomendaciones que podrían ser tenidas en cuenta en próximos estudios similares.

2. MARCO CONCEPTUAL

Aunque el síndrome de *burnout* es un fenómeno que puede haberse vivenciado en décadas anteriores al consecuente foco de la ciencia, sólo fue hasta la década de 1970 que cobró importancia ante los lentes de la investigación científica para dar sus pasos como constructo teórico. Es así que, Freudenberg en 1974 quien puso su interés sobre lo que acontecía en los contextos laborales, inspiró los estudios posteriores de los cuales emergieron varios enfoques conceptuales que, a pesar de algunas modificaciones, se han mantenido hasta entonces (Shirom, 2009).

El enfoque abanderado por Christina Maslach y sus colaboradores, postula en sus inicios al síndrome como una composición de tres dimensiones: El *Agotamiento Emocional* referido a estar vacío de recursos emocionales, la *Despersonalización* como una respuesta negativa, cínica o excesivamente indiferente hacia otras personas en el trabajo; y una *Baja Realización Personal* como sentimientos de declinación en la competencia, autoeficacia y productividad de sí mismo. Posteriormente, Maslach y otros investigadores, deciden modificar las últimas dos dimensiones, pensando en el tratamiento de términos más precisos y conocidos por las ciencias sociales; de esta manera la despersonalización cobra el nombre de *Cinismo*, abarcando la actitud negativa de las organizaciones, personas, grupos y objetos; y la baja realización personal ahora denominada *Ineficacia*, para referir el mismo conjunto de síntomas que anteriormente abarcaba (Shirom, 2009; Maslach, 2009).

Otro enfoque, desarrollado por Ayala Pines y otros investigadores, se traduce en un fenómeno unidimensional que al parecer guarda algunas dificultades metodológicas que ponen entredicho la conceptualización. Estos investigadores en sus primeros acercamientos consideraron que el *burnout* se enmarca en el agotamiento físico, mental y emocional causado por la exposición prolongada a situaciones emocionalmente exigentes durante largo tiempo; pero en los últimos años se han alejado un poco de su planteamiento inicial (Shirom, 2009).

Otro enfoque, mencionado por Shirom (2009), es el de su co-autoría con Samuel Melamed en el año 2006, quienes inspiraron sus constructos en la propuesta de Maslach y Cols., y Pines y Cols; aseveran que el *burnout* es un estado afectivo que se caracteriza por sentimientos de estar desprovisto de energía física, emocional y cognitiva. Este postulado se basa en la teoría de la Conservación de Recursos de Hobfoll que argumenta la motivación de las personas por obtener, retener y proteger aquello que consideran valioso, y que se traducen en recursos materiales, sociales y energéticos. Sólo sobre estos últimos, los recursos energéticos, se relaciona la conceptualización propuesta por Shirom y Melamed, abarcando energías físicas, cognitivas y emocionales que se pierden realmente, se tienen en amenaza de pérdida o no hay manera de compensarlas por medio de otros recursos, o la recuperación de éstos no está dada después de su inversión. De esta forma, el *burnout* era conceptualizado multidimensionalmente en las tres facetas siguientes: la Fatiga Física, referente a la sensación de cansancio y baja energía; el Agotamiento Emocional, que hacía referencia a la carencia de energía para ser empático con los pares; y el Cansancio Cognitivo, que aludía a la sensación de agilidad mental reducida.

Estos tres enfoques, no siendo los únicos esfuerzos de conceptualización del *burnout*, se han transformado durante las últimas décadas y se mantienen actualmente como la base para la construcción de cualquier acercamiento al fenómeno. Por este motivo, en este documento se intentará dilucidar brevemente los hechos o situaciones que provocaron la focalización sobre el fenómeno del *burnout*, prosiguiendo con la evolución de este constructo conceptual a lo largo del tiempo; seguidamente su definición a partir de Maslach, Pines y los aportes de Pedro Gil-Monte quien trae el tema a colación desde la vivencia en Latinoamérica, aunque su trabajo investigativo también ha tenido foco en otras regiones como República Checa, Alemania, España y otras; entre otros teóricos relacionados con el tema. Posteriormente se hará una contextualización del fenómeno a partir de los antecedentes de investigación sobre el *burnout* en estudiantes de Medicina o incluso Médicos, y su respectiva medición.

2.1 ¿POR QUÉ SE EMPIEZA A HABLAR DE *BURNOUT*?

Para las décadas de los años cincuenta y sesenta, en el mundo del trabajo y particularmente en Estados Unidos, una serie de hechos sociales, económicos y culturales habían empezado a socavar de manera desfavorable en la realidad particular de las personas. A pesar de que comunidades ideológicas permitían por medio de una identidad colectiva poner de manifiesto ciertos valores y un compromiso social por parte de sus miembros para el alcance de sus metas, aparece el desgaste como consecuencia de la frustración ante el incumplimiento de algunos objetivos trazados por sus posturas ideológicas. En varios ámbitos como el social-económico se observa un claro ejemplo de esta desmotivación; de manera clara se experimentó que los jóvenes de esa época (década del 60), al poner su esperanza en la lucha del gobierno vigente por aliviar la pobreza, da como producto la frustración por la percepción de esfuerzos sin resultados apreciables; así mismo, el desprestigio de muchos profesionales quienes experimentaron una discrepancia entre lo que ofrecían como servicio, sus esfuerzos y puesta en escena frente a la gratitud y reconocimiento del usuario y sus superiores (Schaufeli, *et al.* 2008). En consonancia, con el transcurrir de las décadas el mundo del trabajo vivió una serie de transformaciones, particularmente en los países capitalistas avanzados, de las cuales supone, se desprende la llamada desproletarización del trabajo industrial y fabril o disminución de la clase obrera industrial tradicional, y la subproletarización del trabajo signficada directamente desde la parcialización, precarización, tercerización y subcontratación del trabajo relacionado con la economía informal, el sector de servicios y otros (aspecto que transgrede la naturaleza de los contextos laborales tradicionales y altera la perspectiva laboral del empleado). Todas estas eventualidades tienen gran trascendencia y repercuten en los países tercermundistas que poseen una industrialización intermedia. A partir de la década de los ochenta se presentan unos nuevos procesos de trabajo: el cronómetro y la producción en serie son reemplazados por la flexibilización de la producción, la búsqueda de la productividad y la innovación de las formas de adecuación de la producción a la lógica del mercado; las formas transitorias de producción que afectan agudamente los derechos del trabajo; y en resumen, todo lo que atraviesa al mundo del trabajo debido a las condiciones económicas,

sociales, políticas, culturales, étnicas, etc., de los diferentes países y socavan en el proletariado industrial tradicional. Se incrementa relativa y absolutamente el trabajo asalariado en el sector servicios, lo que caracteriza cada vez más a las sociedades contemporáneas como “sociedades de servicios”. Finalmente, todo esto da un revuelo sobre la cualificación del trabajo, haciendo que deje de estar en manos de un individuo y sea cada vez más una tarea para la tecnología, que exige a su vez la especialización de las funciones para quien las ejecuta (Antunes, 2000).

En concordancia con los hechos anteriores, y tomando como referencia lo afirmado por Schaufeli *et al* (2008), el impulso al surgimiento de la conceptualización de un fenómeno hasta el momento desapercibido por los lentes de la ciencia o la investigación, puede resumirse a la frustración de un ideal colectivo o individual que hasta finales del siglo XIX se había fomentado debido a la rápida y profunda transformación social industrial a una economía basada en la prestación de servicios que acarrearía depresiones psicológicas. Cabe resaltar que aunque éste era un fenómeno que se experimentaba en muchos aspectos de la vida de las personas, organizaciones y de un país en general, no se le había puesto la atención pertinente por parte de las disciplinas que tenían alguna clase de implicación o intervención sistemática, o no, por lo menos desde lo escrito formalmente hasta el momento (Maslach y Jackson, 1984); cabe anotar sin embargo que el fenómeno identificado ya había sido puesto en vilo desde hacía un tiempo por algunos profesionales y comentaristas sociales como un problema social. En la década del 70 algunos investigadores pusieron su interés en otros acontecimientos psicológicos y sociales, como es el caso de Freudenberg y Maslach, quienes estudiaron algunas manifestaciones por medio de la psiquiatría (el primero) y la psicología social (la segunda). Algunas de estas investigaciones centraron la atención en la salud alternativa y las emociones en los lugares de trabajo respectivamente y se percataron casualmente del *burnout*, que hasta entonces no había sido considerado como objeto de estudio (Maslach, Schaufeli y Leiter, 2001). Desde este punto, el fenómeno de la frustración, el desgaste y la desmotivación se vio puesto a la luz, en suma con dos conceptos que se evidenciaron en las profesiones de servicio asistencial al usuario por su relación social necesaria. El primero de ellos el de “Preocupación individual”, que hace referencia a la velación de la satisfacción del usuario

conservando una distancia emocional considerable (Lief y Fox, 1963 citados por Maslach y Jackson, 1984); y el segundo de “Cosificación” (deshumanización) hacia el destinatario, por parte del profesional, como consecuencia de la poca (solo devuelven críticas negativas) o nula retroalimentación sobre la tarea realizada en su puesto de trabajo (Maslach y Jackson, 1984). Demostrada la importancia de tomar partido en la resolución de este problema social, varios investigadores decidieron, a partir de las primeras publicaciones de Freudenberg en 1975 y Maslach en 1976, poner sus miradas sobre el *burnout* con la intención inicial de intervenir para sosegar los efectos negativos provocados, originando una popularidad en torno al problema, más que una posibilidad de proponer académicamente un conocimiento teórico sobre el fenómeno. En consecuencia, fue visto como un problema a erradicar y en efecto se debía tomar cartas sobre el asunto (Maslach *et al*, 2001). Según Maslach y Jackson (1984), esta manera de percibir la situación permitió la denominación del problema con un rótulo que tal vez fuese usado comúnmente por la gente (*burnout*), aspecto que en la actualidad se encuentra un tanto difuso debido a la literalidad del término, aunque si bien, en su inicio y aún ahora se presta para una sencilla relación del sujeto entrevistado con el entendimiento del término, de allí surge la postulación del *burnout* como primer acercamiento.

2.2 EVOLUCIÓN CONCEPTUAL

“*Burnout* por el trabajo surgió como un concepto importante en la década de 1970, y capturó algo muy importante acerca de la experiencia de la gente con el trabajo” (Maslach, Schaufeli y Leiter, 2008, p. 204). El hecho de que se hable de este término como concepto hasta esta década no quiere decir que anteriormente no se presentaran casos en los que las personas padecieran de este síndrome, si no que como ya se mencionó con antelación, diferentes aspectos políticos sociales y culturales influyeron en que se le diera un lugar a éste, reconociéndolo como una problemática en la población y posteriormente dando importancia en el área académica.

De acuerdo con lo descrito por Maslach (1993) la evolución histórica del concepto *burnout* se puede dividir en las siguientes fases:

Fase pionera. En ésta aparecieron los primeros artículos sobre el tema, donde se encontró que la significación dada a este término se hallaba variable de un escrito a otro, y que los artículos publicados eran en gran parte no empíricos, una evidencia de ello es que Perman y Hartman (1982) citados por Maslach (1993), analizaron cuarenta y ocho (48) artículos en los cuales se encontró que a pesar de los ofrecimientos de ideas de conceptualización, de las causas y del qué hacer frente al *burnout*, solo el 10% de estos tenían una base empírica y no se regían únicamente por anécdotas o historias. También es importante mencionar que el concepto se estudiaba más desde un enfoque clínico y social: “En el punto de vista clínico, la atención se centró en los síntomas de agotamiento y en tema de salud mental. En el aspectos social, la atención se centró en la relación entre el prestador y el destinatario y en el contexto de la situación de las ocupaciones de servicio” (Maslach *et al*, 2001, p.400); es por ello que en la fase pionera las investigaciones eran muy escasas, pues se hallaban más interesados en lograr intervenciones que pudieran controlar el fenómeno, en lugar de generar postulados teóricos que brindaran un bagaje amplio sobre el *burnout*; por lo tanto no se había empezado a construir un marco conceptual para la integración y la evaluación de las diversas conclusiones y propuestas de solución.

Fase empírica. Ésta se desarrolla a partir de la década de 1980. Es un período en el cual se publican algunos libros y artículos, donde se proponen nuevas perspectivas sobre el tema y sus formas de afrontamiento. Como lo describe Maslach (1993), se hallan nuevos aportes teóricos desde el campo de la psicología industrial-organizacional; en este periodo “*burnout* fue visto como una forma de estrés laboral, con enlaces a conceptos tales como la satisfacción laboral, compromiso organizacional, y la rotación” (Maslach *et al*, 2001). En la década de los 90’s esta fase empírica continuó vigente por lo que la “investigación fue reforzada por una metodología más sofisticada y herramientas estadísticas” (Maslach *et al*, 2001, p.401), además se aplicó a más profesiones diferentes a servicios humanos y educación. Esta fase se vio permeada por una metodología de investigación y evaluación cuantitativa, utilizando cuestionarios y encuestas, basados en la propuesta desarrollada por

Maslach (MBI-*Maslach Burnout Inventory*), la cual se encontró como la más fuerte propiedad psicométrica, razón por la cual continua vigente como una herramienta útil (Maslach *et al*, 2001).

2.3 ESTUDIOS SOBRE EL SINDROME DE *BURNOUT*

2.3.1 Según Cristina Maslach

El *burnout* es un síndrome psicológico que se manifiesta debido a la exposición prolongada a estresores interpersonales crónicos que están dados en el contexto del trabajo. De manera que, si una persona durante un periodo de tiempo determinado está afrontando situaciones, que para sí, causen dificultad de respuesta a las demandas del entorno, tenderá a presentar predisposición o vulnerabilidad a la adquisición del síndrome (Maslach, 2009). Es así que, considerando todos los estudios realizados, Maslach en 2001 y 2009 menciona que el *burnout* vislumbra tres dimensiones preponderantes como respuesta a los estresores interpersonales que lo desencadenan; el Agotamiento, el Cinismo, y una Ineficacia o carencia de logros; los cuales permiten su identificación dentro del ámbito laboral cotidiano (Maslach *et al*, 2001; Maslach, 2009).

De este modo, el Agotamiento, se entiende como la dimensión central del *burnout* y la manifestación más sobresaliente dentro del fenómeno como síndrome. Según Maslach (2001), de los tres aspectos del *burnout*, “el cansancio es el más ampliamente difundido y el más analizado a fondo”, este hecho ha dado motivo como para pensar que los otros dos aspectos son incidentales e innecesarios, como es el caso de los planteamientos de Shirom (1989, 2009). Esta dimensión es considerada por Maslach como algo que no solamente se experimenta, sino que además de ello pide el distanciamiento emocional y cognitivo del trabajador sobre su propio quehacer, lo que se presume como una manera de afrontamiento a la carga laboral y desencadena la siguiente dimensión (el cinismo); en consonancia, para el año 2009, Maslach postula esta dimensión como el componente de estrés básico

individual, y hace referencia a sentimientos de estar sobre-exigido y sin recursos físicos y emocionales para responder a ello, sin contar la percepción de ausencia de una fuente de reposición. Todo lo anterior como consecuencia de la sobre carga laboral y los conflictos interpersonales en el lugar de trabajo (Maslach, 2009).

Así mismo, el cinismo hablaría de un distanciamiento entre el prestador del servicio y el receptor, que permite ignorar las cualidades y bondades de las personas en relación. También el distanciamiento cognitivo es puesto en vilo por la gente mediante una actitud de indiferencia. Por este motivo, el cinismo es el componente del contexto interpersonal que connota una respuesta negativa e insensible, o desmesuradamente apática ante muchos de los aspectos del trabajo. Todo ello se desencadena de esa sobre-exigencia de la que se habló en la dimensión anterior; es decir, cuando hay un trabajo que se lleva a cabo con intensidad, es posible que su nivel de contención y reducción de la carga laboral no se vea reflejada en pro de los sentimientos del trabajador, lo que hace que se desarrolle una actitud negativa hacia el trabajo y el receptor del servicio. Vemos que ante esto, el trabajador pasa de hacer su mayor esfuerzo a disminuir al mínimo posible su desempeño dentro de la organización (Maslach *et al*, 2001; Maslach, 2009)

Maslach *et al* (2001), afirma que una situación de trabajo que contiene demandas abrumadoras con carácter crónico, contribuye a la aparición del agotamiento, posteriormente del cinismo que da como resultado la puesta en escena de la Ineficacia, constituida como el componente de auto-evaluación. Por supuesto, esta última dimensión interfiere con la efectividad laboral-social, debido a sus sentimientos de incompetencia y en el aumento o equilibrio de la sensación de logro, en gran medida por la poca iniciativa que nace al sentir agotamiento y motivación para la atención a los usuarios del servicio, lo que desemboca en una sensación de poca productividad laboral. Sin embargo, la creencia parece acercarse más a que la ineficacia surge directamente de una implicación más amplia de la falta de recursos pertinentes, mientras que el agotamiento aparece gracias a la implicación de las sobrecarga de trabajo y conflicto social. Sin embargo, es importante la mención de la falta de apoyo social dentro del ambiente de trabajo y las pocas oportunidades para la realización profesional como otras fuentes que inciden en la aparición de esta dimensión (Maslach, 2009).

Maslach (2001) asevera que se ha establecido una relación entre el *burnout* y el contexto de trabajo, en contraste con la depresión que tiene la tendencia a calarse en todos los ámbitos de la vida. Aunque no está de más la salvedad que aquellas personas que son proclives a la depresión tienen un nivel más alto de vulnerabilidad al padecimiento del síndrome. Sin embargo, lo rescatable de este asunto es que la experiencia del trabajador demarca una tensión de mediación entre el impacto de las demandas laborales (carga que puede convertirse en estresores crónicos) y los resultados que suponen éxito para la organización. Esta mediación pone en juego una respuesta prolongada a los estresores laborales crónicos interpersonales que traducen, por medio del desajuste entre la carga y el empleado, el afrontamiento o la experiencia de *burnout* (Leiter y Maslach, 2004). Para lo cual, las personas que sufren de *burnout* suelen tener un impacto negativo en sus compañeros de trabajo, debido al incremento del conflicto personal y la interrupción de sus tareas de trabajo. De esta manera, el *burnout* cobra un sentido contagioso que se puede perpetuar a través de las interacciones informales dentro del contexto laboral (Maslach *et al*, 2001). Retomando la idea sobre los factores (los estresores) desencadenantes de cualquiera de las dos respuestas, no hay que desentender que tanto las variables personales como las situacionales tienen una implicación preponderante y lo de lo que se trata es de comprender y conceptualizar la combinación o interacción entre ellas (Maslach *et al*, 2001; Maslach, 2009). En relación a ello, Maslach (2009) propone de nuevo, citando a Maslach y Leiter (1997), un modelo centrado en el grado de ajuste o desajuste entre el individuo y los aspectos claves del ambiente organizacional. Entre más grande sea la brecha entre el trabajo y la persona, más son las probabilidades de desarrollar *burnout*; y viceversa, entre menos sea este espacio, más será la probabilidad de experimentar compromiso con la organización y afrontamiento para sus demandas (Maslach *et al*, 2001).

Como se había mencionado anteriormente, para Maslach *et al* (2001), el síndrome de *burnout*, se relaciona con los *Factores Situacionales*, y los *Factores Individuales*. El primero hace referencia a aspectos como las características de trabajo, las ocupacionales y las de la organización, en resumen, el entorno de trabajo que se traduce en seis áreas de la vida laboral (Sobrecarga en el trabajo, Falta de control, Recompensas insuficientes, Quiebre

en la comunidad, Ausencia de imparcialidad y el Conflicto de valor) que implican la respuesta a los estresores; y el segundo, Factores individuales como las variables demográficas, las características de la personalidad y las actitudes hacia el trabajo (Maslach *et al*, 2001; Maslach, 2009).

2.3.2 Según Pedro Gil-Monte

El Síndrome de Quemarse en el Trabajo (SQT) “es una respuesta al estrés laboral crónico integrado por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja y hacia el propio rol profesional, así como por la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado” (Gil-Monte, 2001; p. 2), debe ser entendido como una forma de “Acoso Psicosocial En El Trabajo”, en la que el sujeto se encuentra desbordado al sentirse impotente frente a sus propios problemas laborales, trayendo desgaste y agotamiento ante la percepción de presión en su sitio de trabajo, esta problemática proviene del entorno social, por dicha causa hay que buscar su origen en el contexto laboral y no en el trabajador.

Así mismo, Gil-Monte (2005) resalta que el SQT no se debe atribuir al estrés psicológico si no que lo considera una respuesta a las fuentes de estrés crónico, como por ejemplo ocurre en el área de la salud con los pacientes, por esta razón señala que una causante del *burnout* es la carencia en las estrategias de afrontamiento, trayendo como consecuente el fracaso profesional y dificultades en las relaciones interpersonales (Gil-Monte y Peiró, 1999; Gil-Monte, Peiró y Valcárcel, 1998 citados por Gil-Monte, 2005), produciendo un sentimiento de baja realización personal en el trabajo y agotamiento emocional que terminará en producir actitudes y conductas de despersonalización en el empleo como una nueva forma de afrontamiento hacia los factores estresores, siendo esta una cadena de causas-consecuencias; finalmente podrá producir graves problemas a nivel individual en la salud y dificultades en el ámbito organizacional (Gil-Monte, 2011) (Ver Figura 1. El SQT en el proceso de estrés laboral crónico).

Siguiendo a Gil-Monte (2005) es necesario reconocer que el *Mobbing* es diferente al SQT, ya que el primero de ellos hace referencia al acoso realizado por una persona o grupos hacia un sujeto, al recibir conductas hostiles y violencia psicológica que le genera una sensación de desamparado e indefensión, mientras que el *burnout* radica en la presión de las demandas exigidas por clientes, trayendo como respuesta una estrategia de afrontamiento en las actividades organizacionales, que desemboca en un declive en la calidad del trabajo, finalizando en un sentimiento de culpa y fracaso profesional. Este proceso, según Gil-Monte (2007), genera una serie de daños en el individuo, como *deterioro cognitivo* el cual contiene una pérdida de ilusión en el trabajo y *baja realización* profesional, también un *desgaste afectivo*, que se caracteriza por un agotamiento emocional y afectivo y la *aparición de actitudes y conductas negativas* hacia los clientes y la organización que se evidencian en comportamientos desinteresados o indiferentes.

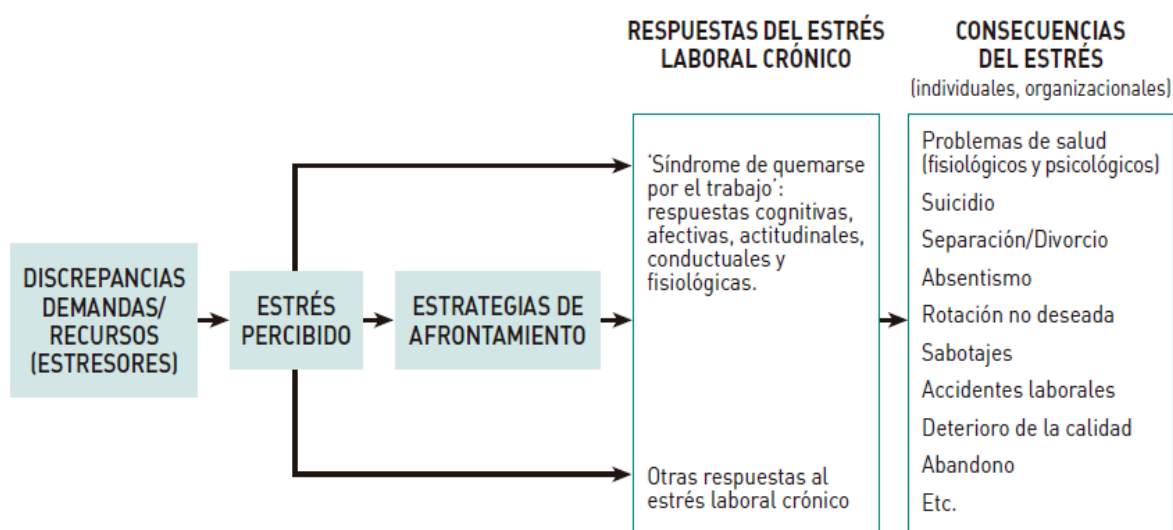


Figura 1. El SQT en el proceso de estrés laboral crónico

Fuente: Gil-Monte, P. (2007). Como evaluar y prevenir el síndrome de quemarse por el trabajo. Gestión practica de riesgos laborales, N°34. P.44-47.

Como se evidencia en la Figura 2, el sentimiento de culpa es un resultado a las respuestas del síndrome de *burnout*. Por dicha causa es una etapa relevante, de la que se desprenden dos posibles perfiles en la evolución del fenómeno, estos fueron basados en las dimensiones del SQT propuestas por Gil-Monte (2005), quien al realizar un análisis de los

instrumentos y metodologías de evaluación propuestas para el fenómeno, entre ellas el MBI constituida por Maslach, encontró deficiencias psicométricas que no permitían llegar a un resultado concienzudo y fiable en la valoración. Lo anterior desencadena la construcción de un cuestionario para la evaluación del síndrome en profesionales que trabajaran en la prestación de un servicio hacia personas con discapacidad (CESQT-PD) (Gil-Monte, Carretero, Roldan, 2004; citado por Gil-Monte, 2005). Este cuestionario estaba conformado por 20 ítems que fueron distribuidos en cuatro dimensiones, de las cuales tres se desarrollaron retomando a Pelman y Hartman (1982) citados por Gil-Monte (2005), quienes afirman que el Síndrome de Quemarse en el Trabajo conlleva a un exceso de despersonalización, baja productividad laboral y el agotamiento emocional y/o físico.

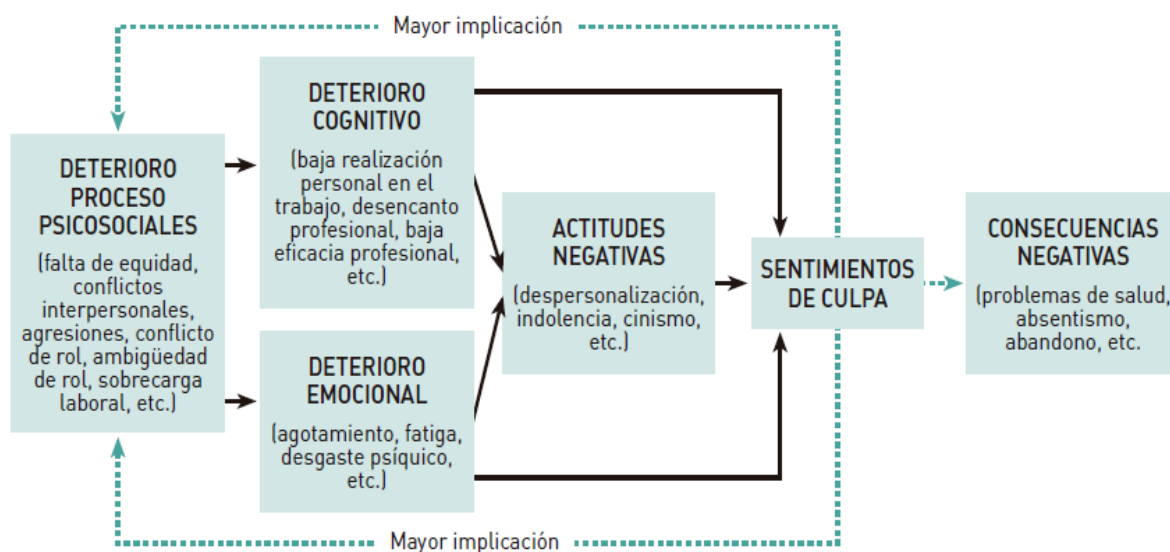


Figura 2. Función de la culpa en el desarrollo del SQT y sus consecuencias.

Fuente: Gil-Monte, P. (2007). Como evaluar y prevenir el síndrome de quemarse por el trabajo. Gestión practica de riesgos laborales, N°34. P.44-47.

En efecto, la propuesta de Gil-Monte se compone de las cuatro dimensiones mencionadas con anterioridad. La primera de estas dimensiones es llamada *Ilusión por el Trabajo*, que hace referencia al anhelo del sujeto a alcanzar sus metas profesionales o laborales. El segundo es el *Desgaste Físico* que, como su mismo nombre lo indica, abarca el agotamiento físico y emocional debido al enfrentamiento diario a personas que generan

molestias o problemas en el campo laboral. En tercer lugar, se encuentra la *Indolencia* que consiste en “actitudes negativas de indiferencia y cinismo hacia los clientes de la organización” (Gil-Monte, 2005; p.112). Finalmente, la *Culpa* es un sentimiento propio de las personas que desarrollan el síndrome de quemarse en el trabajo, debido al comportamiento y las actitudes negativas que se realizan en medio de las labores; es precisamente esta última dimensión la que según Gil-Monte (2011), genera ventajas dentro del instrumento de evaluación propuesto por él, ya que aporta al reconocimiento o establecimiento de diferentes perfiles y los niveles del síndrome en los sujetos.

Concluyendo con los aportes de Gil-Monte, cabe resaltar que éste considera que si bien es importante los alcances teórico del *burnout* y tener una herramienta que permita la evaluación del síndrome, se debe considerar el rol de la organización en la prevención, ya que el lenguaje, la cultura organizacional y los líderes tienen un lugar importante por lo que son ellos quienes deben encarar la problemática, promoviendo conocimientos y entornos de cuidado y respeto, implantando medidas dirigidas al cuidado del mantenimiento de sistema social de la empresa, como programa de formación en apoyo social y habilidades.

2.3.3 Según Ayala Pines:

“El *burnout* se origina en la necesidad de la gente para encontrar significado en su vida y su sentido de que fracasó en esta misión” (Pines, 2004, p.566), esta premisa hace referencia al modelo existencial en el que se cree que “la lucha por encontrar el significado de la vida, es la principal fuerza motivacional en el hombre” (Frankl, 1973 citado por Pines 1993 p, 33). De acuerdo con Beker (1973) citado por Pines (1993), las personas tienen la necesidad de creer que su labor es significativa y les proporcionará un lugar heroico con el que le darán sentido a sus vidas; la elección de cada sujeto hacia el tipo de héroe que desea ser se encuentra sesgado por la cultura, los valores que el entorno les imparte, sus experiencias y relaciones familiares de la infancia.

De este modo, la propuesta de Pines se basa en algunas afirmaciones de la teoría psicoanalítica en que las experiencias de la infancia tienen un lugar importante en la

elección de carrera, pues el sujeto buscará que esta replique situaciones que lo lleven a experiencias pasadas, satisfacer las necesidades que no se suplieron y alcanzar sueños que fueron infundidos por sus familiares (Pines y Yaffe-Yanai, 2001). En concordancia, McKelvie y Friedland (1978) citado por Pines et al (2001), exponen que la orientación hacia una carrera está sesgada por los valores, roles y patrones infundidos por el origen familiar. Esto se evidencia en un estudio realizado por Yanai, O., Yanai, D., y Milo (2007) quienes analizaron las vidas familiares en la niñez de empresarios donde encontraron que estos tienden a venir de hogares caóticos con estabilidad emocional pobre, aspecto que llega a proyectarse en su vida laboral, comportándose como seres libres de elegir, crear y hacer, siendo la libertad otra vivencia propia de su niñez, y “una fuente de dolor, así como de coraje, de romper las reglas y crear otras nuevas para interpretar la realidad de una nueva manera y descubrir oportunidades de negocio no reconocidos previamente” (p.178). Por otra parte, el papel que asume la madre dentro del proceso de formación es un parámetro dentro de las elecciones del sujeto al infundirle sus sueños no realizados, que se convertirán en una fuente de motivación interior para el niño, al igual que el modelo en el que se exige al individuo que siempre aporte algo más de lo necesario o básico sin que sus resultados alguna vez sean suficiente; este aspecto genera un deseo de querer y buscar ser cada vez mejor.

De acuerdo con la postura existencial, el *burnout* se estudia desde el interés en la elección de una carrera puesto que implica muchas esperanzas y expectativas en el que el ego se ve inmiscuido, factor se exhibe en mayor medida cuando ha habido algún problema en la infancia sin ser resuelto y es el motivo por el cual se dice que las personas con motivaciones muy altas, que encuentra un sentido existencial en su labor pretenden curar heridas de su niñez (Pines, 2000a, 2000b; citada por Pines et al., 2001).

En relación al valor que tienen las relaciones de un individuo con personas claves como los padres en la infancia para su elección vocacional, Freudenberg (1980) y Fischer (1983) citados por Pines et al. (2001) consideran que las personas con un mayor interés o entrega en su trabajo y que rempazan su vida social por la laboral, tienden a ser quemados con más facilidad. Añadiendo que esto se debe al deseo de grandeza en el sujeto que, al no ser suplido, termina por ocasionar agotamiento. Pines (1981,1993) considera que

profesiones como enfermería, medicina, docencia, trabajos sociales, entre otros que tengan como fin ayudar a otro, son más susceptibles al síndrome, puesto que al sentirse incapaces para colaborar o aliviar a sus pacientes y sentir el sufrimiento de ellos, por empatía, se inhabilita el propósito de su existencia.

En términos generales, al considerar los aportes de Maslach, Freudenberg, Pines y Aronso en torno a las definiciones para el síndrome de *burnout*, según Pines (1993), coinciden en el desarrollo de una fatiga o agotamiento físico y emocional, que parte de una desilusión debido al fracaso en determinada motivación individual. En esta vía conceptual, el modelo existencial toma lugar puesto que en dicho fracaso se vulnera la pregunta existencial y se afecta el significado de la vida.

El modelo existencial define que la causa principal del *burnout* se basa en el deseo de alcanzar un significado a la vida y el medio para llegar a él; y es esto lo que la diferencia de otros conceptos como la depresión y el estrés, puesto que éstos pueden afectar a cualquier tipo de personas y el *burnout* sólo vulnera a personas con expectativas, ilusiones muy altas y motivaciones personales frente a un logro profesional específico. En otras palabras, Pines (1993), afirma que sólo los sujetos altamente motivados y con un compromiso muy establecido en su labor pueden quemarse, y que las demás personas sólo experimentarían estrés, fatiga, depresión, enajenación pero no *burnout*. En torno al modelo, en Pines y Aronso (1988) y Pines (1993), establecen un esquema en el que las expectativas y metas se dividen en tres formas: las motivaciones laborales universales, que hacen referencia al deseo de impactar ser exitoso y apreciado; las motivaciones laborales de profesiones específicas, que se enfocan en un campo en particular en términos de las tareas propias de la profesión y valores o comportamientos apropiados de acuerdo con la carrera a fin de generar impacto en los demás; y por último, las motivaciones laborales personales, basadas en la imagen romántica de la labor considerándole un trabajo modelo que le dará lugar a ser una persona importante (Ver Figura 3. Modelo Existencial de *burnout* adaptado por Pines y Aronso, 1988).

Pines (1993) afirma que las personas con altas motivaciones son las más propensas a padecer de síndrome de *burnout* puesto que poseen una imagen romántica del trabajo, con muchas expectativas que pueden estar apartadas de su realidad y las cuales no se requiere sólo del esfuerzo del sujeto para llegar a la consecución del objetivo sino también del ambiente o entorno laboral al que se encuentre expuesto. Contando con características positivas en el que el individuo es altamente motivado y apoyado a alcanzar sus metas, lo que le incentiva a dar lo mejor de sí y sentirse exitoso en su labor, o por el contrario, contar con un sitio con características negativas en los que las personas no cuentan con la autoridad ni los recursos para realizar los fines esperados, coartando la oportunidad de llegar a sus logros y de brindarles a los clientes, pacientes, usuarios y/o beneficiarios lo que se esperaba ofrecer de su parte, trayendo como consecuencia un sentimiento de culpa y de no haber servido adecuadamente. Este es un factor que puede llegar a ser muy estresante y a generar sentimientos de fracaso. Y en todo ello no se desentiende que el contexto, entorno o ambiente laboral es determinante en el proceso de éxito o fracaso de los sujetos puesto que éste será el obstáculo o apoyo en el camino al triunfo de los trabajadores.

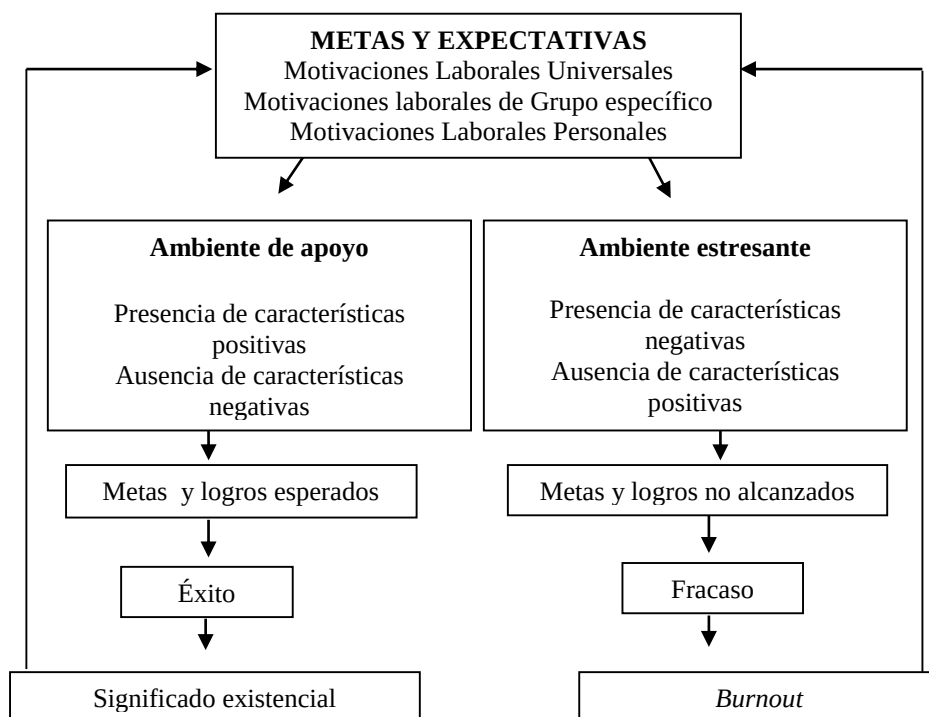


Figura 3. Modelo Existencial del burnout adaptado por Pines y Aronso.

Fuente: Pines, A., & Aronson, E. (1988). *Career burnout: Causes and cures*. Free press.

2.4 EVALUACIÓN DE *BURNOUT*

Las propuestas conceptuales de los diferentes estudiosos en el tema, su desarrollo y modificaciones ulteriores, evidenciaron la necesidad de establecer instrumentos que permitan una medición o evaluación que proporcione una noción de su padecimiento en las personas. Cabe mencionar que se han tenido múltiples propuestas instrumentales, sin embargo, en este apartado sólo se mencionarán algunas de las más utilizadas debido a la naturaleza y objeto de investigación del presente estudio:

El método más utilizado actualmente para la evaluación de *burnout* es el ya mencionado MBI (*Maslach Burnout Inventory*) que fue construido por Maslach y Jackson (1981). Esta herramienta tiene como función medir la intensidad del fenómeno a través de la identificación de las tres dimensiones que lo componen (cansancio emocional, despersonalización y reducida realización personal), dividiéndolas en subescalas, que a su vez están compuestas por ítems que suman un total de 22. De acuerdo con Maslach, Schaufeli y Leiter (2001), el diseño fue creado con el propósito de ser aplicado en personas que trabajan en servicios humanos y cuidado de la salud; posteriormente se hizo una reforma orientada a evaluar el desarrollo del *burnout* en el personal que trabaja en centros educativos.

Gil-Monte (2005) afirma que a pesar de ser MBI el instrumento por excelencia, no tiene un parámetro que establezca su modo de uso, si no que diferentes expertos se han dedicado a utilizar variados procedimientos. El primero de ellos es aplicando el método de percentiles lo cual es recomendado por Maslach en el manual, el segundo procedimiento fue propuesto por Golembiewski, Munzenrider y Carter (1983) citado por Gil-Monte (2005) y consiste en la elaboración de unas fases, en las que se utiliza la mediana de las dimensiones del MBI como punto de corte lo que permite realizar una diferenciación entre puntuaciones de altos y bajos niveles sintomáticos, en tercer lugar Shirom (1989) igualmente mencionado por Gil-Monte (2005) propone el uso de la escala *Likert* que “se utiliza para permitir a la persona expresar lo mucho que está de acuerdo o en desacuerdo con una declaración en particular” (McLeod, 2008, p.1) frente a una escala o serie de

frases, diagnosticando SQT cuando las personas evidencian síntomas con una periodicidad igual o superior a “algunas veces al mes”.

Otro instrumento de evaluación del SQT es el *Burnout Measure* (BM), construido por Pines y Aronson en 1988, el cual es expuesto por Gil-Monte (2009) como una herramienta constituida por veintiún reactivos dividida en tres dimensiones: agotamiento emocional, agotamiento físico y agotamiento mental. En consecuencia, con esta prueba se pueden encontrar problemáticas en cada una de sus utilidades, ya que habitualmente no se halla una funcionalidad a nivel general (Gil-Monte, 2005).

Gil-Monte (2005), luego de desarrollar investigaciones sobre instrumentos de medición en *burnout*, elabora un Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse en el Trabajo (CESQT) conformado por 20 ítems distribuidos en cuatro dimensiones que subyacen a los diferentes momentos del fenómeno (Según la apuesta conceptual de Gil-Monte mencionada en apartados anteriores). Cabe resaltar que si bien este posee alguna similitud con el MBI, tiene como ventaja la inclusión del Sentimiento de Culpa, ya que a partir de este se logra establecer los dos posibles perfiles de sujeto que padecen SQT, además de lograr una estimación más subjetiva del cansancio físico, por medio de la dimensión de desgaste. Este instrumento se construyó bajo la revisión literaria de entrevistas a personas que padecían el síndrome, elaborando las entrevistas bajo el protocolo de Sackman (1992) citado por Gil-Monte (2011), la cual arrojaría información que se convirtió en ítems que fueron examinados para comprobar su validez.

Por otra parte Moreno, Bustos, Matallana, Miralles (1997), exponen una nueva propuesta al considerar que el MBI se centra en la evaluación del síndrome sin tener en cuenta los antecedentes y consecuentes de la problemática. Sin embargo, le dan el lugar de insustituible aunque le atribuyen la necesidad de un instrumento complementario que permita revelar otros aspectos del *burnout*; motivo por el cual se da lugar al Cuestionario Breve de *Burnout* (CBB), que permite reconocer otros elementos que contribuyen de igual manera al desarrollo de programas que regulen la aparición y evolución del problema. El

CBB consta de 21 ítems en el que están incluidos antecedentes y consecuentes del síndrome, usando como base la propuesta de Maslach y Jackson; y estructurando la prueba en cinco apartados: Antecedentes, Cansancio emocional, Despersonalización, Realización personal y Consecuencias (Moreno, Bustos, Matallana, Miralles; 1997).

Finalmente, al apreciar que el presente estudio cualitativo no tiene como objetivo la evaluación en torno al padecimiento del síndrome de *burnout*, puede decirse que la entrevista diagnóstica es una herramienta útil, puesto que según King y Horrocks (2009), citado por Hernández, Fernández y Baptista (2010) la entrevista de tipo cualitativa es una herramienta íntima, flexible y abierta, ya que esta modalidad se remite a una reunión de personas para conversar o generar un intercambio de información, que permite una proximidad al participante que da lugar a la entrega de una reflexión más completa de sus significaciones e intereses, al igual que la toma de muestra sujeto tipo, que parte del mismo principio, al tener un enfoque en las motivaciones, pensamientos, características, expectativas y emociones que presenta el sujeto frente a un fenómeno y no la cantidad de participantes valorados.

2.5 CONDICIONES DE TRABAJO

De acuerdo con las conceptualizaciones de Pines, no se podría dejar de lado la implicación de las condiciones de trabajo en el desarrollo del *burnout*, puesto que cómo se ha visto a lo largo de este recorrido conceptual, varios estudiosos en el tema han considerado a las condiciones de trabajo como posibles precursoras del padecimiento (Ramos, Peiró y Ripoll, 2002). Es importante, para la comprensión de estas condiciones, primero comprender el concepto de “trabajo” diferenciado de sus modalidades contractuales denominadas empleo, subempleo o desempleo, para lo cual se vislumbrarán las concepciones de Blanch (2003), quien afirma que:

“Trabajo es toda aplicación humana de conocimientos, habilidades y energías, por individuos grupos y organizaciones de modo consciente e intencional, sistemático o sostenido y autónomo o heterónomo, con esfuerzo tiempo y compromiso en un

marco tecno-económico, jurídico-político y sociocultural, mediante materiales, técnicas e instrumentos e informaciones sobre objetos personas u organizaciones, y conocimientos para obtener bienes, elaborar productos y prestar servicios que son escasos deseables y valiosos, y generar riqueza utilidad y sentido, y así satisfacer necesidades, recibir compensaciones y alcanzar objetivos de carácter biológico, económico y psicosocial” (p. 35)

Y la de Salanova, Gracia y Peiró (1996), quienes concuerdan en que el significado del trabajo se podría entender como:

“...un conjunto de creencias y valores hacia el trabajo, que los individuos (y grupos sociales) van desarrollando antes (socialización para el trabajo) y durante el proceso de socialización en el trabajo. Se trata de un conjunto de cogniciones flexible y sujeto a cambios y modificaciones en función de las experiencias personales y los cambios en aspectos situacionales o contextuales” (p. 49).

En esta vía, Salanova, *et als.* (1996), afirman que estas creencias y valores hacia el trabajo se desarrollan antes y durante la socialización para y en el trabajo, que por lo tanto tendrían un carácter flexible y modificable en función de la experiencia personal y/o situacional-contextual.

El trabajo, entonces, viene cobrando una función de piedra angular del orden e integración social y convergería como determinante en la salud, la calidad de vida y el bienestar subjetivo (Blanch, 2003; 2007; Warr, 2007; citados por Blanch, 2011). De la misma manera, Salanova, Osea, Peiró, Prieto, y Sancerni (1991), afirman que el trabajo ocupa un amplio periodo de la vida adulta y es una contribución a la satisfacción de las necesidades económicas, sociales, psicológicas y demás, de las personas; sin embargo, esta concepción se tiene en la actualidad mientras que a lo largo de la historia ha mutado en sus formas, debido a que atiende a variables socio-históricas e individuales, entendiéndose “como castigo, obligación y/o derechos entre el individuo y la sociedad, como posibilidad de autorrealización e incluso como adicción” (Peiró, 1986 citado por Salanova et al, 1991; p.p. 114); otorgándole incluso el estatuto de bendición o maldición, medio de realización o

de alienación, ocasión de cooperación o de conflicto, fuente de salud o de enfermedad y, finalmente, factor de bienestar o malestar (Blanch, 2011).

En resumen, al considerar que actualmente se tienen tres tópicos respecto a la concepción de trabajo, "...el del empleo como panacea social, el del desempleo como caja de pandora de la que emanan muchos malestares individuales y colectivos y el del subempleo como nuevo agujero negro psicológico y social", se percata la relevancia de las condiciones de trabajo para la psicología como disciplina y como profesión (Drobni, Beham y Präg, 2010 citados por Blanch, 2011; p. 3).

En ese caso, para dicha comprensión, Ramos et al. (2002) entienden las condiciones de trabajo como:

"cualquier aspecto circunstancial en el que se produce una actividad laboral, tanto factores del entorno físico en el que se realiza como las circunstancias temporales en que se da, las condiciones bajo las cuales los trabajadores desempeñan su trabajo, etc. Es decir, son condiciones de trabajo todos aquellos elementos que se sitúan en torno al trabajo sin ser el trabajo mismo, el conjunto de factores que lo envuelven." (p. 37).

Del mismo modo, Blanch (2011) afirma que "por condiciones de trabajo se entiende el conjunto de las circunstancias y características ecológicas, materiales, técnicas, económicas, sociales, políticas, jurídicas y organizacionales en el marco de las cuales se desarrollan la actividad y las relaciones laborales" (p.5). Y por supuesto todo esto que cobija las condiciones de trabajo repercute en muchos aspectos del trabajo y del bienestar psicosocial del individuo. Dentro del trabajo literario que realizaron Ramos et al. (2002), revisaron varias definiciones dadas por organizaciones de la salud, seguridad, higiene y derecho del trabajo, sin embargo, no serán mencionadas aquí, puesto que podría decirse que las dos definiciones anteriormente dadas recopilan de manera general a las otras.

De este modo, en consonancia con Ramos et al. (2002) podría hablarse de seis tipos de condiciones en el trabajo, que a su vez, categorizadas de una forma un tanto disímil, Blanch (2011) hace referencia a los mismos aspectos (Ver Tabla 1.):

- a. Las condiciones de empleo, la cuales abarcarían la contratación, el salario, la estabilidad, la seguridad en el empleo y otros aspectos que se relacionan con el mercado laboral actual.
- b. Las condiciones ambientales, que incluyen el *ambiente físico* (temperatura, humedad, ruido, iluminación, ventilación, aire, vibraciones, limpieza, higiene y orden del lugar de trabajo), las *variables espacio-geográficas* (todo lo relacionado con el espacio de trabajo, la privacidad/intimidad, territorialidad, densidad/hacinamiento, y/o aislamientos), y el *diseño espacial-arquitectónico* (referido a las locaciones, los materiales y equipos necesarios para el desempeño de la tarea, incluye todos los aspectos referentes a la ergonomía)
- c. Las condiciones de seguridad, incluyen todo en cuanto a la prevención del riesgo laboral (físico, químico, mecánico, locativos y psicosociales), la posibilidad de un accidente y la aparición de enfermedades profesionales.
- d. Las características de la tarea, refiriendo variables como la ambigüedad y el conflicto de rol, la sobrecarga, la autonomía del trabajo, la responsabilidad, la toma de decisiones, las habilidades en el trabajo, la promoción y desarrollo, la participación organizacional; lo interesante, variado y complejo de la tarea, etc.
- e. Los procesos de trabajo, que refiere a la organización y división del trabajo, las demandas del puesto y lo relacionado con su desempeño (el tiempo y la secuencia del trabajo, las exigencias del proceso, la amplitud de la supervisión y la sobrecarga física, psicológica y emocional; la postura, los movimientos, la interdependencia funcional con otros puestos y/o secciones y el flujo de la información).
- f. Las condiciones sociales y/u organizacionales, que se relacionan con la interacción interpersonal en el trabajo, el clima laboral, la participación y control de los trabajadores para con su entorno de trabajo, la participación en las decisiones organizacionales y las expectativas sociales sobre el trabajo.

Por otro lado, las condiciones de trabajo que se entremezclan en el mundo contemporáneo a través de aspectos como la globalización y la flexibilización laboral llevan a que los jóvenes tengan una percepción mayor de incertidumbre acerca de su futuro,

puesto que las oportunidades de empleo son limitadas, llevando consigo un entrada al mundo del trabajo retrasada, una actitud menos comprometida con el trabajo y una variación inestable en los patrones de carreras laborales iniciales (Ramos et al 2002). De esta forma, se podría hablar de la Incertidumbre como posible condición de trabajo, puesto que como afirma Beck (1998), es el resultado de los esfuerzos científicos y políticos por controlar o minimizar los riesgos, o en otras palabras, es una percepción de un posible peligro o riesgo. Lo cual implica que el riesgo se vuelva inexorable en la vida de todos y que se tenga que enfrentar con aquellos desconocidos y apenas calculables.

Tabla 1. Inventario de Condiciones de Trabajo

INVENTARIO DE CONDICIONES DE TRABAJO	
Dimensiones	Indicadores
Contrato	Modalidad (indefinido/ temporal, jornada completa/parcial, etc.), estabilidad, certidumbre y seguridad, salario, prestaciones sociales y sanitarias, etc.
Ambiente físico	Temperatura, humedad, climatización, ventilación, calidad del aire, iluminación, ruido, limpieza, higiene, instalaciones y equipos, mobiliario, instrumentos, ergonomía, privacidad, hacinamiento, confortabilidad, señalizaciones, salidas de emergencia, etc.
Clima social	Compañerismo, calidad de la comunicación y de las interacciones verticales y horizontales, cohesión grupal, apoyo mutuo, espíritu de cooperación o de competición, grado de conflictividad, estilo de dirección y de gestión de conflictos, participación en toma de decisiones, justicia percibida en evaluación y promoción, etc.
Seguridad e higiene	Riesgos físicos (de accidente o de contagio, toxicidad, salubridad, aseo, equipos protección, etc.), dispositivos de observación, evaluación y prevención de riesgos laborales, etc.
Tarea	Demandas cuantitativas y cualitativas, cognitivas y emocionales, cargas de trabajo, autonomía, responsabilidad, iniciativa, exigencia, variedad, interés, creatividad, control, complejidad, etc.
Riesgos Psicosociales	Ambigüedad, conflicto, sobrecarga o vaciedad de rol, acoso sexual o moral, violencia ocupacional, distrés y <i>burnout</i> , etc.
Proceso	Organización, gestión, control, recursos sociales, organizacionales, personales, etc.
Tiempo	Duración de la actividad (jornada, horario, turno, ritmo, descansos, vacaciones...), presión de la agenda, prisa, intensidad y velocidad, extensión del contrato (indefinido o temporal) , etc.

Nota. Fuente: Blanch, JM. (2011). Condiciones de Trabajo y Riesgos Psicosociales Bajo la Nueva Gestión. Universidad Autónoma de Barcelona. Decimocuarta edición Septiembre-Octubre.

En efecto, según Blanch (2011) la globalización ha generado cambios no solo sociales si no también laborales debido a las nuevas formas de empleo, que según de la Garza (2001), influyen en la flexibilización del trabajo constituyendo leyes laborales menos rígidas, que promueven sociedades de mucho e intenso trabajo para aquellos que tienen empleo y de la desocupación no deseada para aquellos que no logran ubicarse laboralmente, esta crisis radica en el incremento del desempleo que ocurrió en los noventa en la mayoría de países, en la disminución de los salarios reales y una economía poco estructurada. Este aspecto, que recibe el nombre de Precarización, de igual modo termina por influenciar de manera negativa las políticas de seguridad social, aspecto influyente en el desvirtúo del bienestar de los trabajadores y así mismo en el aumento de factores de riesgo en los lugares de trabajo puesto que estas nuevas formas de empleo tienden a vulnerar la vida saludable de los trabajadores tanto psicológica como físicamente al enfrentarse a la exposición de las disfuncionalidades precursoras de reacciones emocionales, cognitivas, conductuales y fisiológicas que se expresan bajo diferentes patologías de la vida laboral contemporánea. Por este motivo, se atrevería a vincular este aspecto a las anteriores condiciones de trabajo.

2.5.1 Condiciones de trabajo de la medicina en Colombia

En Colombia actualmente las condiciones de trabajo de los médicos se encuentran declinadas en comparación de los beneficios con lo que estos contaban anteriormente, esto debido a los cambios que el gobierno ha puesto en las formas de contratación y bienestar para los trabajadores en general, partiendo del modelo Neoliberalista impuesto en los ochenta, que de acuerdo con Bernal (2011), tenía como fin principal, dar prioridad a la producción, por lo que el trabajo social sería un obstáculo frente a la economía de un método más eficiente. Según Malagón y Patiño (2011), la Academia Nacional de Medicina de Colombia afirma que el Sistema General de Salud establece un modelo de atención gerenciada en el que los intermediarios (EPS, ARS y ARP) tomaban un lugar dominante, siendo una inmensurable oportunidad de negocio; a fin de esta productividad los médicos han debido sacrificar la esencia de su profesión, puesto que para permanecer vinculados a

las entidades de salud deben atender a un número determinado de pacientes en tiempos casi cronometrados, limitando así sus consultas y perdiendo su autonomía.

Por otra parte, la reforma en los modos de contratación ha traído consigo la tercerización. Según Bernal (2011), se han eliminado las plantas de personal en las instituciones públicas, generando formas de trabajo y trayendo medios de empleo en los que el sujeto no se encuentra vinculado absolutamente, sino que por el contrario propicia una inestabilidad laboral, falta de remuneración adecuada y el declive de beneficios laborales, como los son: ausencia de indemnizaciones, garantías de seguridad social o tributaria y alta protección jurídica; este aspecto tiene como consecuencia una falta de compromiso ante la institución. Estas condiciones de trabajo a las que actualmente se encuentran sometidos los profesionales de medicina es una de las causas de que la idealización de su profesión se ve vulnerada.

Las condiciones de trabajo actuales en los profesionales médicos de Colombia, se enfrentan a la propuesta de reforma de la Ley 100, que de acuerdo con Patiño (1998), presidente de la Academia Nacional de Medicina en los años 1998-2002, desvirtúa el fin propio de la profesión, haciéndola una labor en función de unas tareas específicas que propenden por el interés costo-beneficio, en términos económicos, antes que la relación médico-paciente, puesto que al estar regidos obligatoriamente bajo ciertas entidades IPS y EPS (administradoras de la salud pública) se pierde toda autonomía sobre la labor, teniendo que ser dictaminados por normas impuestas institucionalmente que priorizan su economía por encima del bienestar de los pacientes como de la salud ocupacional de los médicos. En consecuencia, los profesionales médicos tienen como medio de desarrollo profesional dos opciones: La primera, vincularse en términos contractuales con una EPS, en la que comprometen su labor que debería basarse en la autonomía y compromiso de velar por la salud de sus pacientes, admitiendo las limitaciones en cuanto a tiempo de consulta médica y las restricciones en medicamentos o demás beneficios que debieran ser cubiertos por las entidades de salud pública, y por otro lado, la escala salarial que es afectada por el bajo costo en la remuneración de sus consultas. La segunda, quienes decidan por una posible independencia, deberán de igual modo estar registrados en una de las entidades terciarias, pero haciéndose cargo de sus prestaciones y corriendo un riesgo mayor de baja estabilidad

laboral y no poseyendo un horario fijo. Además, en ambas opciones se imposibilita el tiempo para actualizarse profesionalmente y/o académicamente.

En resumen, refiriéndose a otro aspecto que posiblemente subyace al deterioro en las condiciones de trabajo de los médicos, se encuentra la inconformidad de los pacientes, quienes a gran escala menosprecian la labor médica con calificativos de incompetencia al no poderles otorgar o suplir necesidades de salud que parecieran básicas; y es así como éstos se encuentran también vulnerados en su salud psicológica al encontrar una percepción en declive de su trabajo por parte del usuario de su servicio, lo cual se escapa de sus manos y son aspectos desligados de su autonomía e impuestos por las entidades prestadoras de salud.

2.6 SÍNDROME DE *BURNOUT* EN PROFESIONALES O ESTUDIANTES DE MEDICINA

Los trabajadores de la salud han sido foco de análisis para el desarrollo de investigaciones referentes al síndrome de *burnout* desde que Freudenberg en 1974 notó anomalías en los asistentes voluntarios de una clínica que al parecer eran poco comprensibles o sensibles ante los pacientes (Goncalves et al., 2002). Los profesionales y estudiantes de medicina, al pertenecer a esta población, tienden a ser un grupo de interés para estudios relacionados con el fenómeno y efectivamente no han estado exentos de su padecimiento. Véase algunos resultados que se han encontrado en torno a ello:

En una investigación realizada en la Universidad de Washington se halló que “entre los doce puestos de trabajo que Experimentan síndrome de burnout en Estados Unidos, ocho son del campo de la medicina” (Burghi, B., Sumcad y Burghi, 2006, citados por Agudelo, Castaño, Henao, Jiménez, López, Páez, y Luz, 2009 p. 212).

De acuerdo con Goncalves et al., (2002), la carga laboral y emocional al enfrentarse al dolor, la enfermedad y la muerte de las personas (sus pacientes), sin estar en ocasiones preparados para estas situaciones, es un factor que puede influenciar en un altos grados de

estrés ya sea mediante la identificación de la angustia o ansiedad que presenten los pacientes o la de sus familiares. Esto recibe el nombre de “efecto esponja” debido a la absorción de todo a lo que se expone sin hallar una salida apropiada.

Cabe resaltar que en los primeros años de ejercer la profesión existe una probabilidad más grande de ser vulnerable al síndrome debido al idealismo que aún se tiene del oficio. Así mismo, el trabajo con enfermos crónicos o terminales además de la sobrecarga laboral y la ausencia del control en el trabajo propician el desarrollo de síntomas, en especial, en personas con expectativas apartadas de la realidad, puesto que sus rasgos psicológicos también influyen en la forma de afrontar las condiciones. Por esta causa, quienes tienden a ser meticulosos, perfeccionistas, individualistas y hostiles, o con conflictos emocionales de la infancia que desembocan en el narcisismo, ansiedad, depresión o ambición excesiva, se hacen más vulnerables al tener un grotesco paralelo entre la vida profesional y la realidad, en la cual radica parte de la problemática subyacente al síndrome de *burnout* (Goncalves et al, 2002).

Goncalves et al, (2002), exponen factores que pueden predisponer hacia la aparición del síndrome de *Burnout*. El primero de ellos son las características propias del trabajo, haciendo referencia a las demandas emocionales, las funciones que debe realizar y la claridad con la que estas están estructuradas, la jerarquización y la capacidad de poder que tiene sobre los procesos. En segundo lugar, están las características de personalidad que como ya se había mencionado tienen relación con la poca tolerancia al fracaso, pretendiendo lograr resultados brillantes lo que genera un efectos insatisfactorios al hallar una realidad distinta.

En esta línea, se encuentran, Ramírez, Mediro, Muñoz, Y Ramírez, (2012), quienes desde Chile se interesaron por hacer un estudio que proporcionara información sobre el alcance del síndrome de *burnout* en estudiantes de medicina, revisando diferentes estudios alrededor de América y Europa. En este trabajo se observó que no sólo los factores anteriores influyen si no también los eventos negativos personales a los que se enfrentan los médicos o estudiantes. En la misma revisión también se encontró que en un estudio hecho en Estados Unidos en una muestra tomada de trece escuelas de medicina diferentes, se halló

que un 50% de los participantes tenían prevalencia de síntomas, mientras que en otro pequeño estudio arrojó entre el 45 y 56%. Y en un estudio británico se encontró un 20% menos de niveles en el síndrome, lo que indica que si bien no se podía hablar de Síndrome de *burnout* como tal, eran evidentes los indicios en esta población.

Grau, Flichtentrei, Suñer, Prats y Braga de la Universidad de Girona-España, en el 2007, desarrollaron una investigación con personal sanitario hispanoamericano y español, en el que se contó con 11.530 colaboradores, que constaba de médicos, enfermeros, odontólogos, psicólogos y nutricionistas que fueron valorados con el MBI, *Maslach Burnout Inventory*. En los resultados se halló que España alcanzaba el puntaje más alto con un 14,9% de prevalencia, seguido por Argentina con un 14,4% y Uruguay con 7.9%; México, Ecuador, Perú, Colombia, Guatemala y Salvador oscilan entre 2.5% y 5.9%. Se reconoció la Medicina como la población con mayor rango de prevalencia, en especial en profesionales internistas o de urgencias.

Por otra parte en México, Camacho, Juárez y Arias (2010) de la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma del Estado de Morelos, desarrollaron una investigación con 82 estudiantes de medicina de pre o postgrado adscritos al hospital general regional. Para el desarrollo de su investigación tomaron como principal fuente conceptual a Gil-Monte, utilizando como herramienta de evaluación el cuestionario elaborado por él y diseñado para población profesional de la salud. Los resultados encontrados fueron: el 2,5% manifestó bajos niveles de ilusión, el 74,4% evidencia desgaste físico, el 13,6% presenta niveles altos de indolencia y el 9.8% posee altos niveles de culpa. En síntesis, se encontró que la prevalencia del síndrome de *burnout* tiene relación con el apoyo y acompañamiento de sus supervisores; además de hallar, a diferencia de otras poblaciones, que la ilusión por el trabajo y la autoeficacia funciona como amortiguador.

En la ciudad de Corrientes-Argentina también se han desarrollado investigaciones con el propósito de conocer la prevalencia del síndrome de *burnout* en los profesionales de medicina. Encinas, Reyes, Gómez y Santos (2007), dirigentes de la cátedra de salud mental

de la Facultad de Medicina de la UNN, realizaron un análisis en los profesionales que trabajaran en hospitales públicos, para esto se contó con 80 colaboradores quienes se les administro la prueba de *Maslach Burnout Inventory*, arrojando como resultado que: En la dimensión de cansancio emocional las mujeres son las más afectadas con un 25% de prevalencia. La edad de los participantes presentó frecuencia de afectación en las personas en un rango de edad entre los 25 y 34, alcanzando un 45%. En relación a la situación conyugal, los sujetos con estabilidad fueron los más afectados. Todo esto permitiría concluir que la dimensión de cansancio emocional es el factor más visible dentro de los síntomas del síndrome de *burnout*.

En Colombia también se han desarrollado investigaciones referentes al síndrome de *burnout* en profesionales de medicina. Véase alguna de ellas:

Carrillo y Nieves (2009), especialistas en medicina del trabajo de la Universidad Nuestra Señora del Rosario de Bogotá, elaboraron un análisis en personal de consulta externa de una IPS mediante el MBI, con el propósito de hallar vínculo de esta problemática con las condiciones de trabajo. Allí se encontró que la prevalencia era del agotamiento físico con el 20,6%, la realización personal obtuvo un 7,6% y la despersonalización un 16,8%; concluyendo que la relación entre los dos factores es compleja debido a las variables que se pueden encontrar en cada población.

Por otra parte, en Santa Marta; Ferrel, Sierra y Rodríguez (2010), desarrollaron una investigación con 56 médicos especialistas entre los 33 y 55 años del Hospital Universitario Fernando Troconis. A estos colaboradores se les administro el MBI, encontrando un nivel alto de agotamiento emocional con 94% de prevalencia, el otro 5,4% de profesionales lograron una puntuación media, referente a la despersonalización el nivel alto se halló con una frecuencia de 53,6% y 39,3% el bajo; en cuanto a la realización personal el 53,6% está en un nivel medio mientras que el 44,6% en medio y sólo un 1,8% en bajo. En conclusión, el síndrome de *burnout* tiene una prevalencia media en los médicos del Hospital Universitario de la ciudad de Santa Marta.

En Montería se encontraron resultados disímiles, ya que se observó un 18% de prevalencia, en una investigación desarrollada con treinta médicos y cuarenta enfermeros pertenecientes a la red urbana de servicios de salud pública de la ciudad, en la que Jaramillo, Ruiz y Pardo (2009) hallaron resultados mediante el MBI relacionados con las medidas de afrontamiento, entre las cuales la más alta fue afrontamiento dirigido al problema, seguido de búsqueda de ayuda social e indiferencia; concluyendo que la dimensión más presente es el agotamiento físico en comparación con las otras variables

Finalmente, una investigación realizada en Cali en el 2002 en médicos internos y residentes del Hospital Universitario del Valle por Guevara, Henao, Herrera (2004), quienes tenían como interés analizar la prevalencia del síndrome de *burnout* con relación a las dinámicas familiares de los profesionales, utilizaron el cuestionario MBI y el APGAR familiar que evalúa la percepción que se tiene de las funciones dentro del núcleo familiar. En los resultados obtenidos se evidenció un 76% en desgaste emocional, 60% de despersonalización; lo cual es probablemente consecuencia de las condiciones laborales tales como turnos y carga laboral factores que se hallaron vinculados de igual manera a las difusiones familiares.

3. MARCO CONTEXTUAL

A nivel constitucional, Colombia tiene como norma el derecho a la Salud y dispone para su fin en el ARTÍCULO 49 de la Constitución Política, que “la atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado”. Y debe garantizar a todas las personas “el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud”. De este modo, “Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad... ...Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad” (Constitución Política de Colombia, 1991).

Sin embargo, la importancia de esta consigna de la Carta Magna de la República de Colombia no sólo reside en la velación del cumplimiento de este derecho que tiene cada ciudadano, sino también de las estrategias para ser efectuada y de las vías que se relacionan con dicho cumplimiento de manera satisfactoria, garantizando incluso el bienestar y la salud del personal que en cada servicio de salud se expone a riesgos de diversa índole. De esta forma, se vuelve relevante dar una mirada al pasado para intentar comprender qué ha sucedido en el mundo del trabajo, siendo éste otro de los principios de la Constitución, y cómo esto tiene relación con este principio fundamental de la nación para la prestación del Servicio de Salud y, por ende, con lo que realmente le interesa al presente estudio: la salud de los médicos, quienes sirven de vehículo para la garantía del cumplimiento de éste en la población en general.

A partir de los años 70, el sector salud, al igual que las demás esferas del mundo del trabajo, experimentaron grandes cambios y transformaciones, entre ellos: la reestructuración productiva, la globalización y el neoliberalismo que resultaron de la crisis de esa época y que tuvieron repercusiones particulares en los países de América Latina. Estamos hablando entonces del paso de un modelo rígido que se caracterizaba por tener “Una producción y consumo de masa, una política de control del proceso de trabajo en tiempo cronometrado, Fragmentación de las funciones con una gerencia de trabajo,

Concentración de los trabajadores en unidades fabriles (marcó el nacimiento del operario-masa; trabajador colectivo fabril) y, por tanto, la centralidad de la producción” (Observatorio de Recursos Humanos en Salud - O.D.R.H.S., 2006. p. 10); al modelo de la flexibilización, el cuál modifica la regulación de las relaciones laborales y tiene como objetivo, mejorar la posibilidad de ajuste de los procesos de producción frente a las demandas del entorno en constante cambio (O.D.R.H.S., 2006). Según Mota (1998), citado por el O.D.R.H.S. (2006), este nuevo modelo exige el cambio de la modalidad contractual del trabajo, en la cual se reducen los empleos fijos o regulares, se establece la modalidad del empleo temporal (aprovechando el incremento de la mano de obra desempleada o subempleada del futuro inmediato) y la contratación del trabajador conforme las necesidades del ciclo económico que atraviese la empresa (O.D.R.H. en Salud, 2006). Este modelo tuvo un impacto en la vivencia del trabajador en general, puesto que el miedo a los despidos por la naturaleza frágil de los contratos temporales y los niveles crecientes de desempleo, empieza a debilitar las organizaciones sindicales, lo cual, para la Organización Panamericana de la Salud (2000), citada por el O.D.R.H.S. (2006), indica un olvido del Recurso Humano por parte del sector salud a nivel mundial.

Colombia no es ajena a estas transformaciones. En el periodo de gobierno del expresidente César Gaviria (1990-1994), la apertura económica introdujo en el país esa flexibilización para lograr una compatibilidad con la internacionalización. Esto dio origen a la modificación o reforma de la Carta Constitucional de 1991, parafraseada en el inicio de éste apartado para referenciar al tema de la Salud (O.D.R.H.S., 2006). Sin embargo, en la actualidad sigue habiendo dificultades en el tema y muestra de ello fue la propuesta de reforma al sistema de salud nacional que venía discutiéndose desde el año 2010. En esta propuesta se buscaba la instauración de “Una entidad pública de naturaleza especial del nivel descentralizado, con autonomía administrativa, financiera y presupuestal que afiliará directamente al sistema, recaudará y distribuirá los recursos que hoy financian los regímenes contributivo y subsidiado”. Para lo cual, las entidades que hasta la actualidad son prestadoras de salud (EPS), deberían retirarse del aseguramiento social y especializarse en la medicina prepagada o en su defecto ya no podrán manejar recursos y convertirse en

administradoras (que asumen algún riesgo) para la gestión de la prestación de los servicios de salud en un área de gestión sanitaria; y si están integradas, de manera que tengan hospitales y clínicas, pueden convertirse en prestadoras de servicios. Esta alternativa buscaba subsanar muchas de las dificultades que se tienen en el Sector Salud a nivel nacional. Sin embargo, para los críticos de la reforma muchas de las modificaciones se tienen dentro de un panorama incierto e incluso prevén el fracaso ante ello (Elpais.com.co/Colprensa, 2013; El país, 2013). Para el mes de Junio del año 2014 aún el gobierno busca poner en pie la propuesta de ley, que según el Ministro de Salud, está en un proceso gradual que busca subsanar las necesidades que emerjan poco a poco con el tiempo, de lo cual, debido a varios cambios que ya se han efectuado se podría estar hablando de un 80% de ejecución de la propuesta, ya que no se requiere de una reforma totalizante sino de cambios graduales, por ende solo quedarían “dos aspectos por resolver: el control de los recursos y de la información del sistema, y un fondo que solucione la crisis financiera del sector salud”. Afirma que anteriormente, la propuesta de reforma quedó atrapada en una puja de intereses en el que algunos querían una ley hecha a su medida y otros sencillamente no querían ley (El Tiempo, 2014, Párr. 1).

En el año 2011 se registraron algunos problemas en el sector salud del Valle del Cauca, los cuales implican inciertamente su resolución en la propuesta de reforma mencionada anteriormente. En ese entonces, según el Sindicato de los trabajadores de la empresa de acueducto y alcantarillado de Bogotá (SIMTRAEMSDES BOGOTÁ), quienes publican un reportaje en su página web denominado “Crítico panorama de la salud en el Valle del Cauca”, afirman que el sector salud del Valle del Cauca y quienes pertenecen a él se habían “visto agravados por la negligencia en el pago de carteras por parte de las EPS, así como por la contratación por medio de cooperativas de trabajo asociado que afectan a los trabajadores, y, por tanto, a la prestación del servicio”, lo cual se veía reflejado en la falta de insumos y en el tardío pago de salarios al personal. De esta misma manera, se argumentaba que la mala atención al usuario se debía a “la pésima administración de los recursos económicos, la entrega inoportuna de medicamentos y el cobro a los usuarios de tarifas que no están contempladas en la ley” (Sindicato de los trabajadores de la empresa de acueducto y alcantarillado de Bogotá [SIMTRAEMSDES BOGOTÁ], 2011; Párr. 1-5). Un

reporte de prensa del diario El País, para el año 2006, revela que un estudio del Tribunal de Ética Médica del Valle encuentra que los médicos son objeto de las quejas de los pacientes, en mayor proporción a otros profesionales de la salud, y éstos a su vez presentan una escala de proporción por queja de acuerdo a su especialidad, siendo así que, los médicos generales sean los que presenten mayor número de reclamos. Esto, en palabras del Presidente del Tribunal, Néstor Amorcho, citado por el diario El País (2006), “Se podría pensar que es por la gran carga de atención de pacientes que cae sobre ellos. Ellos reciben toda clase de consultas, deben prestar auxilio y ahí empieza todo el proceso. Esta disciplina exige, además de destreza, conocimiento y estabilidad para realizar una práctica efectiva” (Párr. 10). En efecto, muchas de las reclamaciones se dieron por un distanciamiento y frialdad de los profesionales en su relación médico-paciente, para lo cual, Amorcho afirma que la medicina ha parado de ser una profesión de carácter hipocrático para convertirse en una medicina economista en la que el paciente ha empezado a ocupar el lugar de cliente. Además, los errores no son debidos por impericia sino por la imprudencia desencadenada por la carga de trabajo que demanda apresurarse, lo cual conduce a la negligencia. En la actualidad, siguen presentándose reclamaciones y demandas al servicio de salud ante el Tribunal de Ética Médica (El país, 2006; Colprensa, 2013)

En resumen, podría estarse tratando de una dificultad de orden nacional, puesto que como se mencionaba al inicio de este apartado, el Estado estaría en la obligación de cumplir las garantías para proveer de salud a todo ciudadano colombiano, empero, se encuentra todos los traspiés que desde el personal de salud como los mismo receptores del servicio se ven casi obligados a afrontar. Aspectos como la crisis económica que atraviesa el sector salud debilita las condiciones de trabajo de todo el personal de salud e indistintamente termina afectando a los pacientes que a su vez, por inconformidad, tienen reacciones negativas frente al servicio, la atención y la garantía de su salud. Finalmente, siendo el personal de salud quien afronta directamente las demandas de los pacientes se encuentran avocados a presiones de diversas fuentes: laborales o de trabajo, familiares, psico-sociales, económicas y de servicio desembocando afecciones a su bienestar físico y psico-social.

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Berger (2010), plantea que la medicina es una profesión idealizada culturalmente en la que los médicos son el prototipo de héroe popular de una sociedad, factor que es influyente para las personas en la elección de la carrera para profesionalización como médico. Esta expectativa de motivación individual tendería a frustrarse al encontrarse con la realidad de las condiciones de trabajo a las que se enfrentan actualmente los médicos, aspecto que propicia una pérdida de la ilusión en su trabajo, desinterés en su ejercicio y les haría vulnerables al síndrome de *Burnout*. Sin embargo, al mostrarse como aspecto preponderante el entorno de trabajo, se plantea un ajuste o desajuste para encauzar un afrontamiento ante las demandas o definitivamente una experimentación del fenómeno en mención, según el caso respectivamente, puesto que aunque los sujetos puedan poseer una imagen romántica del trabajo con expectativas que pueden estar apartadas de la realidad, dichos objetivos no sólo requieren del esfuerzo del sujeto sino también que el ambiente laboral cuente con las características positivas para lograr el objetivo; o en el caso opuesto, tener la experiencia de *burnout* (Pines, 1993).

Por otro lado, el trabajo, tanto en operación funcional de la vida como en función idealizadora de la misma, puede llegar a ser tanto bienestar como malestar, salud o causa de enfermedad, etc. (Peiró, 1986 citado por Salanova et al, 1991; Blanch, 2011), es importante dentro de la comprensión del *burnout*, puesto que algunas investigaciones muestran que la población médica es foco de análisis en relación con la prevalencia del síndrome de *burnout* frente a las condiciones de trabajo tales como la densidad de la carga, los turnos y el trato con los pacientes. Sin embargo, cabe mencionar que el interés de este estudio emerge desde la distinción que se tiene en el status de estudiante de medicina, puesto que, al estar inmersos en un contexto práctico del ejercicio profesional (rotación), carecen de algunas características contractuales que pueden llegar a tener sus colegas titulados, como por ejemplo, un salario o el pago de horas extras. De este modo, al estar en la divergencia estudiante-profesional, están instaurados dentro de la denominación de trabajo y no de

empleo, que a su vez, les plantea otras obligaciones con la universidad desde lo académico por su rol vigente de estudiante.

Finalmente, como se mencionó en apartados anteriores, al tener en cuenta la situación particular que se vive en el ámbito de la salud en el territorio Colombiano y particularmente en el Valle del Cauca para el contexto laboral médico, se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Cómo se configura el *burnout* a través del ajuste entre las condiciones de trabajo y las metas y expectativas en siete estudiantes de medicina en período de rotación de la ciudad de Cali?

5. OBJETIVOS

5.1 GENERAL

Describir la configuración del *burnout* a través del ajuste entre las condiciones de trabajo y las metas y expectativas de estudiantes de medicina.

5.2 ESPECÍFICOS

- Indagar sobre las metas, expectativas y motivación laboral que poseen los participantes.
- Identificar las condiciones de trabajo que ofrecen los sitios en donde los participantes realizan la rotación.
- Indagar sobre los sentimientos que los participantes tienen frente a la carrera de medicina.
- Analizar el ajuste de las condiciones de trabajo y las metas y expectativas de los participantes.

6. JUSTIFICACIÓN

El síndrome de *burnout* considerándose como un fenómeno que resulta del fracaso en la confrontación entre las metas, expectativas y lo que el entorno ofrece, muestra que desde su comprensión atañe al mundo del trabajo por catalogarse como una afección de la salud del trabajador y por ende a la psicología organizacional que lleva desde sí la convergencia entre persona, bienestar subjetivo y social, salud, calidad de vida y trabajo. Por tal motivo, como disciplina y profesión, es relevante poner su atención sobre la relación entre la configuración del síndrome de *burnout* a través de las condiciones de trabajo que el entorno ofrece, contando con los actuales tópicos respecto a la concepción de trabajo (empleo, desempleo y subempleo), como lo manifiestan Drobni, Beham y Präg (2010) citados por Blanch (2011).

Como ya se había mencionado con antelación, en Colombia ha habido cambios desde el período de gobierno del expresidente César Gaviria (1990-1994), cambios que buscan la internacionalización, lo cual directa o indirectamente ha llegado a afectar todas estas condiciones de trabajo que influyen en cada esfera del mundo organizacional, llegando a ser factores de afección incluso antes de la obtención de un título profesional (O.D.R.H.S., 2006). Es por todo esto, que al mostrarse una posible contraposición entre lo que el trabajador espera, cree o valora como trabajo, producto de la construcción a partir de sus experiencias personales y socio-históricas; y lo que realmente el mercado laboral le oferta y le demanda, surge el interés en el presente estudio, por la descripción de la configuración del *burnout* a través del ajuste de las condiciones de trabajo y las metas y expectativas de estudiantes de medicina, puesto que ellos no solamente tienen la connotación de servicio asistencial, sino que también atraviesan ese pasaje entre el estatus de estudiante y profesional que le permite una apertura al mundo del trabajo y una experiencia directa sobre el ejercicio profesional, llevándolos a un afrontamiento de lo que les depara este último en conjunción con su vigente rol de estudiante.

Es así que, esta investigación se hace socialmente relevante, puesto que al dar cumplimiento al objetivo general, mostraría la realidad de un sector que recientemente tuvo

debates políticos frente a la propuesta de reforma de ley que buscaba reestructurar el Sistema de Salud, y que a su vez, ésta iba en detrimento de sus beneficios como trabajador y la de los pacientes. No sin mencionar las diversas dificultades que, como se ha mencionado a lo largo de este documento, se tienen con el vigente sistema de salud nacional y contextualmente en las instituciones a nivel departamental.

De este modo, lograr una descripción y posible explicación daría el un paso adelante para que en el futuro se logre encausar una posible respuesta a la demanda de esta población. Además que al ser éste un estudio que concierne al Estado por su relación con el tema de la Salud, tiene relevancia, no sólo para la o las instituciones a las cuales están adscritos los participantes del estudio, sino que puede ser de gran interés para la Secretaría de Salud Departamental y Municipal, teniendo en cuenta que posteriormente podrían establecer qué acciones se pueden emprender en torno a la calidad en la prestación del servicio de salud y la calidad de vida en el trabajo, la prevención e intervención frente al Síndrome de *burnout* en los posibles afectados.

Por todo lo anterior, el Síndrome de *burnout* como constructo teórico, en el marco de la Psicología Organizacional, debe trascender la abstracción y llevarse a la comprensión del mismo como un fenómeno real; que con la concepción de un sujeto mediado por los hechos sociales, políticos y culturales, no desconozca que a su vez es también sujeto psicológico que transforma el contexto con la puesta en juego de sus emociones, pensamientos y acciones. Desde este punto, el estudio tiene relevancia científica y técnica, puesto que lleva sujeto a sí, la invitación hacia la comprensión del fenómeno a futuros investigadores y permitiría a la psicología ampliar el tema en torno a la situación contextual del departamento o el país desde otra perspectiva, ya que en su gran mayoría, los estudios realizados en otros contextos han sido llevados a cabo bajo el método cuantitativo.

Finalmente, en términos éticos, el estudio no transgredirá los derechos de los participantes, quienes tomarán la decisión de retirarse a su criterio y reservarse el derecho de permanecer y acoger las condiciones del estudio, sin que ello implique una invasión de

su persona. El estudio no causará daño a ninguna persona, objeto u organización, puesto que su objetivo sólo trasciende al orden de lo descriptivo y no experimental. Por otra parte, sólo requerirá la disponibilidad de tiempo por parte de los estudiantes de Medicina y en cuestión de recursos se necesitarán los de desplazamiento de los entrevistadores y los necesarios para realizar las entrevistas.

7. MÉTODO

7.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

El proceso de investigación tuvo un alcance descriptivo (Hernández *et al*, 2010), puesto que buscó describir la configuración de un fenómeno a través del ajuste de ciertas condiciones de trabajo y metas y expectativas otorgadas por los participantes.

La investigación, de acuerdo con su objeto, fue no experimental transeccional puesto que buscó comprender un fenómeno tal y como se desarrolla en su contexto natural para posteriormente ser analizado. Y lo transeccional, desde la condición que el estudio se llevó a cabo en su etapa metódica en un momento específico.

7.2 PARTICIPANTES

La presente investigación se desarrolló con la participación de estudiantes de medicina, los cuales se eligieron mediante una muestra no probabilística que según Hernández *et al* (2010), es una selección no formal, que tiene como interés escoger un grupo de personas que tengan características útiles en los resultados de acuerdo al planteamiento inicial del problema, por dicha razón no todos los estudiantes tuvieron la misma posibilidad de ser participantes. La muestra fue de Sujetos Tipo de acuerdo a Hernández *et al* (2010) ya que el principal interés de este estudio no fue la cantidad de sujetos si no el análisis de los significados, características, expectativas y motivaciones de los participantes. Considerando lo anterior, los criterios de inclusión y exclusión fueron:

- Ser estudiantes que estuvieran cursando octavo semestre académico o superiores.
- Estudiantes que estuvieran en período de rotación en instituciones de salud de la ciudad de Cali.

El beneficio de estos criterios en esta investigación está en que mediante ello se “logran obtener los casos que interesan al investigador y que llegan a ofrecer una gran riqueza para la recolección y el análisis de los datos” (Hernández *et al*, 2010 p. 190).

Tabla 2. Caracterización de los Participantes

Participante	Género	Edad	Formación académica	Tiempo en rotación	Institución de rotación	Institución académica
Participante1 MLC	Mujer	21 años	Médico (9 semestre)	Desde séptimo semestre.	Séptimo semestre en la Clínica Rafael Uribe Uribe Para octavo semestre en el Club Noel y diferentes ESES de la ciudad de Cali. Para decimo sería en la Clínica Rafael Uribe nuevamente.	Universidad Libre.
Participante2 JFN	Hombre	25 años	Médico (12 semestre)	Desde séptimo semestre aproximadamente.	Varias instituciones, en su mayoría en el Hospital Universitario del Valle.	Universidad Nacional de Colombia-Bogotá, realiza internado en Cali, gracias a un intercambio institucional con la Universidad del Valle
Participante3 KC	Mujer	27 años	Médico (10 semestre)	Desde séptimo semestre.	Hospital Universitario del Valle.	Universidad del Valle
Participante4 JFM	Hombre	26 años	Médico (9 semestre)	Desde séptimo semestre.	Comfenalco, para Clínica Amiga, Versalles, Imbanaco, Club Noel para octavo semestre.	Universidad Javeriana.
Participante5 SCT	Mujer	21 años	Médico (9 semestre)	Desde sexto semestre	Comfenalco, para Clínica Amiga, Versalles, Imbanaco, Club Noel para octavo semestre.	Universidad Javeriana
Participante6 KE	Hombre	23 años	Médico (12 semestre)	Desde séptimo semestre.	Hospital Universitario del Valle.	Universidad del Valle.
Participante7 AU	Hombre	22 años	Médico (En rotación) (10 semestre)	Desde séptimo semestre aproximadamente.	Clínica Valle del Lili y Hospital Universitario del Valle.	Universidad Icesi.

7.3 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Guardando coherencia con el tipo de investigación y su diseño se pueden elegir una o algunas técnicas que permiten la obtención o recolección de datos por medio de las diferentes fuentes de información disponible y relevante para la consecución del objetivo de investigación, en sus ambientes naturales y cotidianos (Hernández *et al.*, 2010). Por este motivo, la técnica que se utilizó fue la entrevista de tipo cualitativa, ya que cuenta con una característica de mayor intimidad, flexibilidad y apertura frente a una conversación o intercambio grupal (King y Horrocks, 2009 citado por Hernández *et al.*, 2010).

Este estudio utilizó el tipo de Entrevista Semi-estructurada, puesto que se buscaba una guía de asuntos o preguntas dentro de su ejecución, que permita vislumbrar el interés o foco del estudio; además de la adición o introducción de preguntas que el entrevistador considere pertinente para precisar los conceptos y lograr mayor información sobre el fenómeno o tema (Hernández *et al.*, 2010) (Ver Anexo 2. Guión de Entrevista).

7.4 TÉCNICAS DE ANÁLISIS

El análisis de resultados se llevó a cabo por medio de la técnica de Análisis de Contenido (Piñuel, 2002) y las Líneas Narrativas (Spink, 1999). Se realizó una categorización que permitió el filtro de la información por medio de su definición y contrastación (Ver Tabla 3.).

7.4.1 Categorías de análisis

Las categorías de análisis resultaron de la conceptualización basada, inicial y predominantemente, desde los postulados de Ayala Pines y tomó como referentes a otros autores como Blanch, De la Garza, Beck, la Real Academia Española y Yancovic para la operacionalización del proceso investigativo.

Tabla 3. Categorías de Análisis

BURNOUT	CATEGORÍAS	SUBCATEGORÍAS	INDICADORES
El <i>burnout</i> es el desarrollo de un agotamiento físico y emocional que se origina mediante la necesidad que tienen las personas de darle significado a su vida y la confrontación con el sentido de su fracaso en esa misión; sólo los sujetos altamente motivados y con compromiso muy establecido en su labor pueden padecerlo, puesto que poseen una imagen romántica del trabajo, con expectativas apartadas de la realidad (Pines, 2004).	METAS Y EXPECTATIVAS: Hacen referencia a las ilusiones y motivaciones que se tienen frente a un logro específico (Pines, 1993)	MOTIVACIONES UNIVERSALES: Según son aquellas motivaciones que universalmente se tienen en cualquier campo laboral o de trabajo y que hacen referencia al deseo de impactar ser exitoso y apreciado (Pines, 1993).	Expresiones que hagan referencia al deseo de alcanzar éxito, ser admirado o alcanzar algún logro significativo en la vida aspectos relacionadas con estatus social, económico y/o profesional.
		MOTIVACIONES ESPECÍFICAS: Según Pines (1993), se enfocan en las tareas propias de la profesión, valores y comportamientos apropiados de a la carrera a fin de generar impacto en los demás.	Expresiones que hagan referencia a motivaciones que tengan relación con las tareas propias de la profesión, el deber ser profesional, la ética y el campo ocupacional que se pretende desempeñar.
		MOTIVACIONES PERSONALES: Según Pines (1993), son aquellas basadas en la imagen romántica de la labor considerándole un trabajo modelo que le dará lugar a ser una persona importante.	Expresiones que hagan referencia a un modelo de persona importante, admirable y de prestigio por su ocupación o profesión, por ejemplo, un autor o un escritor de un libro
	CONDICIONES DE TRABAJO: Son concebidas como el conjunto de las circunstancias y características ecológicas, materiales, técnicas, económicas, sociales, política, jurídicas y organizacionales en el marco de los cuales se desarrollan la actividad y las relaciones de trabajo (Blanch, 2011, p. 5).	PRECARIZACIÓN: Según de la Garza (2001), hace referencia a las leyes laborales menos rígidas que debilitan la seguridad social, promoviendo la desigualdad laboral y no laboral, estableciendo subcontrataciones y una sociedad del mucho e intenso trabajo para los que tienen empleo y desocupación no deseada a los que no lo tienen generando consecuentes que intervienen en la creación de riesgos laborales y afectan negativamente la calidad de vida.	Expresiones que hagan referencia al debilitamiento de las condiciones justas de trabajo, la seguridad social y la igualdad social.

BURNOUT	CATEGORÍAS	SUBCATEGORÍAS	INDICADORES
		CARGA DE TRABAJO: De acuerdo a Blanch (2011) tiene relación con la exigencia del rol como trabajador, la cantidad o volumen de tareas y el tiempo disponible para realizarlas además de las demandas cuantitativas o cualitativas emocionales y cognitivas.	Expresiones que hagan referencia a la cantidad de trabajo y el tiempo que la persona debe emplear para realizarlo, además de los requerimientos psicofísicos a los que se debe ser sometido y las jornadas que este realiza.
		INCERTIDUMBRE: En consonancia con Beck (1998), es el resultado de los esfuerzos científicos y políticos por controlar o minimizar los riesgos, en otras palabras, es una percepción de un posible peligro o riesgo. Lo cual implica que el riesgo se vuelva inexorable en la vida de todos y que se tenga que enfrentar con aquellos desconocidos y apenas calculables.	Expresiones que hagan referencia a sentimientos de desconocimiento hacia lo que puede traer el futuro de su profesión, de su estado personal y de su bienestar ocupacional. Expresiones que hagan referencia a pensamientos o intentos de control o minimización sobre los riesgos o peligros profesionales y/u ocupacionales.
	SENTIMIENTO: En términos generales, la Real Academia Española (2001) lo define como un “estado afectivo del ánimo producido por causas que lo impresionan vivamente. O un “estado del ánimo afligido por un suceso triste o doloroso”. Sin embargo, en términos más precisos, Yancovic (2011) lo define como la “expresión mental de las emociones; es decir, se habla de sentimientos cuando la emoción es codificada en el cerebro y la persona es capaz de identificar la emoción	SENTIMIENTO DE ÉXITO: Según Pines (1993) es un consecuente de las metas alcanzadas por contar con características positivas en el trabajo para que el individuo esté altamente motivado y se sienta apoyado, lo que le incentiva a dar lo mejor de sí y sentirse exitoso en su trabajo.	Expresiones palabras, alusiones que hagan referencia a sentimientos de satisfacción por el cumplimiento o posible alcance a corto, mediano o largo plazo de una meta o expectativa
		SENTIMIENTO DE FRACASO: Según Pines (1993) la sensación de fracaso es un consecuente de las metas no alcanzadas por haber dado con un sitio de trabajo con características negativas en los que las personas no cuentan con la autoridad ni los recursos para realizar los fines esperados,	Expresiones palabras, alusiones que hagan referencia a sentimientos de frustración o tristeza por la certeza o incertidumbre sobre el incumplimiento de sus metas propuestas o expectativas.

BURNOUT	CATEGORÍAS	SUBCATEGORÍAS	INDICADORES
	específica que experimenta: alegría, pena, rabia, soledad, tristeza, vergüenza, etc”.	coartando la oportunidad de llegar a sus logros y de brindarles a sus usuarios lo que ellos esperaban, trayendo como consecuencia un sentimiento de Culpa y de no haber proveído el servicio adecuado, factor que puede llegar a ser muy estresante.	

7.5 PROCEDIMIENTO

En un inicio, se procedió a contactar a los participantes por medio de contactos informales en los que se utilizaron la red de amigos, conocidos, colegas y docentes; logrando las tres primeras entrevistas a los estudiantes de Medicina con las cuales se procede al análisis de este estudio. Luego, al pasar de un tiempo prudencial sin lograr algún contacto exitoso con el cual se pudiese realizar la entrevista, se procedió a visitar varias instituciones prestadoras de salud como el Hospital Universitario del Valle, la Clínica Fundación Valle del Lili y la Clínica Tequendama, en las cuales, sin hacer contacto institucional, se invitó a participar a alrededor de treinta estudiantes con las características de inclusión para el estudio. Cabe resaltar que de la acción anterior, se obtuvieron la gran mayoría de respuestas afirmativas de participación, sin embargo, ninguna cita fue cumplida.

Posteriormente, se procedió a establecer contacto institucional por medio de las universidades, de manera que la Universidad del Valle sede Palmira permitió, por medio de una carta de presentación que garantizaba la procedencia de los investigadores, el acercamiento con las universidades: Javeriana, Libre, Icesi, Santiago de Cali y propiamente la Universidad del Valle sede San Fernando en Cali. Gracias a esta presentación institucional, se logró contactar, adecuándose al tiempo libre de los participantes, el resto de las entrevistas para un total de siete participantes. Es importante acotar que, fue necesario asumir el tiempo libre que proveían los participantes para las entrevistas, ya que, como se mencionó anteriormente, bajo las dificultades de encontrar disposición a las mismas, los investigadores se debían ajustar al tiempo y espacio que los participantes propusieran, todo

esto, debido a sus demandas académicas y de rotación que no permitían otra situación. Por otro lado, se hace evidente en el estudio que a pesar de establecer dicho contacto institucional con las directivas de la Universidad Santiago de Cali, no se logró encausar una segunda visita a las mismas, por cuestiones logísticas, y tramitar el permiso debido para el contacto con los estudiantes, puesto que en varias ocasiones se realizaron infructuosas visitas al campus de la universidad.

En una segunda fase, se inició el registro de las entrevistas en un documento de texto digital (Word) en computador para dar garantía de una transcripción literal de las notas de audio que fueron producto de los encuentros con los participantes y que no se produjera pérdida de datos e información (Ver en Anexo 1. Consentimiento Informado).

En la tercera fase, se procedió a realizar el análisis, contando así con una revisión general de todas las entrevistas transcritas, dando como resultado un primer acercamiento a la información y el reconocimiento de algunos tópicos susceptibles de ser incluidos en el análisis a profundidad por categorías, de esto emergió una nueva categoría de análisis denominada Relaciones de Poder. Luego se clasificó la información de cada una de las entrevistas en una matriz por categorías de análisis y así facilitar la delimitación de cada una de las categorías contenidas intrínsecamente en los diálogos de los participantes. Se inició la caracterización de las unidades de análisis más representativas en cada categoría para cada sujeto, esto con el fin de afianzar desde esa etapa la presentación de resultados. Adicionalmente, se genera un apartado de análisis a través de las líneas narrativas, construidas desde el discurso del participante, para que finalmente pueda emerger una línea narrativa global que contenga en resumen las dinámicas generales que ofrece la información de los siete participantes.

Como última fase, se realiza la discusión del estudio en la que se logra contrastar la realidad de los participantes versus aquello que se ha traído a colación desde el marco conceptual, otros rastreos conceptuales emergentes desde la misma dinámica de la investigación y posteriormente las conclusiones generales del estudio.

8. PRESENTACION Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

Los siguientes resultados son obtenidos a través de la información recolectada por medio de la entrevista semiestructurada realizada a los siete participantes, la cual permitió dilucidar la posición frente a la categorías de análisis previamente establecidas como son las metas y expectativas; las condiciones de trabajo y sentimientos, en este respectivo orden.

A continuación se presentan los resultados globales de todos los participantes. Primero los resultados obtenidos en el análisis de contenido, seguido por las líneas narrativas.

8.1 Análisis Comparativo de Resultados

8.1.1 Metas y Expectativas

Esta categoría es retomada del modelo de Pines (1993), la cual hace referencia a las ilusiones y motivaciones que se tienen frente a un logro específico. Estas motivaciones se dividen en tres subcategorías: *Motivaciones Universales*, *Motivaciones de Grupo Específico* y *las Motivaciones Personales*, los resultados obtenidos en estas serán presentados a continuación:

8.1.1.1 Motivaciones Universales.

Hacen referencia aquellas motivaciones que universalmente se tienen en cualquier campo laboral o de trabajo y que hacen referencia al deseo de impactar ser exitoso y apreciado (Pines, 1993). En esta categoría se encontró que en la mayoría de los participantes yace como elemento central el estatus socioeconómico, siendo éste un referente importante de evaluación frente al éxito profesional. De esta manera, hacían referencia al reconocimiento que podrían alcanzar a través de la Medicina y al logro de un estilo de vida sin dificultades o apuros económicos, obteniendo la consolidación de un

método de ingreso económico en una modalidad contractual, en la que, sus características y formas benefactoras estuvieran derivadas hacia sí mismos, un buen ingreso monetario que les permitiría llegar a adquirir un posicionamiento en la sociedad amarrado a su prestigio o imagen como profesionales de la Medicina, la cual desencadena una idea de contribución a la sociedad por medio del saber y la praxis. Esto puede ejemplificarse en los siguientes apartados:

Participante N1: “...chévere que la persona se sienta agradecida por el trabajo que uno está haciendo y además que con ese trabajo que uno haga gane dinero...”.

Participante N2: “vos ya tienes un pregrado y más como médico, ya ganas como un prestigio, un estatus, eso es algo. Laboralmente, siempre vas a estar como en un nivel.”

Cuando los participantes hablan de reconocimiento hacen referencia a que su trabajo se perciba como satisfactorio o bueno, aspecto que desencadenaría la gratitud o admiración de las otras personas. Todo este reconocimiento se lograría a través del respaldo institucional y/o social con el cual se acreditan por medio de los establecimientos de educación superior que cuentan con un prestigio de formación académica.

En contraposición, algunos de los participantes (aquellos de universidades privadas) mencionaban la posibilidad de alcanzar el éxito profesional sin necesitar una relación contractual, puesto que según sus características socio-económicas les podrían permitir una independencia de ejercicio ante el sistema de salud nacional, además del “aseguramiento” de su ejercicio profesional debido a ser egresados de aquellas universidades o de acuerdo a las relaciones socio-laborales que hayan podido establecer en sus procesos de rotación o intercambios estudiantiles, investigaciones o participaciones internacionales (Ejemplo: Ver en Anexo 3. Entrevistas transcritas – Participante 7 y Anexo 4. Matriz Categorical de Resultados – Participante 4).

8.1.1.2 Motivaciones de Grupo Específico

Se enfocan en las tareas propias de la profesión, valores y comportamientos apropiados de a la carrera a fin de generar impacto en los demás (Pines, 1993). Ciertamente encuentran relación con las condiciones de trabajo, categoría que se ampliará más adelante, pero que permitió en la categoría actual identificar aspectos como las ideas iniciales y constantes de los participantes en torno a que su carrera académica y profesional, con una visión de que su ejercicio se ve permeado por las demandas y regulaciones del Sistema de Salud colombiano.

De esta forma, para los participantes, la Medicina está encaminada a la relación interpersonal, en donde no sólo emerge la relación médico-paciente sino también la relación entre pares y la relación jefe/supervisor-subalterno o docente-estudiante. Por medio de esta relación interpersonal los médicos tendrían la función vocacional principal de ayudar a las personas en el ejercicio de una práctica clínica o atención primaria o en el aporte a la sociedad por medio de descubrimientos investigativos. Sin embargo, pese a que en el estado actual de su carrera académica, su visión frente a la figura del médico como un superhéroe, dador de vida o salvaguarda de la misma, ha cambiado debido a sus experiencias clínicas, en donde no sólo requieren la asistencia de un equipo instrumental óptimo sino también de una asistencia interdisciplinar e incluso familiar del paciente, los participantes continúan con la idea de un médico admirado y vanagloriado por la sociedad, aspecto que reafirma sus intenciones de prestigio que se mencionaban en la subcategoría anterior (Ejemplo: Ver Anexo 4. Matriz Categorical de Resultados - Participante 2).

Participante N1: *“...pues para nadie es un secreto que la mayoría de la gente considera que un médico es sinónimo de mucha plata, que tiene un sueldo súper wow!... ¿Si? Entonces, esa era como mi visión”*

Participante N2: *“Pues el servicio, el poder coger a la persona moribunda, porque muchos están así, y revivirlos”*

Participante N3: *“O siempre en mi mente estuvo ser médico que colabora, el médico que te ayuda”*

Frente a estas motivaciones se puede decir que las posibilidades de poder alcanzar la meta altruista y vocacional de la profesión se encuentra afectada debido a las condiciones de trabajo actuales a las que se enfrenta la profesión médica esto debido a las limitaciones que el sistema les impone en el ejercicio, llevando consigo contradicciones entre lo aprendido en la academia y lo puesto en práctica mediante las disposiciones y reglamentos. Sin embargo, esto será vislumbrado a mayor profundidad en la siguiente categoría de Condiciones de Trabajo.

8.1.1.3 Motivaciones Personales

Son aquellas basadas en la imagen romántica de la labor considerándole un trabajo modelo que le dará lugar a ser una persona importante (Pines, 1993). En esta subcategoría, los participantes referenciaron aspectos que, en los momentos previos o a inicios de la carrera universitaria, percibían al médico como una especie de superhéroe, de salvador y reparador de la vida o la salud, como una persona que pone su vida al servicio de la sociedad y gracias a ello su espacio personal, familiar y social se ve modificado, alterado o suprimido. El médico también sería esa persona a la que se le demanda sacrificio, esfuerzo, dedicación y preparación académica constante a cambio de un prestigio y estatus socioeconómico. Empero, también manifiestan que el médico ya no tiene la valía y el reconocimiento de antaño, puesto que antes se le veía como un ser que poseía el conocimiento y su palabra era sumamente importante en cualquier esfera, mientras que en la actualidad, ese estatus social se ve alterado a tal punto que sus retribuciones, tanto en aspectos formales como el empleo y/o lo simbólico como el agradecimiento personal o social, son difusas.

Participante N3: *“eso es lo que yo aprendí aquí, yo tenía como que pensado eso antes de entrar, como que los médicos somos intocables”*

Participante N5: *“son personas muy inteligentes, muy exitosas, todo el mundo como que los reconoce por los proyectos en los que ha participado”*

“el medico es el que está todo el día en la clínica que si pasa cualquier cosa sale corriendo y le salva la vida”

Algunos participantes refirieron que su elección de carrera nació desde la visión que tenían de la Medicina frente a unos modelos familiares (Padres, tíos) que les mostraba algunos matices del ejercicio profesional. Mencionan que a través del recorrido académico-práctico de su carrera universitaria, algunos de esos pensamientos iniciales se han modificado o incluso eliminado, como es el caso del referente al médico como superhéroe o el referente al médico como una persona que por su labor va generarse una vida adinerada con un estatus socioeconómico que le permitirá la adquisición de lujos y/o excentricidades.

Actualmente, gran parte de los participantes reconocen que la función del médico es transcendental en la sociedad referente al servicio ya que poseen un saber, sin embargo se encuentran detrimentos en la imagen del médico como un ser todopoderoso y omnisapiente que los hace conscientes de la necesidad del apoyo interdisciplinar y familiar frente al paciente. Finalmente, las situaciones de sacrificio, dedicación y obligación se han ido significando como una característica intrínseca de la profesión, por lo cual, su expectativa frente a las demandas que hace la Medicina se referencian como gradualmente cumplidas y adaptadas a merced del avance semestral y la adquisición de conocimiento (Ejemplo: Ver Anexo 3. Entrevistas transcritas- Participante 3 y Anexo 4. Matriz Categorical de Resultados – Participante 2).

8.1.2 Condiciones de Trabajo

Esta categoría es entendida como el conjunto de las circunstancias y características ecológicas, materiales, técnicas, económicas, sociales, políticas, jurídicas y organizacionales en el marco de los cuales se desarrollan la actividad y las relaciones de trabajo (Blanch, Sahagun, y Servantes, 2010, p. 176), para esta investigación las subcategorías que engloban esta categoría son: *Precarización, Carga de trabajo,*

Incertidumbre y Ambiente Físico, los resultados obtenidos en estas serán presentados a continuación.

8.1.2.1 Precarización

Según de la Garza (2001), hace referencia a las leyes laborales menos rígidas que debilitan la seguridad social, promoviendo la desigualdad laboral y no laboral, estableciendo subcontrataciones y una sociedad de mucho e intenso trabajo para los que tienen empleo y desocupación no deseada a los que no lo tienen. En esta subcategoría se encontraron referencias de los participantes hacia un modelo de sistema de salud que va en detrimento del bienestar del paciente, de la relación médico-paciente y del médico en sí mismo desde su vinculación contractual que vulnera las garantías y seguridad social.

Así mismo, mencionan las afecciones en la escala salarial que les obliga a hacer exceso de horas de trabajo o turnos, para generarse un estilo de vida deseado; la modalidad contractual por medio de la tercerización o la prestación de servicios, en donde son los médicos contratados quienes deben garantizarse todas sus prestaciones sociales.

Participante N4: *“unas condiciones no muy buenas porque yo he oído de casos de médicos que se reparten en tres sitios, entre clínicas, las jornadas son muy largas, entonces para una persona que trabaje en ese ritmo no creo que sea indicado”*

Participante N7: *“Yo creo que debe de plantearse un sistema en el cual el médico sea recompensado por lo que haga, por su trabajo y todo eso, o sea, tienen que generar de verdad un sistema donde tenga una resolución válida y pues como se sabe, hace más de, no sé, diez años, mentira veinte años no se ha vivido un verdadero aumento de las tarifas de los médicos, o sea, siempre se le sigue pagando lo mismo”*

Las pocas posibilidades de vincularse al campo investigativo por la falta o ausencia de recursos; las dificultades para realizar estudios postgrado puesto que permean el crecimiento profesional y académico, desde un marco normativo de la carrera, quienes

estén realizándolos no pueden estar vinculados contractualmente en ninguna entidad, deben tener total disponibilidad horaria y las practicas residentes no son remuneradas, como sí ocurre en otros países.

Participante N6: *“aquí casi no se hace investigación, casi no hay recursos, a la gente no le importa, la gente se entrena menos; hay muchas barreras sociales, económica, políticas administrativas, técnicas, lo que uno se pueda imaginar para hacer investigación, de por sí siempre las hay en todo el mundo pero en Colombia uno se encuentra o por lo menos en mi ambiente uno se encuentra tantas barreras que da mucha tristeza”*

“ha sido muy muy influyente en las decisiones futuras de las cuales quiero tomar después de que me gradúe por ejemplo y no quiero hacer especialidad en Colombia”

Finalmente, el Sistema de Salud coartando la posibilidad de ejercer con libertad, muestra la falencia o ausencia de muchas de las herramientas de trabajo para la prestación de un servicio óptimo en casi todas las instituciones o entidades de carácter público a diferencia de las privadas, quienes por su administración y economía, tanto de ella como del paciente, pueden avalarse aspectos como medicamentos, remisiones, procedimientos y técnicas. Sin embargo, también hacen referencia a las prohibiciones que el sistema de salud impone y de las cuales no se enteran con veracidad sino hasta los últimos periodos de su etapa práctica de la rotación en el pregrado, llevando consigo una contradicción entre lo aprendido en la universidad y la vocación del médico frente a lo que legalmente es el quehacer profesional en la actualidad, por lo cual no sólo se ven afectados en sus ideales sino que deben afrontar los reclamos de muchos pacientes que adjudican las negaciones del sistema a la figura del médico (Ejemplo: Ver Anexo 5. Resultados Individuales - Participante 6).

8.1.2.2 Carga Laboral

De acuerdo con Blanch (2011) tiene relación con la exigencia del rol como trabajador, la cantidad o volumen de tareas y el tiempo disponible para realizarlas además de las demandas cuantitativas o cualitativas emocionales y cognitivas.

Esta subcategoría se vio abocada desde algunos participantes sobre los extensos y excesivos horarios de trabajo asignado por turnos de hasta 12 o 24 horas continuas. Manifestaron situaciones en las que los profesionales titulados deben triplicar sus turnos para poder lograr un ingreso monetario más alto que un salario básico, el cual para sí mismos, no es meritorio y acorde a todo el quehacer de su profesión. Afirman que bajo esta presión de la práctica clínica, en la que deben estar enteramente atentos y cumplidos en sus horarios programados, llegan a tener situaciones cotidianas como la extensión de la jornada en una entidad por el cúmulo de pacientes, de manera que termina afectándolos las demás actividades en otras instituciones (Universidad u otra entidad clínica u hospitalaria) o aquellas que deben realizar en sus casas para el cumplimiento de sus deberes académicos. Esto, en sus palabras resulta agotador y llega a afectar su salud, puesto que terminan sacrificando actividades como el almuerzo o la cena y también trastornan los horarios de sueño, dando como resultado las posibilidades de una atención al paciente errática e inoportuna (Ejemplo: Ver Anexo 4. Matriz Categorical de Resultados - Participante 5).

Participante N6: *“...ponen más pacientes se quitan las horas de los almuerzos, las horas de trabajo son muy largas, los fines de semana completos hay turnos, ehh las conductas de los pacientes a veces no son las mejores porque lo dejan a uno solo y uno no sabe qué hacer con los pacientes, uno tiene que inventarse cosas o asumir conductas riesgosas o dejar conductas tomadas por uno en un momento pequeño en el que el docente baja y esas conductas no están basadas en conocimiento...”*

Participante N7: *“Si, en el hospital. Entonces uno, está muy expuesto a la realidad. Hace turnos de doce horas, hace turnos de veinticuatro horas. Ehh me di cuenta*

que era más el agotamiento físico que el mental. En cambio acá a uno lo exprimen mentalmente. Entonces uno está ya todos los días cansado, aburrido... no quiero leer un párrafo más. En cambio allá, si estás cansado, te da es por el corre, corre del primer al quinto piso”.

Sumado todo esto a la actividad que la academia les exige, muchos de ellos afirman que deben sacrificar la presentación de trabajos, talleres, exámenes y demás actividades de las aulas de clases, puesto que literalmente viven su día a día “a la carrera” (con prontitud o ligereza). También hacen referencia al tiempo limitado que les asignan para cada consulta médica desde la normatividad de las Empresas Promotoras de Salud, empero, las experiencias en sus prácticas rotativas les procura alguna flexibilidad referente a los tiempos y a algunas autorizaciones de procedimientos o recetas para los pacientes.

Participantes N5: *“...acá en la universidad lo que es horrible es la carga académica...que tengan que ver infinidad de materias, las otras se dedican a solo medicina y no se dedican a nada más, nosotros acá tenemos que ver de todo...”*

“...yo por lo menos duermo cuatro o cinco horas, no duermo más y los tiempos para comer, yo como de una porque es una rapidez, nunca alcanzo ir a mi casa, ni alcanzo a que me hagan almuerzo para llevar porque yo me levanto muy temprano y siempre ando a la carrera...”

Participante N4: *“Por el lado de las EPS pienso que un doctor no debería atender cada paciente cada diez minutos porque no se le da el tiempo suficiente y ni al médico para hacer un buen diagnóstico al paciente ni al paciente para que explique bien lo que le pasa, ni para que se haga una buena relación médico paciente”*

Manifiestan asignación de responsabilidades que no son propias de un estudiante en periodo de rotación, como lo son el enfrentarse a pacientes sin la supervisión profesional de un docente o un superior de la entidad, adjudicación de pacientes que son responsabilidad de sus docentes o afrontamiento de la ausencia de algunas herramientas de trabajo, las cuales deben conseguir por cuenta propia (con su propio dinero o recolectando entre varios

compañeros de trabajo). (Ejemplo: Ver Anexo 3. Entrevistas transcritas- Participante 3 y Anexo 5. Resultados Individuales - Participante 6)

Por otra parte, no sólo mencionan aquello que desde ya vivencian en su práctica clínica sino que son conscientes de que muchas de esos aspectos son el cotidiano de un profesional y que esto es lo que les espera tras la obtención de su título de pregrado.

Participante N5: *“si uno está contento con las condiciones, con lo que le están pagando con todas esas condiciones que tú me estás diciendo uno no va a ser feliz en el trabajo y cuando uno no es feliz en el trabajo, uno no atiende a los pacientes bien”*

Finalmente, abocan a la idea de que esa es la manera en que se ha venido dando el quehacer del médico y que solo resta estar dispuesto a la adaptación sobre todas las condiciones, sin posibilidades a reclamos o reestructuraciones. De esa manera, terminan por aceptar, adaptarse y/o sobrellevar toda su carrera profesional.

8.1.2.3 Incertidumbre

Beck (1998) afirma que son el resultado de los esfuerzos científicos y políticos por controlar o minimizar los riesgos, en otras palabras, es una percepción de un posible peligro o riesgo. En esta subcategoría, que se relaciona directamente con la Precarización desde la disyuntiva contractual que plantea el Sistema de Salud en Colombia, en el que no sólo se vulneran las garantías de términos contractuales sino también la posibilidad salarial equivalente a las demandas que se les exige, pasando incluso por la ausencia o falencia de herramientas óptimas para la realización de un ejercicio profesional satisfactorio, les plantea el riesgo inminente de no lograr alcanzar un lugar de trabajo que en lo posible les permita consolidar una estabilidad para programarse en términos de proyectos de vida a mediano o largo plazo y adicionalmente las condiciones en general les exige especializarse para obtener un estilo de vida sin afanes, sacrificios o contrariedades.

De esta manera, se vincula además la normativa del sistema que prohíbe la vinculación laboral paralela a un proceso de especialización profesional, motivo por el cual, aquellos participantes que poseen o presentan la necesidad de cubrimiento principal de sus necesidades básicas, verían imposibilitada la intención de realizar algún estudio de esta índole. O en su defecto, para aquellos para quienes puede llegar a ser posible, retornar a su estado de hijos dependientes económicamente de sus padres.

Participante N1: *“a la mayoría de médicos no los contratan con contrato laboral sino que la mayoría, digamos, que se asocian con otros y forman gremios de médicos, pero como tal, un contrato laboral, con contrato de permanencia, que te paguen las prestaciones, que te paguen, que te paguen prima, que te paguen todo eso es muy escaso que eso ocurra”*

“Entonces pues la salida que yo le veo a eso es seguir estudiando mucho más. Aquí en Colombia pues son muy difíciles las especializaciones, entonces, ahorrar lo que más se pueda, ir a hacer una especialización y seguir estudiando”

Participante N5: *“uno ya sabe que si uno no se especializa uno no tiene futuro, primero gana muy poquito, segundo le toca muy duro en la vida porque hace dos turnos para poderse ganar cinco o seis millones de pesos”*

Las pocas posibilidades de realizar un estudio postgrado debido a todas las condiciones que el mismo requiere, los interesa en salir del país para su ejercicio profesional y crecimiento académico, además de la búsqueda de garantías para sus intereses investigativos en virtud de una mejor calidad de vida personal y en el trabajo, puesto que alguno de ellos menciona que el seguir en el país para proseguir con sus estudios es similar a un estado de constante sacrificio y esclavitud.

Participante N2: *“el ideal es ingresar a una residencia a empezar a hacer una rejilla. Ehh... por ayuda del Estado pues no sé, creo que la voy a ir a hacer fuera del país, que es en Chile”*

Participante N7: *“...en cambio medicina si vos no estudias más no vas a progresar, no vas a alcanzar a tener una posibilidad, entonces yo creo que es como injusto...”*

“No, pues entraría a la residencia que es otra esclavitud y luego pasar a la especialidad que es otra esclavitud y ya, o sea, mientras tanto unos ocho años más, seguiré ahondando en la carrera”

Algunos de ellos manifiestan que aunque sus ideas giran en torno a realizar un estudio postgrado, su situación familiar y económica puede llegar a afectarles para la consecución de ese objetivo, lo cual les pondría en escena la posibilidad, que para su percepción es desfavorable, de optar por ejercer con el título de Médico General de tal manera que no les permitiría alcanzar sus metas profesionales y socioeconómicas.

En cuanto a la proyección ocupacional, afirman que debido a las condiciones actuales de la Medicina, han reconfigurado sus intereses de forma que ya no es suficiente con el solo título del pregrado y por ello deben velar por especializarse incluso en temas que no habían considerado anteriormente, desplazando la posibilidad de centrarse en algún tema que inicialmente tenían como principal interés. Finalmente, algunos de ellos mencionan la necesidad de un cambio y/o reestructuración del sistema de salud, en donde el personal de la salud se empodere de la parte gerencial y administrativa, puesto que según ellos, un personal ajeno a la salud no es el adecuado para este tipo de funciones puesto que terminan por deteriorar la calidad de la prestación del servicio a los pacientes y va en detrimento de las garantías de trabajo que deberían tener el personal de la salud por su labor (Ejemplo: Ver Anexo 5. Resultados Individuales - Participante 6).

Participante N2: *“Especializarme en la parte que es de Administración en Salud y Veeduría Médica como para tener al final que ya no esforzarme tanto como médico”*

Participante N4: *“No pues mi aspiración es salir y gestionar consultorio atender y de una vez manejaría sus tiempos yo aspiro a tener eso entonces no afectaría en nada en lo que yo veo a en mi futuro”*

8.1.2.4 Ambiente Físico

Según Blanch (2011) se refiere a las condiciones de temperatura, humedad, climatización, ventilación, calidad del aire, iluminación, ruido, limpieza, higiene, instalaciones y equipos, mobiliario, instrumentos, ergonomía, privacidad, hacinamiento, confortabilidad, señalizaciones, salidas de emergencia, etc. En esta categoría se encontraron referencias a dificultades para los estudiantes y profesionales de la salud en cuanto a falencias en las dotaciones de instrumentos y/o herramientas necesarias para una atención oportuna al paciente debido a la situación económica de ciertas entidades y a sus indebidos manejos y disposiciones.

Participante N6: *“es el hecho de que estemos en un hospital público que tiene pocos recursos que tiene poco personal que tiene muchos pacientes con necesidades pues entonces pasa que para compensar un poco ese déficit asistencial que hay los estudiantes que están en la sala tiene que hacer más trabajo”*

Participante N3: *“Ese es el gran problema que tenemos a veces acá en el hospital que no tenemos las cosas necesarias y eso es frustrante no tenerlas cuando necesitas”*

También algunas diferencias debido al tipo de institución a la que se pertenezcan, en dónde las de tipo Privada poseen todo o gran parte de las herramientas para un correcto ejercicio profesional, adicionando el acompañamiento docente y la adjudicación de responsabilidades controladas para los estudiantes.

Participante N7: *“Valle del Lili es pues un estudiante que está al lado de los procesos, al lado de las cosas, o sea, la clínica funciona por sí misma y hace todo y si no hay estudiantes pues no pasa nada... ...En el hospital estás día a día en contacto con la realidad, con el mal olor, con las cosas desagradables, con el sangrado, con todo, o sea una realidad completamente diferente, o sea, pasé de*

estar en un mundo controlado, todo así fríamente calculado, donde yo era un mero observador a donde si no hago esto nadie más lo va hacer”.

“Allá sino, allá uno está a la deriva, allá no hay nada (Se refiere al Hospital Universitario)”

Finalmente, todas estas dificultades y diferencias los pondría en una situación de afrontamiento ante los reclamos de los pacientes, quienes adjudican gran parte de la responsabilidad a la figura directa de atención, el Médico.

8.1.3 Sentimientos

Según la Real Academia Española (2001), se refiere al estado afectivo del ánimo causado por hechos que lo impresionan vivamente, como por ejemplo: un suceso triste o doloroso y una expresión mental de las emociones. Sin embargo, para esta investigación se toman como referencia las definiciones de Pines (1993), quien propone dos tipos de sentimiento que se toman como las subcategorías que engloban esta categoría: los *Sentimientos de Éxito* y *Sentimientos de Fracaso*.

Cabe mencionar que los resultados para esta categoría fueron escasos y que algunos de los participantes se mostraron renuentes, desde la desviación de su discurso, a aludir a sus sentimientos. Sin embargo, bajo la dinámica de la entrevista, el conductor de la misma intentaba retornar a dichas alusiones, incluso intentando observar el lenguaje no verbal que también se mostró acorde a las pocas verbalizaciones, logrando que en esta categoría los participantes manifestaran con dificultad sus sentimientos.

8.1.3.1 Sentimientos de Éxito

Según Pines (1993) es un consecuente de las metas alcanzadas por contar con características positivas en el trabajo para que el individuo esté altamente motivado y se sienta apoyado. En esta subcategoría, los participantes hicieron referencia a sentimientos

de éxito en términos de haber alcanzado, hasta el punto en el que se encuentra su carrera, cada uno de las metas propuestas en torno a sus objetivos académicos y la adquisición de conocimientos médicos pertinentes para su ejercicio y el fortalecimiento de sus aptitudes para la relación médico-paciente. En otras palabras, algunos de ellos hicieron referencia que el transcurrir por cada uno de los semestres y el avance hacia el siguiente, les proveía de una sensación de satisfacción y que les brindaba la percepción de ser capaces de afrontar profesionalmente su quehacer médico.

Participante N1: *“a mí me genera mucha alegría y a uno le da como que la motivación de seguir adelante. Entonces uno dice: -Claro, lo que estoy haciendo lo estoy haciendo bien y yo sé que cuando yo salga o cuando yo sea médica yo puedo lograr mejores cosas, yo voy a estar en la capacidad de ayudar a una persona”*

Participante N5: *“Yo creo que sí puedo llegar al estilo de vida que yo quiero, pero solamente si me sub-especializo, porque esa es la única manera de uno tener una buena calidad de vida”*

Adicionalmente, quienes están adscritos a actividades investigativas sienten que por medio de ello se abren paso a nuevas posibilidades positivas, puesto que esto les genera una experiencia extra para su hoja de vida. Algunos de ellos, gracias sus vinculaciones con la investigación, manifiestan haber alcanzado ponencias y participaciones en eventos nacionales e internacionales, lo cual, se adjunta a su interés de internacionalizarse para cumplir con su propósito de radicarse por fuera de Colombia, buscando mejores oportunidades laborales y de crecimiento profesional.

Participante N6: *“si se han logrado por lo menos yo me he sentido satisfecho en lograr muchas cosas que van a apuntarme a mi desempeño formativo entre ellas esta lo investigativo precisamente haga estas actividades investigativas para poder tener digamos con antelación poder tener antes de graduarme experiencia investigativa publicación científica capacidad en liderazgo de proyecto de investigación”*

Participante N7: *“ahh no, plata jejejejeje, no mentiras, o sea muchas de esas cosas son como la calidad de vida que quiero... como que ese tipo de cosas ya más materiales, físicas y tangibles que quisiera en algún momento, pues tengo mi familia y para conseguirlas he cometido varios logros académicos que me han nacido... y algo que tengo que es como siempre ir un poquito más allá de los demás”*

En resumen, para los participantes puede llegar a entremezclarse que sus sentimientos aunque fluctuantes entre el desazón y la satisfacción, se inclinan más hacia los aspectos positivos de su aprendizaje y de su praxis futura en torno a sus expectativas que van desde sus intenciones altruistas hasta sus metas más ensimismadas como el estilo de vida anhelado y las visiones de un futuro monetariamente estable y/u opulento.

8.1.3.2 Sentimientos de Fracaso

Según Pines (1993) la sensación de fracaso es un consecuente de las metas no alcanzadas por haber dado con un sitio de trabajo con características negativas en los que las personas no cuentan con la autoridad ni los recursos para realizar los fines esperados. En esta subcategoría, los participantes mayoritariamente hacían referencia a la frustración que provoca en ellos las condiciones que la Medicina atraviesa en la actualidad, lo cual no les permite un idóneo ejercicio de su profesión y va en contra de sus aptitudes vocacionales de atención y servicio al paciente.

Participante N4: *“Como deprimente porque uno allí no puede hacer nada porque esas son políticas y uno se tiene que amoldar a las cosas”*

Refieren sentimientos de tristeza puesto que las mismas condiciones se tornan dificultosas para la consecución de su éxito profesional y socioeconómico. En otras palabras, manifiestan que les genera desilusión, impotencia, inconformidad y frustración la forma en como el sistema de salud realiza sus disposiciones clínicas y formales en términos

de la contratación y presentación de garantías, lo cual les limita de diversas maneras, además de las situaciones de desabastecimiento en herramientas en algunas instituciones clínicas u hospitalarias.

Participante N2: *“Pues es que eso da impotencia, pero pues sabiendo a lo que nos toca, o sea cuando uno está en una consulta externa como estudiante, uno manda de todo, cuando uno ya estás ahorita como interno, entonces ya te sientan y te dicen, no es que usted ahorita ya es doctor y tiene que regirse a lo que dice aquí la ley”*

Les genera un sentimiento de inseguridad el futuro que deviene de las actuales condiciones de trabajo. Por otro lado, alguno de ellos teme por la imposibilidad de realizar un estudio postgrado que le permita alcanzar sus logros en torno a su calidad de vida.

Participante N3: *“no es que sea frustrante si no preocupante porque uno no sabe a qué atenerse en un futuro, es que uno no sabe qué va a hacer en un futuro, lo que le dice a uno los profesores para los especialista si pero para los médicos general no hay mucho futuro”*

Participante N5: *“Yo creo que ya me afecto porque en cierta parte uno ya le teme a quedarse como general, es que uno ya nunca piensa voy a estudiar medicina para quedarse como general”*

De esta manera, la mayoría de los participantes mencionaban o aludían a situaciones de incertidumbre y frustración frente a lo que depara el Sistema de Salud colombiano y sus nuevas o cambiantes disposiciones. Sin embargo, existe una justificación para las condiciones de trabajo que todos han planteado, bajo la creencia que si ingresaron a Medicina, eso era lo que debían esperar y asumir.

8.1.4 Relaciones de Poder (Categoría emergente)

En consonancia con Schvarstein (1991), las relaciones de poder son uno de los componentes constituyentes de la estructura social de las organizaciones, por lo cual su efecto permea directamente sobre lo constitutivo del mundo interno de los sujetos a quien cobija. De esa forma, se habla de “un vínculo, una estructura interaccional compleja que se articula en el mundo interno de los sujetos, condicionando los modos en que asume los roles”, y como todo vínculo termina por orientarse hacia la satisfacción de las necesidades grupales o particulares (p.70).

Esta categoría como se indica emergió durante el desarrollo de las entrevistas y su sistematización/filtro de resultados desde las afecciones como factor influyente en el ejercicio profesional de las prácticas clínicas de los estudiantes. De esa manera, se encontraron las alusiones a la relación entre pares, la relación con los pacientes, la relación con superiores y la relación con la familia.

Dentro del discurso de los participantes emergieron situaciones en torno a la relación entre pares que mostraban proporciones mayores hacia el apoyo y la comunicación entre sí (Ejemplo: Ver Anexo 6. Líneas Narrativas – Participante 2).

La relación médico-paciente tuvo matices positivos en cuanto al aprendizaje de los estudiantes hacia la dinámica idónea de interacción, sin embargo, hubo menciones sobre las alteraciones, disgustos y/o reclamaciones que los pacientes les hacen por las formas de atención, negación y retrasos de procedimientos o medicamentos (Ejemplo: Ver Anexo 6. Líneas Narrativas – Participante 3).

La relación con superiores fue la más aludida, contando con aspectos como el desacuerdo en la forma de atención de los docentes u otros médicos hacia los pacientes, en donde algunos de los participantes manifiestan que es inadecuada y que ese no es el objetivo de un médico, motivo por el cual, ellos tampoco les agradecería ser atendidos por alguno de éstos profesionales. Se presentan situaciones de irrespeto a través expresiones verbales y gestuales que denotan discriminación por estatus socioeconómico o académico,

aspecto que según uno de los participantes vivenció de manera directa y le refería sentimientos de vulneración por parte de un docente (Ejemplo: Ver Anexo 3. Entrevistas Transcritas- Participante 3). La mayoría de los participantes, a pesar de no sentirse afectados de manera directa puesto que afirman que son mayores las actitudes positivas de los docentes para con sus estudiantes, en donde encuentra actitudes de acompañamiento y apoyo, manifiestan que este tipo de actitudes negativas por parte de los docentes es común, en donde ponen en entredicho al estudiante y buscan que éste haga el ridículo ante sus pares o pacientes. Otro participante, manifiesta que existen diversas formas de enseñanza, entre las cuales se puede encontrar docentes de un carácter agradable o de un temperamento fuerte, con conocimiento apropiados o no para dar una cátedra, sin embargo, afirma que el temperamento fuerte de estos docentes le pueden llegar a causar frustración al estudiante debido a que algunos perciben o sienten que el objetivo del docente aparte de enseñar pareciese que fuese el de buscar la falla en los estudiantes. Finalmente, aluden también a situaciones de *bullying* o *mobbing* a las cuales terminan habituándose debido a que son cotidianas en su práctica académica o en el quehacer profesional y que es algo que todos al ingresar al pregrado saben que ocurrirá.

8.2 Análisis de Resultados con Líneas Narrativas

Aunque los discursos de los participantes fueron variados desde su experiencia personal y particular en la carrera académica, se encontraron algunos puntos de convergencia dentro de esa transformación de sus ideales, metas, expectativas y realidades circundantes frente a las condiciones de trabajo imperantes desde el Sistema de Salud colombiano. Las líneas narrativas (Ver en Anexo 6. Líneas Narrativas) permiten realizar un paneo del discurso cronológico de cada uno de los participantes, en donde se encuentran elementos comunes que constituyen o representan un pensamiento colectivo desde las vivencias particulares o la significación que cada uno le otorga a su paso por la carrera de Medicina, además de la referencia hacia los modelos médicos, percepciones de sus pares y la praxis.

Las líneas narrativas permiten vislumbrar las transformaciones transcendentales en torno a las proyecciones profesionales u ocupacionales de los participantes, motivo por el cual facilitan la resolución a la pregunta de investigación sobre la configuración del *burnout* a través del ajuste entre las condiciones de trabajo y las metas y expectativas. De esta manera, el mundo del trabajo como centralidad puede poner en juego una bifurcación de condiciones tanto favorables como desfavorables, con características positivas o sin ellas, o incluso con presencia de características negativas. La cuestión en ello es que dependiendo de la oferta del mundo del trabajo, en conjugación a las metas que se ha impuesto el sujeto, llega a desembocar en el *burnout* o en el afrontamiento satisfactorio de los estresores, lo cual proveería el sentimiento de éxito (Ver Figura 4. Condiciones del Mundo del trabajo).

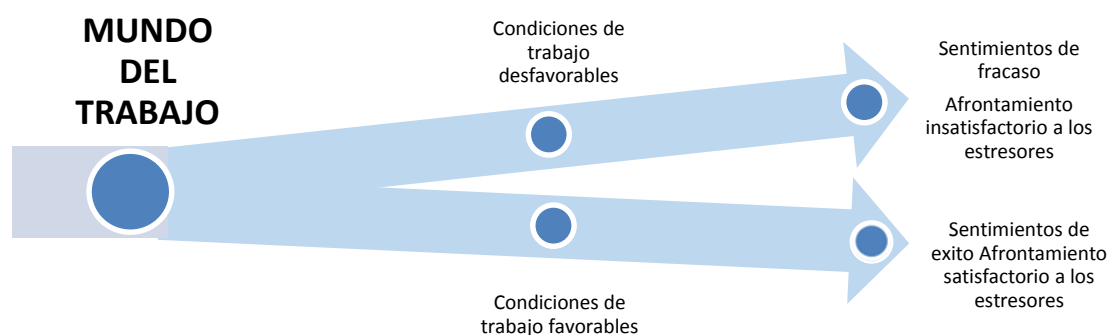


Figura 4. Condiciones del Mundo del trabajo.

Se encontraron manifestaciones iniciales sobre una imagen del ejercicio profesional en donde el médico es el salvaguardia de la salud y la vida, en una suerte de omnipotencia y onnisapiencia, un personaje de la sociedad que cuenta con un prestigio y un status social y económico estable o superior, y que además de ello debe tener una vocación altruista de ayuda y servicio a la sociedad. Estas premisas se fueron transformando en el paso de los semestres académicos y de sus prácticas médicas, en los cuales afrontan no solo las limitaciones de un Sistema de Salud Nacional, sino también un desdibujamiento de la imagen inicial del médico, el cual desde su práctica cambia su posición a un trato

inadecuado con los pacientes, un desinterés por su ejercicio profesional y un abuso del poder desde las relaciones con sus subalternos (Ver Figura 5. Transformación de las metas y expectativas).

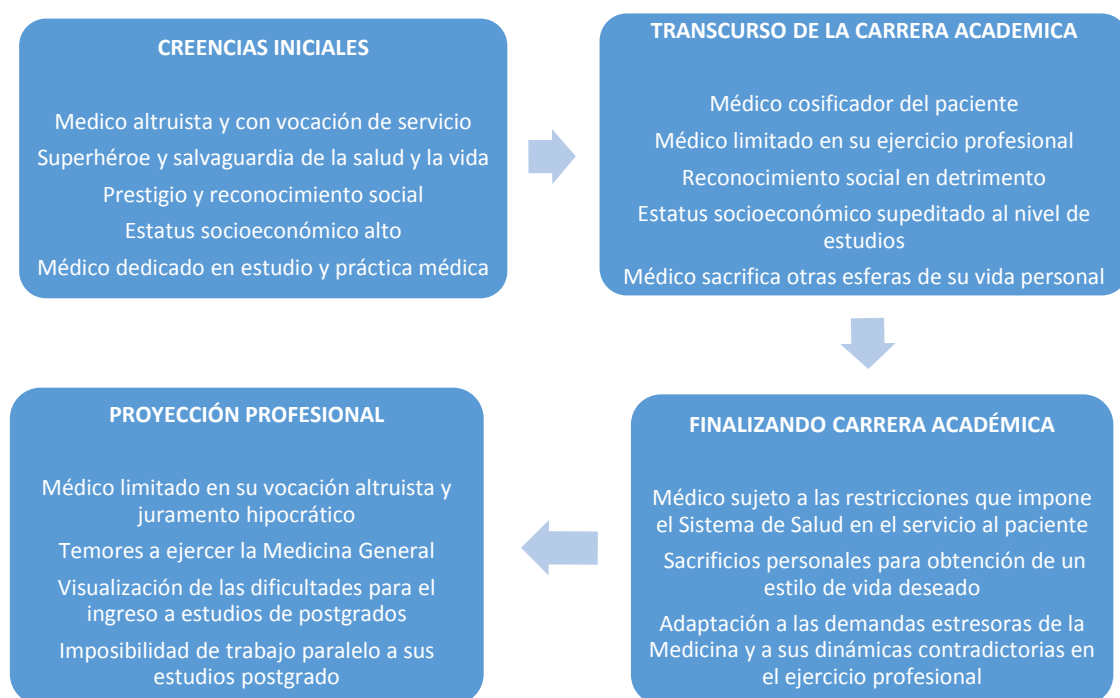


Figura 5. Transformación de las metas y expectativas

Por otra parte, los sentimientos de éxito se encuentran relacionados con los logros académicos y los aciertos en sus prácticas clínicas, además de sus contribuciones en el campo investigativo. Mientras que se entrevén otros sentimientos referentes a la impotencia, incertidumbre y tristeza frente a las imposiciones del Sistema de Salud que hacen alusión a un posible sentimiento de fracaso, pero que en la actualidad no se configura como tal, puesto que su estatus de estudiante les permite ciertas exclusiones o beneficios frente a las limitaciones de la praxis. Aspecto que cambiaría posteriormente a la obtención de su título profesional. La precarización juega un papel fundamental en torno a los sentimientos de incertidumbre hacia el riesgo de ejercer como médico general y las dificultades para la adquisición de una especialidad.

Aunque no todos manifestaron situaciones de desavenencia con la praxis particular de los médicos en Colombia, varios de ellos remitieron situaciones de *bullying*, *mobbing* o acoso social por parte de sus superiores, entendiéndose como otros médicos titulados, especialistas, docentes y demás. Estas particularidades hacen referencia a momentos de su carrera en donde en una experiencia propia o vicaria vivenciaban los abusos de poder de las partes superiores. Estos abusos referidos a adjudicamento de una cantidad excesiva de pacientes, lo cual demanda más tiempo en el turno de trabajo y horarios de salida aplazados, sacrificios de necesidades básicas como el almuerzo o dormir. Y finalmente, la demanda informativa o intelectual por parte del docente hacia el estudiante de manera incisiva y humillante, incluso frente a sus pares o sus pacientes. Todas estas características negativas de las relaciones de poder se contrastan con aquellas en las que contaron con apoyo social de sus pares o de sus superiores. En definitiva, este es uno de los aspectos preponderantes para las reconfiguraciones ocupacionales o de proyección profesional en torno a estudios postgrados (Ver Figura 6. Reconfiguración ocupacional)

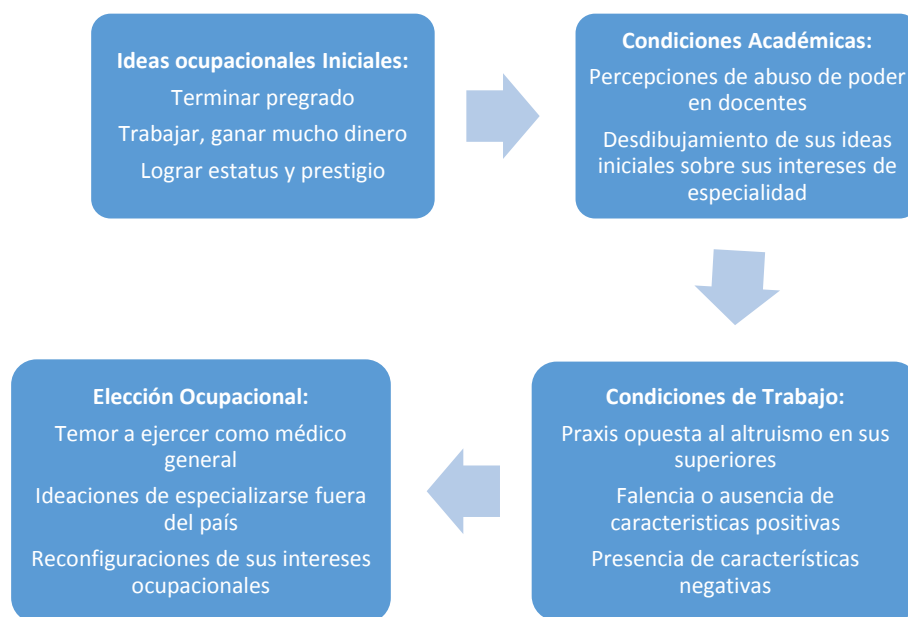


Figura 6. Reconfiguración ocupacional y profesional de postgrado

En conclusión, de acuerdo con el Modelo Existencial de Pines (1993), para que se configure el *burnout*, debe haber un desajuste entre las metas y expectativas y las características del entorno de trabajo. Las situaciones que en efecto pueden ser tomadas como características positivas ausentes o negativas presentes contribuirían a la configuración del síndrome para un padecimiento clínico. Sin embargo, los sujetos se vinculan a su pronta experimentación del mundo del trabajo con una postulación de alternativas que subyacen en algunos casos a escasas probabilidades de realización en conjugación a lo impuesto por el sistema. Así que, aunque no podría mencionarse un padecimiento clínico del *burnout*, se visionan las características y sentimientos que emergen frente a ellas como un camino dirigido hacia él. Aspecto que en un futuro mediano puede cambiar para bien o ir en mayor crecimiento para la experiencia de *burnout*, todo sujeto a las oportunidades que el entorno le brinde y permita a cada uno.

9. DISCUSIÓN

En términos generales frente al interés de investigar la configuración del síndrome de *burnout* a través del ajuste entre las condiciones de trabajo y las metas y expectativas en siete estudiantes de medicina en periodo de rotación y de acuerdo con los resultados encontrados en los análisis, se podría considerar que los participantes no están afectados actualmente por el síndrome, puesto que a pesar que se hallen inmiscuidos en diferentes elementos como las condiciones de trabajo imperantes en su carrera profesional, se vislumbra aún un estado de desconocimiento y en algunos casos desinterés por las dinámicas formales e informales de su ejercicio profesional.

De esta manera, es importante mencionar que aunque no se encuentre un padecimiento clínico del *burnout*, las características tanto positivas como negativas del ejercicio profesional en Colombia configuran un espacio propicio para la aparición del mismo, desde la perspectiva conceptual que se abandera en la presente investigación. Estas características referentes a las metas y expectativas que, fijas a términos del tiempo referente a la carrera académica, se han ido cumpliendo. Sin embargo, algunas han ido perdiendo valor o interés para los participantes debido a sus reconfiguraciones amoldadas a las condiciones tanto académicas como prácticas de su carrera universitaria. Otras han sido reevaluadas y en algunos casos eliminadas por algunos participantes desde sus referentes ideales, como es el caso de la visión de un médico superhéroe u onnisapiente. Lo cual trae consigo los sentimientos de impotencia, frustración, miedo e incertidumbre sin que esto lo signifiquen como un fracaso inminente, siendo de esta manera, una satisfacción adaptativa ante unas condiciones que si bien les vulneran, son afrontadas como propias de la carrera.

Las respuestas de los siete participantes dieron cuenta de un Sistema de Salud Nacional en Colombia que lleva a los miembros de la Medicina hacia cambios en la concepción inicial de la carrera y en su rutina cotidiana, rupturas o modificaciones en sus dinámicas familiares y sociales, afrontamientos de las relaciones de poder en el trabajo y reconfiguraciones en la proyección de la carrera ocupacional. Los discursos de los participantes permiten vislumbrar que a pesar de un código ético y un juramento de servicio

frente a la salud y la vida, en el que convergen las convicciones, la formación, las expectativas y las metas de cada uno, emerge un sistema y una legislación que da mayor relevancia a otros valores ajenos a los propios de la salud y el bienestar en general, llevando consigo el abanderamiento de una centralidad económica y subvalorando la función angular del personal del sector salud.

Como se ha mencionado, el *burnout* no incide solo desde las características particulares o individuales del trabajador sino que se coadyuva por medio de la presencia o ausencia de las características positivas que ofrece el entorno de trabajo, incluso de la presencia de características negativas, las cuales contribuyen aún más al desequilibrio o desajuste entre lo que el individuo espera y lo que el entorno le oferta (Pines, 1993).

Entrando en materia, las expectativas que producen la idea de estudiar Medicina, estar estudiándola o ser médico titulado, se encuentran coligadas al rol social que le otorgan las personas a la profesión desde un nivel cotidiano. De este modo, la imagen romántica que se tiene de un médico como el salvaguardia de la vida o de sanador omnipotente, lleva consigo el estandarte de la responsabilidad por asumir y asumida para quien emprende su estudio. De acuerdo con Berger (2010), los médicos son idealizados culturalmente al visualizarlos como el prototipo de héroe popular de una sociedad, aspecto que de algún modo termina permeando la decisión de elegir la carrera. En las entrevistas realizadas se encontró que esta perspectiva era un factor común entre los participantes al tener un referente de “todo poderoso”, con la facultad de conservar una vida y una intención altruista de ayuda; a través de dicha proyección cada uno de los participantes tiene como objetivo alcanzar un reconocimiento o status dentro de la sociedad. Cabe mencionar, que las expectativas altas y con predominio al no cumplimiento, es uno de los primeros factores que propone Pines (1993) como posible condición para la configuración del síndrome de *burnout*.

El quiebre de las altas expectativas frente a un objetivo específico propuesto, es la primera característica que propicia en el sujeto el síndrome de *burnout*. Sin embargo, Pines (1993) también menciona que éste podría llegar a ser vulnerado, no desde la visión de un

individuo carente de motivación (Shaw, 1994), sino desde la ausencia de unas características positivas que el entorno provee y que desde este estudio son concebidas como las condiciones de trabajo (Ramos et al. 2002; Blanch, 2011). Éstas a las que se enfrenta el individuo, si son desfavorables y terminan desajustando las metas y expectativas versus la realidad profesional, desencadenan los primeros advenimientos de padecimiento del síndrome. En los casos estudiados en la presente investigación se evidencia que la perspectiva inicial de los participantes ante su profesión tuvo variaciones en el transcurso de su carrera académica, esto debido a la incertidumbre o el deseo de evitar en la mayor medida el riesgo de no alcanzar las metas planteadas, es así como buscan darle un nuevo rumbo o proyección a la profesión, dos ejemplos muy frecuente en el desarrollo de la investigación es la realización de especializaciones o emigración del país, lo cual terminan siendo el resultado de algunos esfuerzos o intenciones de controlar y minimizar los riesgos o peligros de fracaso.

Sin embargo, aún no se podría afirmar que sus metas se han truncado o que cuenten con un sentimiento de fracaso o desilusión de la carrera, puesto que desde su discurso no se encontraron rastros que diesen cuenta de ello, probablemente debido a que aún se encuentra en curso la finalización de su pregrado y a su salida parcial al mundo del trabajo, tomando en cuenta todas las condiciones de trabajo que desde su posición de estudiantes en rotación no les afecta actualmente. De esta manera, este distanciamiento frente a la realidad profesional y a las condiciones que en Colombia emergen desde el Sistema de Salud, podría poner en escena la “Teoría de la Equidad” propuesta por Buunk y Schaufeli (1993,1999) citados por Schaufeli (2005), en la que se plantea que desde el intercambio social y la búsqueda de reciprocidad en las relaciones sociales, lo que se gana de una relación debe ser proporcional a las inversiones y ganancias que tiene la otra parte interesada en la relación, así mismo Maslach(2009) atribuye a la falta de apoyo social dentro del ambiente de trabajo y las pocas oportunidades para la realización de la profesión, el desarrollo del agotamiento, siendo éste una causa potencial del síndrome de *burnout*.

Frente a dichas características se encontró que los participantes buscan o presentan ideas alternas con las que pretenden alcanzar los logros que se plantearon inicialmente, aunque en varios de ellos, estas ideas iniciales hayan tomado otro rumbo a merced de las

experiencias no placenteras vivenciadas en el transcurso de sus estudios, como es el caso de aquellos que ideaban una especialidad y ulteriormente se visionan en otra. Hay que mencionar que Schaufeli (2005) afirma que la vulneración de esta reciprocidad o equidad lleva consigo a la búsqueda de otras alternativas en las cuáles el individuo pone todos sus esfuerzos, y si éstas modificaciones no dan resultado, el desequilibrio incrementa y los recursos se reducen, llevando finalmente a las “espirales de pérdida” (Hobfoll y Shirom, 2000; citados por Schaufeli, 2005). Adicionalmente, hay que tener en cuenta que la Medicina hace parte del sector servicios, el cual según Peiró, Prieto y Roe (1996), es peculiar puesto que se trata de un trabajo con objetos intangibles, lo cual le hace preponderante los contactos y relaciones interpersonales directas y unas relaciones de mercado difusas.

En otros casos las condiciones socioeconómicas de los participantes les hacen sentir impermeables ante la situación actual de la Medicina en Colombia y tomando el éxito de la realización de redes sociales y los vínculos institucionales que poseen desde su proveniencia universitaria, las cuales le permitirían una ubicación laboral inmediata o en otros casos el establecimiento de un sitio de trabajo particular (consultorio propio). De cierta manera, estos participantes vivencian particularmente el trabajo, el cual Blanch (2011) afirma que es fundamental en el orden y la integración social y converge como determinante en la salud, la calidad de vida y el bienestar subjetivo. Aunque Salanova, Osea, Peiró, Prieto, y Sancerni (1991), sostienen que es una contribución a la satisfacción de las necesidades económicas, sociales, psicológicas y demás, las cuáles son mencionadas también por los participantes de estratos socioeconómicos más altos o que están cursando sus estudios en universidades del sector privado (éstas en Colombia son de difícil acceso para un ciudadano de estrato socioeconómico bajo y medio), desde la postulación del logro de un status social o un estilo de vida sin presiones económicas.

Peiró y Ripoll (1999) mencionan que los cambios en los sistemas organizacionales del trabajo tienen consecuencias relevantes en los trabajadores al implicarles un aumento en la demanda cognitiva y una mayor responsabilidad frente a las funciones, generando un

cambio o redefinición en la relación organización/trabajador, siendo precisamente este hecho el que se evoca en el discurso de los participantes al traer a colación las extensas jornadas de trabajo versus la precaria retribución que les ofrece el sistema no solo en el factor económico o de prestaciones de seguridad social, sino también las posibilidades de ejercer plenamente su profesión desde la implementación de los recursos necesarios y las modalidades de trabajo que se instauran desde lo normativo (De la Garza, 2001). Todo esto puede converger en algunas características de los nuevos tipos de trabajo que postulan Peiro, Prieto, y Roe (1996), sobre la reducción incrementada del tamaño de los grupos en el trabajo lo cual implica una mayor demanda de responsabilidad y un aislamiento del individuo en el trabajo. Cabe mencionar, que con respecto a la propuesta de Reforma de la Ley 100, la cual rige el Sistema de Salud en Colombia, muchos de los pertenecientes al sector están en contra por sus características primordiales hacia la economía y el detrimento de su proclamación médica por medio del juramento hipocrático (Malagón, 1998; Malagón, 2011; Malagón y Patiño, 2011).

El enfoque en las condiciones de trabajo, particularmente en las modalidades de vinculación laboral de los médicos en Colombia, permite encontrar que ha habido cambios, que mediante las modificaciones legales del Sistema de Salud, terminan precarizando las condiciones de trabajo al eliminar las plantas de personal en las instituciones públicas y constituyendo de este modo formas de empleo en las que el sujeto no se encuentra vinculado absolutamente desde un aval totalizante de sus derechos contractuales, factor que de acuerdo a Blanch y Cantera(2009) provoca inestabilidad y de igual modo inseguridad en los trabajadores generando efectos en la salud y bienestar de los trabajadores. Adicionalmente, la flexibilidad del horario laboral hace que cada vez más sean los trabajadores afectados con un incremento de la jornada laboral y la postulación de su práctica médica desde la rotación o las residencias (en las especializaciones) como una especie de trabajo no remunerado, lo cual hace aún más difusa la distinción entre dominio laboral y la actividad privada. Estas dos últimas terminan por afectarse intrínsecamente de manera mutua, subyugando al tiempo libre y el ocio como algo desdibujado (Peiró, Prieto y Roe, 1996)

Tras una investigación realizada por Blanch y Cantera (2009) en la que se proponían verificar efectos de la vinculación laboral temporal involuntaria se encontró que produce una crisis que afecta directamente las metas y expectativas laborales personales generando una “*economía de incertidumbre y de la inseguridad*”, teniendo incluso características más afines a la experiencia de desempleo que a la del empleo en sí mismo (Beck, 1998 citado por Blanch y Cantera, 2009, pag, 64); por otra parte, desde la propuesta de Pines (1993) frente al *burnout*, el incumplimiento de las metas o expectativas iniciales vulneran al sujeto ante el fenómeno, es así que evidentemente y a la luz de sus aportes, se podría afirmar que, si bien, aún los participante de este estudio no podrían catalogarse como afectados por el síndrome, tienen ciertas características circundantes del entorno que a términos de plazos puede llegar a generar el quiebre o desajuste necesario para el padecimiento clínico, puesto que la “teoría de la equidad” no solo menciona la relación interpersonal sino también la relación a nivel organizacional desde los intercambios dados entre los individuos y las organizaciones. De esta manera, tanto la precarización del trabajo (De la Garza, 2001), como la incertidumbre (Beck, 1998), se encuentran en estrecha relación, puesto que desde los discursos de los participantes se evidencia que los aspectos vulneradores de las políticas y normativas del Sistema de Salud invitan a muchos de ellos a sentimientos de exposición ante el riesgo de fracaso profesional o por lo menos del no cumplimiento de sus metas de realización ocupacional.

Cabe esclarecer que la anterior mención no es la única expectativa que pareciera estar inconclusa dentro de los proyectos de los participantes, ya que también se encontró que el ejercicio pleno de su carrera y la intención inicial de ayudar a las personas se ve obstaculizado ante las limitaciones que el Sistema de Salud pone para la atención de los pacientes. En concordancia, las evidencias ya expuestas hacen posible afirmar que sí se ha elaborado el factor de condiciones adversas de trabajo, puesto que la idea inicial de los participantes en torno a sus metas y expectativas ha sido ese deseo altruista de ayuda y sanación para sus pacientes. Esta situación, de una u otra manera se ve truncada debido a los intereses del Sistema de Salud, que para ellos va direccionado hacia una prioridad economista. La incertidumbre de alcanzar o no las metas propuestas inicialmente ha creado

la necesidad de encontrar nuevas alternativas que les permita soluciones para los obstáculos que el Sistema pone, es el caso de la orientación ocupacional o los estudios en el exterior.

El Apoyo Social se enmarca, según algunos estudios, como mediador entre los estresores laborales y el desgaste profesional, sin embargo, aún no está claro este panorama. Empero, se debe traer a colación las manifestaciones que la gran mayoría de los participantes realizaron con respecto a los abusos de poder de sus superiores tanto académicos como de supervisión de la rotación, a diferencia de sus pares con quienes mayoritariamente la interacción interpersonal era de coordinación o coalición. Estas situaciones de abuso, relacionadas con el status social o el rol de sus superiores que sirve para identificar y definir la propia situación social, configuran el poder que tienen ciertos trabajadores sobre los demás para controlar o influir positiva o negativamente (Shaw, 1994.) En las dinámicas grupales, las coaliciones que a nivel general se entienden como “el empleo conjunto de recursos que condicionan el resultado de una decisión” (Shaw, 1994, p.124), sólo pueden tipificarse en cierta clase de grupos. Sin embargo, a merced de una clasificación adaptada por Gamson (1964) citado por Shaw (1994), pueden haber grupos puramente conflictivos, puramente coordinados y de motivación mixta. También afirma que sólo en los grupos de motivación mixta se dan las coaliciones debido a que ante un conflicto por lo general emerge una coordinación de aunque sea dos partes o personas. Es importante en el presente estudio este tipo de coaliciones dentro del grupo social o de trabajo de los participantes en cuanto que, Maslach, Schaufeli y Leiter (2001) afirman que la falta de apoyo social incrementa las situaciones desfavorables para los empleados y se hace más relevante si proviene de los supervisores que de los mismos pares o compañeros, siendo así, que como menciona Schvarstein (1991), las relaciones de poder son uno de los componentes constituyentes de la estructura social de las organizaciones, afectando de manera directa las características psicosociales de los trabajadores, condicionando los modos en que asume sus roles”(p.70).

Peiró, Prieto y Roe (1996) afirman que la juventud percibe una creciente incertidumbre sobre su futuro debido a las limitaciones de empleo. Como se anota, la incertidumbre se encontró con frecuencia en el discurso de los participantes quienes en mayor medida se orientaban al deseo de especializarse o irse del país a fin de no ser alcanzados por el fracaso en sus expectativas, aun así en términos generales todos los sujetos se sienten exitosos al profesionalizarse como médicos debido a su aprendizaje y el ejercicio de su profesión pese a los inconvenientes que esto pueda presentar. Sin embargo se halló que de algún modo se percibe una sensación de fracaso al no poder llevar a cabo sus funciones como profesionales de la manera deseada, ni poder ayudar las personas como se plantearon en un comienzo, de igual modo una insatisfacción en las condiciones laborales que les podrían estar afectando en un futuro no muy lejano.

Aunque las expectativas e ideales han cambiado, de acuerdo con modelo existencial de Pines (1993), al no hallarse elementos que permitieran afirmar los sentimientos de fracaso a causa de ausencia de características positivas en sus entornos de trabajo o la presencia de las características negativas, se debe reconocer que a tan corto tiempo de desempeño profesional en los sujetos puede darse un intento de equilibrio en la balanza de la reciprocidad y la equidad, dando como resultados que sus intercambios sociales y con el entorno sean aún positivos y no generen en los participantes la vulnerabilidad dada por la disminución de recursos emocionales. Sin embargo, es notorio la presencia de riesgos que podrían llegar a ser una fuente importante de deterioro significativo en su bienestar psicológico y de salud y que son consecuente de una economía cambiante que *“por una parte mejoran determinadas condiciones de trabajo por otra parte acaban introduciendo nuevos riesgos de carácter psicosocial”* (Peiro, 2004, pág. 183), en la que la flexibilización del trabajo les pone en juego otra clase de exigencias que detonan incluso sacrificios de orden personal y familiar. El médico como esa figura profesional dentro de una burbuja de prestigio que, deteriorada a merced de las condiciones de trabajo que vulneran su imagen ante la sociedad, también termina por menoscabar las necesidades básicas de sobrevivencia e interacción social.

10. CONCLUSIONES

De acuerdo con Pines las personas con un alto nivel de expectativas en cuanto a su carrera presentan una mayor vulnerabilidad de adquisición o configuración del *burnout*; así mismo la exposición a determinadas condiciones de trabajo propician la configuración de dicho síndrome, ya que de estas subyace la posibilidad de contar o no con los medios para alcanzar las metas que se proponen al inicio de su profesión y así obtener un sentimiento de éxito o fracaso.

En términos generales, en los resultados obtenidos en consideración de las categorías planteadas, se encontró que referente a las metas y expectativas iniciales en las que concebían al médico como un individuo en el que se invierten características de prestigio, poder y conocimiento, se han visto modificadas a la realidad del quehacer profesional, en donde, si bien es cierto que los médicos juegan un papel preponderante en la salud de la sociedad, se han visto vulnerados en sus garantías de trabajo, sus prestaciones sociales, sus actividades contractuales e incluso en las disposiciones para la atención oportuna a los pacientes. En definitiva, sus expectativas frente a la idealización de su profesión han sido en algún punto modificadas o erradicadas.

Referente a la segunda categoría, condiciones de trabajo, las garantías son cada vez más escasas, sumándose a ello la imposibilidad que para muchos representa el realizar un estudio de postgrado tanto por su situación económica como también por la escasez de apoyo del sistema de salud llevando consigo la reconfiguración de sus intereses ocupacionales y de especialización, otro factor influyente en tanto a las condiciones de trabajo es que también encuentran dificultades como la ausencia de herramientas para el idóneo ejercicio profesional, lo que de algún modo modifica la idea inicial de desempeñarse en su carrera, por otra parte la sobrecarga de trabajo y los horarios extensos que los profesionales deben enfrentar suprimiendo así muchas de sus actividades sociales y familiares, generando rupturas de apoyo e intercambio social.

En cuanto a la categoría emergente o relaciones de poder en ocasiones considerada como abuso y/o acoso por parte de sus superiores en asignación de funciones o en discriminación y humillación coadyuvan en la frustración de las metas y expectativas que los estudiantes se trazan desde la idea inicial de un médico exitoso y con prestigio.

Es así como los sentimientos que si bien se distribuyen entre sensaciones de éxito y fracaso, tienen su punto de apoyo en medio de la incertidumbre de alcanzar las metas originalmente planteadas, por las cuales surgen nuevas expectativas con ideas de realización a través de posibilidades emergentes que podrían dar un rumbo diferente a su profesión como respuesta a la precarización del trabajo.

Otro aspecto destacable, es la situación de Colombia en términos de reestructuración o modificación del Sistema de Salud en cuanto a las propuestas de reforma de ley que se ha venido presentando por parte del gobierno de turno. Este tipo de cambios, que a percepción del personal de la salud puede llegar a ser un tanto agresivo, llega a permear todas las esferas de su ejercicio profesional, desde sus garantías y derechos del trabajo o laborales hasta la atención y servicio al paciente. Además de las nuevas modalidades de trabajo que han emergido de las dinámicas de la globalización y la internacionalización.

Resta mencionar que al ser el objetivo de esta investigación la descripción de la configuración del Síndrome de *burnout*, no podría hablarse de un padecimiento del síndrome en los estudiantes de Medicina que participaron en este estudio. Sin embargo, el estudio permite identificar varias de las condiciones que, según Pines en sus aportes conceptuales, desencadenan el desarrollo del fenómeno. Si bien aún los participantes no tienen un alcance clínico considerable del síndrome debido a la exposición prematura ante las condiciones de trabajo actuales de la Medicina en Colombia y en otros casos por las características socioeconómicas de algunos estudiantes a quienes; según sus ideales de ejercicio profesional, no afectaría el sistema de salud nacional, lo cual les demanda indiferencia ante las condiciones de trabajo; es evidente que se logran hallar factores que propician de algún modo la configuración del síndrome de *burnout*.

Es importante reconocer que este estudio investigativo se encontró con algunas limitaciones importantes que lograron extender el tiempo y desarrollo del mismo, y que se mencionan a continuación por la relevancia para estudios posteriores en torno a tema. Primero, uno de los principales factores fue la difícil consecución de participantes, ya que los estudiantes de esta carrera cuentan con constantes ocupaciones y limitantes en tiempo libre, misma razón por la que era poco probable hallar estudiantes en proceso de rotación que tuvieran la disposición de brindar el espacio para la realización de las entrevistas y que en ocasiones ellos trataran de persuadir al entrevistador sobre el tiempo restante o compromisos ineludibles. Por lo cual se recomienda para próximas investigaciones con esta población, recurrir a los vínculos institucionales para extender las invitaciones de participación en las entrevistas o la herramienta utilizada. Segundo, las entrevistas contaron con algunas dificultades de alcance y profundización puesto que a ser semiestructurada, requería de un tiempo y espacio propicio para ella.

Finalmente, como fortaleza del estudio se podría mencionar el abordaje teórico del *burnout* que se abanderó desde las conceptualizaciones de Ayala Pines, vinculadas a las condiciones de trabajo imperantes en Colombia, con una método cualitativo que se sirvió del análisis de contenido y las líneas narrativas. Sin embargo, es relevante mencionar que podría recomendarse realizar en un próximo estudio una investigación de tipo mixto con la utilización de un cuestionario validado para la medición del *burnout*.

11. REFERENCIAS

- Antunes, R. (2000). La centralidad del trabajo hoy. Papeles de población, julio-septiembre, número 25. Universidad Autónoma del Estado de México. Toluca-México. pp. 83-96
- Arango, S.; Castaño, J.; Henao, C.; Jiménez, D.; López, A. & Páez, M. (2010). Síndrome de *Burnout*, y factores asociados en estudiantes de I a X semestre de la Facultad de Medicina de la Universidad de Manizales (Colombia). Revista Archivos de Medicina. Vol. 10 No. 2. Recuperado de: http://www.umanizales.edu.co/publicaciones/campos/medicina/archivos_medicina/html/publicaciones/edicion_10_2/4_Sindrome_de_Burnout_y_factores_asociados_en_estudiantes_de_Medicina_de_la_UM.pdf
- Beck, U. (1998) La política de la sociedad del riesgo. En: Franklin, J. (Ed.), The Politics of Risk Society, Oxford, Polity Press. Traducción de Lucrecia Orensanz. Vol. 13, No. 3 (39).
- Berger (2010). [Prefacio]. En: Benach, J., y Muntaner, C. with Solar O, Santana V, Quinlan M, (2010) Empleo, trabajo y desigualdades en salud: Una visión global. Barcelona: Icaria. P.p. XX
- Bernal, F. (2011). Panorama de la contratación laboral médica en Colombia. Aspectos laborales. RML Año XVII No. 1. Recuperado de: <http://www.medicolegal.com.co/pdf/esp/2011/1/Bajas%20RML%20Mayo%20-%20Septiembre/Aspectos%20Laborales.pdf>
- Blanch, JM. (2011). Condiciones de Trabajo y Riesgos Psicosociales Bajo la Nueva Gestión. Universidad Autónoma de Barcelona. Decimocuarta edición Septiembre-Octubre.
- Blanch, J. M., y Cantera, L. M. (2009). El malestar en el empleo temporal involuntario. Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones, 25(1), 59-70.

- Blanch, J. M. (Coord.); Espuny, M. J.; Gala, C. y Martín, A. (2003). Teoría de las relaciones laborales: Fundamentos. Capítulo I: Trabajar en la modernidad industrial. P.p. 19-147. Editorial UOC. Barcelona- España
- Bonilla, E. y Rodriguez, P. (Eds. 3) (2005). Recoleccion de datos cualitativos. En Mas alla del dilema de los metodos. La Investigacion en Ciencias Sociales. Santafe de Bogota: Grupo editorial Norma.
- Camacho, A.; Juarez, A. y Arias F. (2010). Síndrome de *Burnout* y Factores Asociados en Médicos Estudiantes. Ciencia & Trabajo, 12(35). Facultad de Psicología, Universidad Autónoma del Estado de Morelos (UAEMor), 2007. Recuperado de: <http://factorespsicosociales.com/segundoforo/simposio/camacho-juarez-arias.pdf>
- Campillo, E. A. J., Arias, V. M. R., y Percy, Í. L. P. Síndrome de *Burnout* y estilos de afrontamiento al estrés del personal médico asistencial en una red urbana de servicios de salud de la ciudad de Montería¹. Revista de Facultad de Psicología Universidad Cooperativa de Colombia, 2009. Volumen 5, Numero 8. P.p. 15-22 Recuperado de : <http://wb.ucc.edu.co/pensandopsicologia/files/2010/08/articulo-02-vol5-n8.pdf>
- Carrillo Vaca, L., y Nieves Conde, P. M. (2010). Síndrome de *Burnout* en médicos generales de consulta externa.
- Colprensa (2013). Errores médicos en el Valle del Cauca. Recuperado de: http://noticias.latam.msn.com/co/colombia/articulo_colprensa.aspx?cp-documentid=256778525
- De Colombia, C. P. (1991). Presidencia de la República. *Santa Fé de Bogotá*.
- De la Garza, E. (2001). Problemas clásicos y actuales de la crisis del trabajo ". *Universidad Autónoma de México- Iztapalapa. Coordinador del Grupo de Trabajo de CLACSO "Trabajo, sujetos y organizaciones laborales"* 11-32. Recuperado de:<http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/neffa/1garza.pdf>
- El País (2006). Estudio: Las quejas contra los médicos. Santiago de Cali. Recuperado de: <http://historico.elpais.com.co/paionline/calionline/notas/Abril242006/cali1.html>
- El país (2013). Cara a cara: bondades y defectos de la reforma al sistema de salud en Colombia. Santiago de Cali Recuperado de:

<http://www.elpais.com.co/elpais/colombia/noticias/bondades-y-defectos-reforma-sistema-salud-colombia>

Elpais.com.co/Colprensa (2013). ¿Qué busca la nueva reforma a la salud en Colombia?, conozca los puntos clave. Santiago de Cali. Recuperado de: <http://www.elpais.com.co/elpais/colombia/noticias/conozca-todo-sobre-reforma-sistema-salud-colombia>

El tiempo (2014). ‘El 80% de la reforma de la salud ya está hecho’: Minsalud. Alejandro Gaviria reconoce que no se requiere una gran reforma, sino cambios graduales. Estilo de vida / Salud. Recuperado de: <http://www.eltiempo.com/estilo-de-vida/salud/el-80-de-la-reforma-de-la-salud-ya-esta-hecho-minsalud/14081979>

Encinas, C. A., Reyes, J. M., Gómez, K. A., y Antola, L. D. S (2007). El Síndrome de *Burnout* en personal médico y de enfermería del hospital de la localidad de San Luis del palmar, corrientes, argentina. Recuperado de: http://med.unne.edu.ar/revista/revista174/2_174.pdf

Observatorio de Recursos Humanos en Salud (2006). RELACIONES LABORALES EN EL SECTOR SALUD: El caso de la ciudad de Cali. Nodo del Sur Occidente. Universidad del Valle. Ministerio de la Protección Social de Colombia. Dirección de Análisis y Política de Recursos Humanos. Organización Panamericana de la Salud. Pp. 6-18. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/Observatorio%20Talento%20Humano%20en%20Salud/RELACIONES%20LABORALES%20EN%20EL%20SECTOR%20SALUD.pdf>

Ferrel, R., Sierra, E., y Rodríguez, M. (2010). Síndrome de desgaste profesional (burnout) en médicos especialistas de un hospital universitario, de la ciudad de santa marta, colombia*. Duazary,, 2012, vol. 7, no 1. Recuperado de: <http://investigacion.unimagdalena.edu.co/revistas/index.php/duazary/article/download/307/274>

Fidalgo. M (s.f). Síndrome de estar quemado por el trabajo o “*Burnout*” (III): consecuencias, evaluación y prevención. Ministerio de trabajo y asuntos sociales. Instituto nacional de seguridad e higiene en el trabajo. Recuperado de:

http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/701a750/ntp_705.pdf

- Gil-Monte, P.; Peiró, J. (1999). Perspectiva teórica y modelos interpretativos para el estudio del síndrome de quemarse por el trabajo. *Anuales de psicología*, 1999, vol. 15, n° 2, p.p. 261-268. Recuperado de: http://www.um.es/analesps/v15/v15_2pdf/12v98_05Llag2.PDF
- Gil-Monte, P. (2001). El síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de *Burnout*): aproximaciones teóricas para su explicación y recomendaciones para la intervención. *Revista psicología científica*. 2001.
- Gil-Monte, P. Carretero, N. Roldan, M. Núñez, E. (2005). Prevalencia del síndrome de quemarse por el trabajo (*Burnout*) en monitores de taller para personas con discapacidad. *Revista de psicología del trabajo y de las organizaciones*. Vol. 21, Nº. 1-2. PP. 107-123. Recuperado de: http://www.uv.es/gilmonte/Pedrogil_archivos/Articulos/2005_RPTO_CESQT.pdf
- Gil-Monte, P. (2005). El síndrome de quemarse en el trabajo (*Burnout*): una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar. Colección Psicología. Ediciones Pirámide. Madrid- España.
- Gil-Monte, P. (2007). Como evaluar y prevenir el síndrome de quemarse por el trabajo. *Gestión practica de riesgos laborales*, Nº34. P.44-47.
- Gil-Monte, P.; Unda, S. y Sandoval, J. (2009). Validez factorial del <<Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse en el Trabajo>> (CESQT) en una muestra de maestros mexicanos. *Salud Mental*. Vol. 32, No. 3. Pp.205-214. Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0185-33252009000300004&script=sci_arttext
- Gil-Monte, P (2011) Estructura factorial del cuestionario para la evaluación del síndrome de quemarse por el trabajo en maestros mexicanos de educación primaria. *Revista Mexicana de Psicología*, enero 2011. Volumen 28, Número 1. P.p75-84. Recuperado de: http://www.uv.es/unipsico/pdf/CESQT/Internos/2011_RMP_Gil_Monte_y_Noyola.pdf

- Gómez, I. (2006) “Salud Laboral: Una Revisión A La Luz de Las Nuevas Condiciones Del Trabajo”. Universidad Del Valle.
- Goncalves, E.; Aizpiri, J.; Barbado, A.; Cañones, A.; Fernández, A.; Rodríguez, J.; De la Serna, I. y Solla, J. (2002). Síndrome de Burn-out en el médico general. *Medicina General*, 43, 278-283. Recuperado de: <http://www.mgyf.org/medicinageneral/abril2002/278-283.pdf>
- Grau, A., Flichtentrei, D., Suñer, R., Prats, M., y Braga, F. (2009). Influencia de factores personales, profesionales y transnacionales en el síndrome de *Burnout* en personal sanitario hispanoamericano y español (2007). *Revista Española de Salud Pública*, 83(2), 215-230. Recuperado de: <http://www.intramed.net/UserFiles/archivos/burnout.pdf>
- Guevara, C., Henao, D., y Herrera, J. A. (2004). Síndrome de desgaste profesional en médicos internos y residentes. Hospital Universitario del Valle, Cali, 2002. *Colombia médica*, 35(4), 173-178. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/cm/v35n4/cm35n4a2.pdf>
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (Eds.). (2010). Metodología de la investigación. México D.F.: McGraw-Hill. Quinta edición.
- Jaramillo, E., Ruiz, V. y Pardo, I. (2009). Síndrome de *Burnout* y estilos de afrontamiento al estrés del personal médico asistencial en una red urbana de servicios de salud de la ciudad de Montería¹. Recuperado de: <http://wb.ucc.edu.co/pensandopsicologia/files/2010/08/articulo-02-vol5-n8.pdf>
- Krause, M. (1995). La investigación cualitativa: Un campo de posibilidades y desafíos. *Revista Temas de Educación*, 7, 19-40.
- Leiter, M. y Maslach, C. (2004). Areas of worklife: a structured approach to organizational predictors of job *Burnout*. Emotional and Physiological Processes and Positive Intervention Strategies. *Research in Occupational Stress and Well Being*, Volume 3, 91–134© 2004 Published by Elsevier Ltd.
- Malagón, G. (2011). LA REFORMA DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD. En: Medicina-Bogotá. Revista Científica arbitrada de la Academia Nacional de Medicina de Colombia. Vol. 33 No. 1 (92) Págs. 5-6.

- Recuperado de:
[http://www.anmdecolombia.net/medicinacompletas/MEDICINA%20vol%2033%20\(92\)%20Marzo%202011.pdf](http://www.anmdecolombia.net/medicinacompletas/MEDICINA%20vol%2033%20(92)%20Marzo%202011.pdf)
- Malagón, G. y Patiño, J.F. (2011). El desastre del sistema de salud y el contrato social del médico. Categoría: Economía y Sociedad. Recuperado de:
<http://www.razonpublica.com/index.php/econom-y-sociedad-temas-29/2062-el-desastre-del-sistema-de-salud-y-el-contrato-social-del-medico.html>
- Maslach, C. y Jackson, S. (1984). *Burnout* in Organizational Settings. *Applied Social Psychology Annual*, Vol.5, Beverly Hills, CA: Sage. In S. Oskamp (Ed.). Recuperado de: smlr.rutgers.edu/jackson-burnout
- Maslach, C.; Schaufeli, W. y Leiter, M. (2001). Job *Burnout*. *Annual Review of Psychology*. Vol. 52: 397-422 (Volume publication date February 2001). Recuperado de: www.annualreviews.org/doi/full/10.1146/annurev.psych.52.1.397
- Maslach C. (2009). Comprendiendo el *Burnout*. *Ciencia y Trabajo*. Universidad de California. Año 11 | Número 32 | Abril / Junio 2009 | www.cienciaytrabajo.cl11 (pp. 37-43).
- McLeod, S. (2008). Escala Likert, simplemente psicología. Recuperado de: www.simplypsychology.org/likert-scale.html
- Patiño, J. (1998). La profesión médica en la Reforma de la Seguridad Social. Sociedad Geográfica de Colombia. Academia de Ciencias Geográficas. *Medicina* 20 (1), 1. Recuperado de: http://www.sogeocol.edu.co/documentos/la_pro_med.pdf
- Peiró, J. M. (2004). El sistema de trabajo y sus implicaciones para la prevención de los riesgos psicosociales en el trabajo. *Universitas Psychologica*, 3(2), 179-186.
- Peiro, J. M., Prieto, F., & Roe, R. A. (1996). La aproximación psicológica al trabajo en un entorno laboral cambiante. *Tratado de psicología del trabajo, vol. I*, 15-36.
- Peiró, J. M. y Ripoll, P. (1999). Psicología de las organizaciones: cambios recientes, retos y perspectivas. *Revista de psicología general y aplicada: Revista de la Federación Española de Asociaciones de Psicología*, 52(2), 169-176.
- Pines, A., & Aronson, E. (1988). *Career burnout: Causes and cures*. Free press.

- Pines, A. (1993). *Burnout: Una perspectiva existencial*. En: Schaufeli, Wilmar B. (Ed.); Maslach, Christina (Ed); Marek, Tadeusz (Ed), (1993). *Desgaste profesional: Los acontecimientos recientes en la teoría y la investigación*. Series en psicología aplicada. Cuestiones sociales y cuestiones, (pp. 33-51). Filadelfia, PA, EE.UU.: Taylor & Francis, xii, pp 229
- Pines, A., y Yaffe-Yanai, O. (2001). Unconscious determinants of career choice and *burnout*: Theoretical model and counseling strategy. *Journal of employment counseling*, 38(4), 170-184
- Pines, A. M. (2002). Teacher *burnout*: A psychodynamic existential perspective. *Teachers and Teaching: theory and practice*, 8(2), 121-140.
- Pines, A. M., (2004). Love and Work: The Relationships between Their Unconscious Choices and *Burnout*. In Alexandros-Stamatios Antoniou and Cary Cooper (Eds.) *A Research Companion to Organizational Health Psychology*. : Cheltenham UK: Edward Elgar Publishing Limited Glensanda House
- Ramirez, A; Madeiro, M; Muñoz C y Ramirez, G. (2012). Alcance del syndrome de *Burnout* en estudiantes de medicina. *Revista Anacem*. 2012. Volumen 6, Numero 2. P.p 110-112. Recuperado de: <http://revista.anacem.cl/web/wp-content/uploads/2012/08/burnout.pdf>
- Ramos, J., Peiró, J. M., y Ripoll, P. (2002). Capítulo 2: Condiciones de Trabajo y Clima Laboral. En Peiró, J. M. y Prieto, F. (2002). *TRATADO DE PSICOLOGIA DEL TRABAJO*. Volumen 1: Actividad Laboral en su contexto. (p. 37-45). Editorial Síntesis S.A. España.
- Real Academia Española (2001). *Diccionario de la lengua española (DRAE)*. Edición 22. Recuperado de: <http://lema.rae.es/drae/?val=sentimiento>
- Salanova, M., Osea, A., Peiró, J. M., Prieto, F., y Sancerni, M. D. (1991). El Significado del Trabajo en los Jóvenes en la Transición e Incorporación al Mercado Laboral: Un Estudio Longitudinal. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 44(1), 113-125.
- Salanova, M., Gracia, F. J. y Peiró, J. M. (1996). Significado del trabajo y valores laborales. En J. M. Peiró y F. Prieto (Dirs), *Tratado de psicología del trabajo*. Volumen II: Aspectos psicosociales del trabajo. Madrid: Síntesis.

- Schaufeli, W. (2005). *Burnout* en profesores: Una perspectiva social del intercambio1
Theacher *burnout*: A social exchange approach. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 21(1-2).
- Schaufeli, W.; Leiter, M. y Maslach, C. (2008). Burnout: 35 years of research and practice. *Career Development International*. Vol. 14 No. 3, 2009. pp. 204-220. Recuperado de: <http://www.fss.uu.nl/sop/Schaufeli/311.pdf>
- Schvarstein, L. (1991). Psicología social de las organizaciones. *Nuevos Aportes*. Capítulo 1. Psicología social de las organizaciones. Ed. Paidós. Buenos Aires- Barcelona-México. (p. 70).
- Shirom, A. (2009). Acerca de la validez del constructo, predictores y consecuencias del *burnout* en el lugar de trabajo. *Ciencia & Trabajo*, 11(32). Recuperado de: http://www.researchgate.net/publication/41126170_Exposicin_a_la_Tecnologa_de_la_Informacin_y_la_Comunicacin_y_su_Relacin_con_el_Engagement/file/79e41508a94c1206b4.pdf#page=28
- Shirom, A. (1989). *Burnout* in work organizations. En C.L. Cooper y I. Robertson (Eds.), *International Review of Industrial and Organizational Psychology*. (pp. 25-48). Nueva York: Wiley & Sons.
- Sindicato de los trabajadores de la empresa de acueducto y alcantarillado de Bogotá (SIMTRAEMSDES BOGOTÁ) (2011). Crítico panorama de la salud en el Valle del Cauca. Santafé de Bogotá. Recuperado de: http://expresionsindical.com/index.php?option=com_content&view=article&id=1483&catid=47&Itemid=73
- Yaffe, O., Yanai, D., y Milo, T. (2007). Entrepreneurs and managers: a family portrait—family dynamics, language and modes of affective dialogue. *Career Choice in Management and Entrepreneurship*, Cheltenham, UK and Northampton, MA, USA: Edward Elgar, 172-86. Recuperado de: <http://books.google.com.co/books?id=PP-5o-WLFVsC&pg=PA256&dq=Career+Choice+in+Management+and+Entrepreneurship,+Cheltenham+pines&hl=es&sa=X&ei=3ZG2UZWWGqPG0QG8sIHACA&ved=>

0CDYQ6AEwAQ#v=onepage&q=Career%20Choice%20in%20Management%20and%20Entrepreneurship%2C%20Cheltenham%20pines&f=false

Yancovic, B (2011). Emociones, sentimientos, afecto. El desarrollo emocional. Facultad de Educación, Universidad Mayor-Santiago. Recuperado de:
http://www.educativo.utalca.cl/medios/educativo/profesores/basica/desarrollo_emocion.pdf

ANEXOS

Anexo 1.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARTICIPANTES DEL ESTUDIO

El presente documento de información explicativa sobre el estudio que está en curso como proceso de investigación, tiene como objetivo proveer de claridad sobre la naturaleza del mismo y sobre el rol de quienes participen. Motivo por el cual se encontrará en su inicio detallados los nombres de quienes conducen el estudio, la universidad de la cual proceden, el objetivo del estudio, el rol del participante y al final del documento la constancia de participación voluntaria por medio de la firma correspondiente de la persona que ha accedido colaborar en el proceso.

El presente estudio es conducido por los estudiantes de pregrado para optar por el título de Psicólogo(a): LAURA ALEJANDRA BENITEZ ALVAREZ y MANUEL ANDRES MARTINEZ GAMBOA, de la UNIVERSIDAD DEL VALLE.

El objetivo del estudio es: DESCRIBIR LA CONFIGURACIÓN DEL BURNOUT EN EL AJUSTE DE LAS CONDICIONES DE TRABAJO Y LAS METAS Y EXPECTATIVAS DE ESTUDIANTES DE MEDICINA.

ROL DEL PARTICIPANTE

La persona participante tendrá como función dentro del estudio responder una serie de preguntas en una o dos entrevistas según la necesidad del caso. Cada entrevista tendrá una duración de aproximadamente sesenta (60) minutos y lo que se logre detallar por medio de dicha conversación semi-dirigida (el participante tendrá la libertad de manifestar o declarar cualquier cosa que no se haya detallado directamente dentro de la pregunta y que tenga relación con el tema en cuestión) será grabado por medio auditivo-tecnológico para facilitar una posterior transcripción y no se diese lugar a pérdidas en la información suministrada. Cada persona que decida participar hace constar por medio del presente documento y su firma respectiva que su participación dentro del mismo es total y estrictamente voluntaria; y los conductores del estudio certifican en el mismo, que toda información recolectada por medio de cada participante es nuevamente total y estrictamente confidencial y no tendrá lugar de uso para ningún otro objetivo o propósito fuera del estudio. De igual manera, la identidad de cada participante será protegida dentro de los resultados y/o publicación del estudio por medio de codificaciones que usarán letras del alfabeto y/o números para garantizar el anonimato. Cada persona es libre de formular preguntas sobre el proyecto en cualquier momento: antes, durante o después de su participación dentro del estudio y podrá retirarse del mismo en cualquier momento que considere conveniente, según su criterio personal, sin que eso diese lugar a perjuicio alguno. Si en algún momento de la participación le pareciese incómoda alguna pregunta o situación con el entrevistado, el participante tendrá el derecho de hacerlo saber y de no responder a lo referenciado.

Para constancia de todo lo anterior, Yo _____ con Cédula de Ciudadanía No. _____, acepto participar voluntariamente en este estudio y declaro que he tenido claridad al respecto de la naturaleza y características del estudio y mi función dentro de él en el momento de esta firma. Reconozco que la información que yo provea en el transcurso de este estudio es total estrictamente confidencial y anónima, y no será usada para ningún otro fin fuera de los de este estudio sin mi consentimiento previo.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido a MANUEL ANDRES MARTINEZ en el teléfono celular 311-6371880.

Firma:

Nombre y No. Cédula de Ciudadanía:

Fecha:

Anexo 2.
GUIÓN DE ENTREVISTA

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	PREGUNTAS
METAS Y EXPECTATIVAS	MOTIVACIONES UNIVERSALES	¿Cuéntenos cómo fue el proceso de elección de carrera?
	MOTIVACIONES ESPECIFICAS	¿Cuéntenos que ideas tenía y tiene sobre la medicina y el oficio de ser médico? ¿En algún momento ha pensado abandonar o cambiar de carrera?
	MOTIVACIONES PERSONALES	¿Cuéntenos cómo fue su proceso y los motivos que le llevaron a ingresar a la carrera?
CONDICIONES DE TRABAJO		¿Cuéntenos cómo es su trabajo?
	PRECARIZACIÓN	¿Cuéntenos qué piensa acerca de lo normativo que regula su carrera u oficio?
	CARGA DE TRABAJO	¿Cuéntenos cuáles aspectos y por qué los consideraría relevantes para su desempeño en su trabajo?
	INCERTIDUMBRE	¿Cuénteme si considera que las ideas que inicialmente tenía sobre su carrera se han visto alteradas o han cambiado? ¿Cómo se siente frente a las condiciones que actualmente atraviesa su carrera?
SENTIMIENTO	SENTIMIENTO DE ÉXITO	A consideración de lo que me ha contado sobre su trabajo ¿cuénteme qué metas y expectativas inicialmente concebidas se han cumplido? ¿Por qué?
	SENTIMIENTO DE FRACASO	¿Cuáles no se han cumplido? ¿Por qué?

Anexo 3.

ENTREVISTAS TRANSCRITAS

Para todas las entrevistas se encontrará el código designado con la letra R con su respectivo número que permitirá la ubicación de cada Respuesta.

PARTICIPANTE N°3

Datos Generales personales y laborales	
Nombre: KC Formación profesional (Carrera universitaria): Medicina (7 semestre) Tiempo que lleva en el proceso de rotación dentro de la institución prestadora de salud: Desde séptimo semestre. Institución de rotación: Hospital universitario del Valle Institución académica: Universidad del Valle.	
Preliminar: Hoy 28 de Marzo del 2014 estamos aquí en las instalaciones de la Universidad del Valle Sede San Fernando, con la estudiante de Medicina de internado, y pues en este momento ella nos va a colaborar con la entrevista que gira en torno al tema del síndrome de <i>Burnout</i> en estudiantes de medicina. El estudio está liderado por los estudiantes Laura Benítez y Andrés Martínez; para ello entonces contamos con la presencia de KC.	
ENTREVISTADOR	PARTICIPANTE
KC, la idea es entonces que tus nos puedas relatar lo más ampliamente posible cuales han sido tus vivencias; en ese sentido quisiera saber, ¿Qué ideas tenías tu antes de ingresar a la carrera con respecto a la medicina?, es decir, cuando a ti te decía “KC, ¿Qué es la medicina? “O “¿Cómo es este cuento de estudiar medicina?”, ¿Tú que podías haber dicho?, o ¿Qué dices todavía?	R1: Pues desde un principio a mí siempre me gustó la parte de la... de todas las carreras que se referían a la salud, eso tiene influencia pues en mi casa, pues mi hermanos mayores pues ellos son odontólogos y... no me gustaba mucho la odontología porque me gusta más el contacto con la gente, entonces ahora he pensado.. O siempre en mi mente estuvo ser médico que colabora, el médico que te ayudan, el médico que es amigo; y yo siempre tuve esa imagen desde pequeña y a mí siempre me gustó la parte de las ciencias naturales, la biología, la química, entonces, me encaminé más que todo esas partes, la parte personal, la como parte cognitiva y el gusto en lo personal. Yo siempre he tenido... y sigo pensando que realmente el papel de un médico es... es un conjunto de cosas, el médico no se forma solo, o sea, y eso es algo que lo aprendí fue en la carrera, que es como que a veces el médico... que en función de un “semidiós”, pues realmente para mí no ha sido el caso, yo creo que he aprendido aquí mucho, que uno va a aprendiendo y uno no se la puede saber todas, que uno ya va, que con el tiempo uno aprende a... saber hasta donde uno va y... si no sabe algo, buscarlo o revisarlo. Yo creo que esa parte es lo que más me... me... me motivo y... en esa parte ese es el mito que me quitó durante la carrera, que uno se pregunta que de pronto un médico tenía que sabérselas todas y eso no es verdad, es algo que en... en el transcurso de lo que he podido vivir he visto que no es verdad, y lo puedo vivir a diario. Uhmm... como es así, como empezó... pues ha sido muy difícil, porque en mi caso personalmente no fue fácil entrar a medicina, aquí es muy difícil; no fue la primera vez, yo también estudié en otra Universidad, en el Ecuador, que por cuestiones económicas, no me alcanzaba la plata, no me alcanzaba para vivir acá, porque no soy de aquí de Cali, entonces, eeh... todos esos motivos económicos me

	hicieron estudiar en Ecuador y mis hermanos también estaban allá, entonces prácticamente por parte económica me fui, hice hasta el tercer, hasta el tercer semestre y después decido entrar aquí por el nivel, por el prestigio de la Universidad, eeh...hasta el clima, la comida, siempre ha sido... yo no sé qué ha sido estar aquí en Colombia, yo siempre me quería regresar. Entonces, gracias a Dios se me dio la oportunidad, logré entrar y pues ha sido un camino no fácil, no es fácil, por la parte personal, porque ha sido complicado, la parte económica, personal... uhmm... obstáculos, de toda parte.
Entre estas dificultades que podría regalarnos usted	R2: Bueno dificultad por ejemplo como te dije antes de empezar ya desde antes la dificultad de parte económica, ya cuando las circunstancias en mi casa cambiaron ya por ejemplo mis hermanos ya salieron, ya salieron de la universidad ya como la parte económica se fue arreglando, pero eso no fue fácil fueron muchos años en que mis hermanos estaban en el centro de odontología y se estaba gastando plata y mi papá solo, somos un grupo familiar... eh... pues poco común, mi papá es la cabeza de la familia y somos cuatro mis dos hermanos y yo, entonces somos los cuatros y somos solos, una familia que pues vive sola entonces nos ha tocado muy difícil, trabajar desde pequeñitos, pero como te digo desde un principio fue complicado por esa parte, después ya fue mejorando pero siempre ha habido los problemas a mi papá le ha tocado muy difícil y y... por ejemplo en un principio cuando llegue aquí a la universidad yo a veces era lo justo o sea no tenía a veces ni para las copias era por ejemplo lo de bienestar si comía acá en la universidad comía y si no hay quedaba sin comer, entonces fue un proceso, hasta que se fueron arreglando las cosas y problemas en la casa, entonces mi papá tiene un carácter súper fuerte a veces que vea que todo el tiempo que estuve yo en Ecuador y que ese fue un tiempo prácticamente perdido porque yo comencé de cero otra vez y hay mucha gente que no entiende eso, entonces mi papá que a mí me quedaban poquitos semestres, que a qué hora que vea que no sé qué, y acá la universidad no es como en otras universidades que el tiempo es ya limitado si no que aquí el semestre es por burbujas acá es por años, acá si te quedas en algo pues te atrasas un año, entonces son muchas cosas y eso a veces no lo entienden los papás entonces hay muchos problemas, fueron bastantes y me ha tocado pasar desde mi infancia fue complicado pero allí estamos y gracias a Dios todo se ha dado y a este punto puedo decir que a pesar de esos problemas que he tenido si ha habido mucho apoyo aunque yo recalco que hay profesores que han sido muy humanos, o sea aquí han sido muy humanos, como tampoco los que no son humanos, humano en el sentido que te apoyan como en la parte emocional, que te ven caer que que te pasa hija que no sé qué, ósea hay profesores que yo puedo decir que les debo mucho, o sea me han apoyado en la parte del conocimiento o sea a parte del conocimiento mucho más allá, hay gente que me ha dado mucho la mano desde la comida hasta que se yo, hasta un abrazo, entonces mucho, mucho... es complicado acordarse, pero en este punto es muy bonito porque uno ya está en internado entonces voy a esperar los frutos, mira atrás y uno ve por ejemplo mucha gente que está en problemas y cada vez que tengo la oportunidad de ver a alguien le digo no no desfallezca, a todos nos pasa, uno puede caer pero levantarse, lo importarse en levantarse yo siempre pienso de esa forma.

Bueno, tu mencionabas algo que me parece importante resaltar era que de alguna manera el estatus que se le da al médico es como de semidiós, cuando dices semidiós más o menos que se le hace referencia y porque piensas que se le da ese estatus o se le sigue dando	R3: Si a muchos porque mira que yo creo que en general toda la gente piensa que el medico tiene que saberlo todo. Que es la última palabra y que eso debe ser y mira que en muchas ocasiones, mucha gente puede pensar que sí que es la mejor para los mejores, a uno le ponen así como que uno tiene que ser el perfecto y no, uno es humano se puede equivocar y uno aprende en el camino, que eso no existe realmente somos humanos y la otra cosa es que uno en formación puede uno da, puede uno mostrar, lo único que uno tiene que tener en cuenta es que uno como médico tiene algo muy importante que es la vida y eso si es algo que uno tiene que tener en cuenta siempre no, una persona puede tener la vida de más de una persona en sus manos, uno aprende como mejorar cada día y ya no dejar de estigmatizar eso como semidiós, eso es lo que yo aprendí aquí, yo tenía como que pensado eso antes de entrar, como que los médicos somos intocables, pero no.
Como te hace sentir o que percibes al respecto a lo que, entonces a esa percepción general que tiene la gente con respecto al médico, es decir al hecho que tú te hayas dado cuenta que no se las pueden saber todas y que la gente espera que si se las sepan todas.	R4: Es muy complejo, lo único que uno puede esperar es que nuestra gente darle lo mejor que uno tiene como conocimiento y como persona, es lo que yo he aprendido acá, es más uno siente que lo estigmatizan hasta las mismas... yo cuando llegue aquí hay asignaturas que uno comparte con otras especialidades, otras carreras y por ejemplo yo me acuerdo cual fue una, una profesora nos tenía a los de medicina como los gomelos, los creídos, los de plata, los hijos de papá bueno los de papi y mami tiene como ese estigma, yo no tengo estigmas de ese tipo aquí, y esa profesora yo la quiero tanto porque después con nosotros ella cambio esa forma de pensar, porque a veces nos trataba diferente y ella no se daba cuenta, ay estos creídos, seguramente porque tuvo sus experiencias, se dio cuenta, si yo, es más ella una vez nos preguntaba que para ustedes quien es más importante en un servicio de salud, entonces yo le decía que para mí son importantes todas las personas desde la persona que barre y hace el aseo, imagínate un hospital sin alguien que tenga todo limpio, o sea eso es imposible, todos son cosas para prestar un servicio de salud, entonces ella me decía que era muy ... como si yo fuera muy exagerada y lo dijera solamente para creyera, entonces con el tiempo se dio cuenta que no, porque realmente yo creo que hay de todo en realidad, ingresan muchos, porque es muy difícil ingresar, ingresan muchos muchachos que son de colegios privados y por ejemplo con más dinero, acá entra de todo, pero sobretodo ese tipo de personas, entonces se estigmatiza, compañeras de otras carreras que como que eran raras con nosotros, nos trataban diferente pero con el tiempo no, ya tanto tiempo ya tres años que nos tocaba con esta carrera y nos tocaba siempre juntas se dieron cuenta que no, que nosotros éramos iguales que ellos, estudiantes y que no nos creíamos de nada, eso fue muy bonita esa parte como quitando ese estigma que tenía por los estudiantes a mí me parece muy chévere, porque muy gracioso, o sea estigmatizar al estudiante de medicina nosotros, eso es lo que hay aquí dentro de la misma universidad, en toda parte, los de san Fernando los de toda.
Y alguna vez te llego a afectar considerablemente ese hecho	R5: Realmente no, esa parte no, porque no, realmente no, ese hecho no, es más me daba mucha risa porque es chistoso o sea, porque era algo como común, uno no le hace caso a esas cosas pero eso está mal, no debería ser ese tipo de generalización, es como desconocimiento, tal vez, entonces por ese lado no me sentí afectada, me daba mucha risa, personalmente yo decía que chistoso

	o sea me parecía muy extraño.
Bueno, ya nos has comentado una parte con respecto a que las dificultades que se tuvieron en torno al ingreso al entorno de la carrera y todo lo referente a ello, sin embargo quisiéramos saber aparte de cómo fue ya ese proceso que ya nos relataste que habías estado primero en Ecuador que luego lograste ingresar acá, después que luego que digamos menguara la situación económica que estaban pasando, en ese sentido, digamos que, mencionabas también tenías referentes de la salud previos por familiares, cuando tu dijiste quiero estudiar medicina, como fue ese recibimiento en tu casa.	R6: En ese sentido mi papá es profesor y siempre ha dicho que estudiar es lo principal entonces no, mi papá decía que lo que quisiéramos estaba bien, entonces por ese lado no, no lo tomo de ningún otro modo, normal, “bueno hija va a ser doctora, yupi”, no, o que me influenciar para coger esa carrera, no, es más yo estudie música cuando estaba en la escuela en el bachillerato y mi papá pensaba que yo me iba a ir de música, y me fue muy bien en el colegio, yo quede de mejor en el colegio, me fue muy bien, o sea era una niña muy juiciosa, eso siempre fue así y mi papá pues no lo que usted quiera, yo le dije y el a bueno, lo que si es que no se puede acá por lo cuestión de plata, eso sí me dio mucha frustración, siempre es duro irse a una parte que tu no quieres, eso sí me dio mucha frustración, me dio mucha tristeza o sea ir a un lugar que tu no quieres es terrible lo único que me mantenía contenta era que era medicina pero la verdad ir a otro país no fue muy bueno.
En qué punto tú te diste cuenta, KC tú vas a ser médico,	R7: No pues desde el principio, como te dije yo vi una imagen del médico muy amable, o sea tengo buenos recuerdos de los médicos, la gente que te trata bien, la gente que te quita el dolor pero que te calme, que tú vas al médico y te cura, tenía esa imagen del médico así, a mí siempre me gusto como esa parte como curar y como estar en contacto con las personas y poder hacer un poquito la diferencia si y yo realmente lo hice por eso, no lo hice por cuestiones económicas, que es lo general que mucha gente pensaba, pero no, yo no lo hice por eso.
Bueno durante todo este tiempo en algún momento, ¿has pensado llegar a retirarte de la carrea?	R8: No, gracias a Dios no, no ha sido como una constante, me he tomado mis tiempos sí, porque por ejemplo, cuando llegue acá yo ya había estado en ecuador me toco esperarme porque ya habían empezado el semestre, me toco esperarme pero realmente no es ni cambiar de carrera ni tampoco retirarme.
Digamos que de cierta forma hemos hablado en general con lo que se tiene pensado a un médico, lo que tu pensabas de que era un médico, que era la medicina, quisiera preguntarte particularmente que significa para ti aunque ya hemos tocado de cierta forma ese tema el hecho de estar estudiando medicina o ser médico.	R9: para mí significa, ser médico es una gran responsabilidad primero y yo tengo mucha satisfacción de saber que uno puede hacer mucho, uno en una práctica médica se da cuenta que puede trastocar más allá de la parte de mejorar la salud de mirar que tienes una enfermedad y de enviarte medicamentos, si no que uno como médico puede ir mucho más allá, de la parte humana, uno sabe desde que llega una paciente desde que la saluda uno ya sabe que hay algo más, uno puede hacer la diferencia entre cambiar la vida de una persona no solo en la salud si no en su entorno, entonces uno puede cambiar vidas, salvar vidas porque muchas veces no está con las familias les habla les charla los educa que son los que da la oportunidad el hospital universitario da la oportunidad que como que uno le dé más tiempo al paciente, no como una práctica privada que tiene que quince minutos, en cambio acá no uno tiene más tiempo esa es la libertad y nos permite como ahondar en otras cosas más allá como de universitario y ya chao no, eso es lo que nos brinda el hospital universitario y lo que nos brinda pues la medicina, o sea se toca muchos aspectos, sociales, culturales, uno puede llegar hasta a comprarle los pañales a los pacientes haciendo vaca para buscar alguna cosa, uno ve tantos rostros de la enfermedad, una

	historias muy bonitas, hay unas muy tristes, definirlo como tal es muy complicado, porque son muchos aspectos que el medico cubre no solo la parte de la salud, del cuerpo como tal si no otras cosas.
¿Qué te hace sentir esa responsabilidad?	R10: Yo me siento muy feliz o sea me siento contenta de saber que puedo serlo y de sentirme capaz de hacerlo es muy bonito porque va llegando el tiempo y con la practica te vas dando cuenta que uno va entrando y entrando y entrando y a uno le dan como más libertad y a uno le dan más responsabilidad y uno dice oh puedo u oh mira que me fue bien y la satisfacción que te encuentras un paciente y el doctora como le va, muchas gracias y eso, eso es lo más satisfactorio de que uno está en el hospital y los pacientes son muy agradecidos por eso, gracias a Dios con mis pacientes me salenlas cosas que ya he tratado entonces me va muy bien.
Ya que tocas ese tema como ha sido esa dinámica entre pacientes y usted	R11: Me ha ido muy bien, yo soy una persona muy paciente entonces por ejemplo uno tiene su carácter, todos somos diferentes hay cosas que te gustan más, especialidades que te gustan más, entonces yo tengo mucha paciencia, hay personas que son como complicadas, difícil entonces hay compañeros que como que no míralo, y luego como lo logras, porque he pasado por tantas cosas que me pongo en los zapatos de ellos y tengo esa capacidad de poder entenderlos entonces tengo esa capacidad de poder entender lo que tienen ellos o no tienen, entonces con esa relación de medico paciente me ha ido muy bien.
En algún momento algún suceso incomodo?	R12: si claro, es que no todo es color de rosa hay pacientes que son muy muy difíciles, jodidos a uno le dicen de todo, pero ante todo en uno prima que uno tiene que entender que acá uno aprende, que todos los pacientes son diferentes, que vienen de partes diferentes, de sitios diferentes, escolaridad, cultura, con personalidad diferente, entonces uno ya aprende, eso es duro a pesar de que te lo digan no es lo mismo ya verlo o vivirlo entonces uno aprende a lidiar con los pacientes que son malgeniados, groseros, con los que no te quieren con los que sí, de todo; en ginecología sobre todo son las pacientes que ¡chanfle! no hacen caso, no hace falta la que se me quiere ir, hay tantas, ahora no me acuerdo así como de otras cositas, por ejemplo un día que estaba en un parto y la paciente se bajó de la camilla ah pero porque no me hacen cesaría, no háganme cesaría, y uno no mire mi señora es que él bebe ya está abajo ya no se puede, hubo que calmarla, una situación tan difícil, venga súbase y con la tensión de Dios mío que tal que ese bebe se venga aquí, bueno uno esta con los profesores pero a uno lo dejan manejar a ver como lo hace y de todo, también hay pacientes en psiquiatría, también hay pacientes que se le quieren subir a uno que son jodidos que son como confianzudos y de todo, una vez también en ortopedia uno quiso hasta robar y “pásame el celular” y yo que que usted que me quiere decir, hecha la loca y que susto ay Dios mío Dios mío, corre a buscar a alguien para que me acompañe, pasa de todo.
Digamos esos altibajos como te hacen sentir a ti	R13: No normal, eso son parte de la cotidianidad, uno se habla ah tal Fulanito paciente y uno se ríe después de lo que pasa no, uno habla con los compañeros, comparte cosas, ve imagínate que... en serio, si, entonces con la experiencia ajena uno también aprende, ve entonces cuando llegues hay pacientes que son así y así y así entonces hay pacientes que entonces uno ya sabe, que en psiquiatría mira no le vas a dar confianza entonces son cosas que lo hacen

	crecer para saber tratar a ellos mismos, es un mundo muy complejo, unas cosas que pasan muy raras.
En algún momento ha llegado a afectarte de manera negativa así, algún hecho en particular.	R14: Realmente cuando yo empecé la práctica, al principio en, yo me acuerdo en fisiatría los traumas medulares yo me acuerdo en cuarto semestre en semiología creo que fue, entonces me daba mucho dolor ver esa gente y lo expresaba muchas veces en mi rostro, entonces como lastima y eso no puede ser, uno tiene que también como que controlar esos sentimientos no, pero tampoco ser inhumanos o sea volverse pues fríos no, entonces eso no es fácil, al principio eso no es fácil, uno se deja afectar demasiado al principio, personalmente me paso a mí me daba duro y hay pobrecitas pero uno ya empieza hay que mejorar eso, entre más pacientes vea uno ya sabe cómo tratar al paciente, ah mira esto es así, pero entonces que podemos hacer para ayudarlo, entonces no nos enfoquemos en que no podemos hacer si no en que podemos ayudar, entonces eso es lo que nos ha ayudado, hay clases en las que a uno le explican miren es que es difícil pero a uno lo ven seguramente no es uno una cara de tristeza pero uno lo demuestra entonces ellos le hablan, hay profesores que son muy buena gente, muy buenos seres humanos que te entienden, que te explican más allá de lo académico.
Como ha sido esa vivencia con los profesores tanto en lo académico como en la practica	R15: Excelente, o sea la mayoría ha sido buena, uno que otro profesor que hay problema pero si alguna materia que casi a todo el mundo le va mal, semiología que es muy dura, los problemas familiares, cuestiones de plata, el estrés que la plata, que esto, que lo otro que todo se me junta, mi papá que no tengo plata y acá que esas materias difíciles, yo en ese momento no pensé en dejarla si no que me sentí cansada entonces esa fue la situación más dura, fue duro todo me cayó encima y en el peor semestre del mundo que me toco y una vez un profesor que me dijo “pues si le parece muy difícil pues porque no se cambia”, porque no se cambia a bacteriología o a otra carrera, esto no es lo tuyo, me dijo, pero ¿oh por Dios!, escuche eso y me dio más fuerza, esto tengo que pasarlo, porque si, porque no, por donde sea, yo esperando que él me dijera venga no, realmente yo fui por ayuda, porque necesitaba que me explicara, porque no entendía bien porque como te dije estaba desenfocada porque como te dije mis problemas familiares me afectaron directamente en mis estudios, entonces necesitaba pedir ayuda para que me enseñen porque estaba perdida, recibir eso como un golpe fue duro, entonces dije juummm, pero fue entonces a la profesora que era por decir la más mas de esa misma materia y ella me dijo al contrario sentí su apoyo, ella me dijo tranquila que yo le explico que no sé qué, ya lo pedí muy tarde, fue muy tarde cuando ya pedí la ayuda eso sí, eso fue un error que yo aprendí acá cuando yo hable ya no podía hacer nada, pero si me sirvió que tal si yo me pongo a pensar en lo que me dijo el primero y no en lo que me dijo la, entonces como te digo uno encuentra de todo, de pronto no lo hizo con la mala intensidad pero como que si como que no le queda a uno allí como que la duda, yo no lo veo con rencor o sea veo atrás y lo veo a él.
Y con respecto a los que se manifiestan acá dentro de la práctica	R16: En la práctica médica, no pues la mayoría son personas muy buenas, como personas, hay gente que es muy prepotente, no saben decir las cosas, muy groseros a veces, gritan, directamente gracias a Dios no me han pasado como cosas así pero si he visto mucho y a

	veces hay cierta discriminación, eso sí me paso a mí una vez, yo sentí en ese momento una anécdota como particular con un profesor y ese doctor literalmente me vio de pies a cabeza y esos zapatos todavía los tengo, viejitos y yo me sentí mal y a mí me trataba diferente que a los otros compañeros y tenía como más privilegio con la gente de plata, yo me di cuenta, no te sabría explicar de qué forma pero si sentía como que me trataran diferente y era todos los días conmigo y todos los días me preguntaba.
¿Cómo era ese trato?, ¿qué era lo que hacía?	R17: Era como tosco conmigo, la forma de hablarme era como tosca y yo sentía como la diferencia y también una voz como era mis compañeros a veces ellos ni respondían y no le daba importancia pero si yo no le respondía algo dele dele dele hasta que mejor dicho en eso fue la única vez, eso fue en cuarto año no más fueron dos semanas en una rotación
Que tanto te llevo a afectar eso	R18: En si me afecto, porque a mí nunca me había pasado eso, en el hospital como tal, o sea yo nunca, verlo si pero que te pase es otra cosa, eso fue como feo, pero yo que le hice a él, yo me ponía a pensar, yo que hice o sea le respondo pero hasta que no caiga hasta que no caiga con la respuesta, el pregunta y hasta que no caiga no era, yo sentía la diferencia.
Cuando dices no caiga es que no sepa	R19: Eso es tu respondes y saltan y ya pero no yo sentía que me preguntaba y me preguntaba yo sentía así desde un principio y era así como desde el primer día en que me vi, yo sentí que me miro, no se puede explicar con palabras pero yo sentí como que, que le hice o sea será que yo le caigo mal no sé, nunca supe.
De estas prácticas que llevan este tipo de médicos	R20: Por ejemplo él es muy conocido, es un gran profesor porque él sabe mucho y tu aprendes, da unas clase geniales, el doctor es conocido latinoamericanamente, sin fin de conocimientos y sin fin de especializaciones, pero personalmente yo me sentí afectada por el como persona y es raro porque con las demás personas no era así, con los pacientes menos, yo no entiendo, no entendí porque me paso eso, no fui la única, esa fue la otra cosa no, es algo que ya reiterativamente ha hecho con otras personas, cuando ya me fui a quejar con un profe porque estaba preocupada por eso que yo sentía eso, a pesar que me fue bien en el examen todo, yo dije voy a hablar porque de pronto va a pasar algo a mis espaldas y no me doy cuenta, entonces yo fui a hablar y en la calificación yo dije que no me gustaba su forma de tratar y yo lo califique en la rotación y eso y especifique porque y al final me sentí mal por eso y realmente no sabría decirte porque él no me insulto pero es la forma en que el hablaba conmigo que me afecto bastante y cuando yo fui a hablar con los profesores me dijeron “tranquila usted no es la única que ha pasado esto” por lo general él siempre lo hace con alguien del grupo
Bueno, ya que de pronto estamos metiéndonos en el tema de la practica medica como tal ¿Cómo vez la condición del trabajo? ¿Cómo es ese entorno? ¿Cómo es el trabajo en sí?	R21: El trabajo de nosotros en el hospital, es asistencial y en la otra parte nosotros también recibimos clases, somos estudiantes ya la vez somos trabajadores, de alguna forma entonces somos las dos cosas, siempre es pesado y duro, pero la responsabilidad de la van cargando a medida que va adquiriendo conocimiento, o sea uno empieza despacio y luego ya internado entonces no te llega de golpe entonces la responsabilidad de lo que haces en el hospital lo vas aprendiendo eso es como lo que se hace en el hospital
¿Cómo son esos turnos que tienes	R22: Pues yo realmente apenas estoy empezando internado,

particularmente tú dentro de la rotación, dentro del internado?	entonces nuestros turnos dependen de cada rotación, es diferente, en cada rotación es diferente, pues ahora ponen una regla doce por veinticuatro o sea que no puedes pasarte de veinticuatro horas haciendo turno, sin descansar antes pero realmente eso apenas lo estas es como adaptando y ya apenas como uno año delo que se está haciendo ese cambio que antes eran 24 horas , hace un año que lo pusieron entonces es poquito lo que ha cambiado es muy relativo explicar cómo son porque depende de cada rotación.
¿Generalmente?	R23: : Generalmente depende de que grupo estés, de cuantas personas están en el grupo a veces un turno cada tres días, a veces cuatro depende del grupo del tamaño de estudiantes, por ejemplo en cuarto año si son, cuarto y quinto año la mayoría hasta las once de la noche, de lunes a viernes de siete a once de la noche y algunas en cuarto año son de doce horas, pero en traumas son viernes sábado y domingo, domingo por la noche y aca en internado es de doce horas hay rotaciones como en la que estoy ahorita no hago de lunes a viernes sino viernes sábado y domingo y de doce horas es decir de siete de la noche hasta el otro día, repite al otro día y descansa o sea es como relativo y como son, pues son estar pendiente con las cosas del servicio, depende es muy relativo, depende del trabajo que tenga asignado.
Bueno digamos que dentro de esos turnos personalmente el hecho de estarlos mezclando con la parte académica ¿Cómo lograste tu acomodar eso, amoldarte, como llegaste a vivencia esa experiencia de tener las dos responsabilidades?	R24: eso depende de las rotación hay por ejemplo rotaciones que son muy pesadas uno realmente llega cansado literalmente a la casa, llega... hay días que sales a las cinco, va saliendo a las cinco de la tarde, vas llegando a la casa por ahí a las siete con esa hambre y preparar algo para el otro día, bueno en fin tener turno al otro día, ese mismo día tienes que entregar algún trabajo, tesis que presentar alguna exposición o examen o lo que sea llegas a las once de la noche te quedas como por ahí hasta las tres despiertos, te levantas a las siete y media y haces todo lo que tengas que hacer para venir acá temprano, ese tiempo es difícil, al principio, cuando recién uno entra, es difícil y pesado uno se siente muy cansado, muy cansado y eso no le dices a uno usted tiene turno hoy y le voy a dejar la exposición para mañana, no, hay que cumplir, no hay excusas para decir no, de pronto a veces uno se siente como recargado y como que les dice pero tal cosa para otro día y a veces consigue que se la cambien a veces no, entonces uno se siente cansado, realmente cuando uno termina semestre se siente literalmente cansado, a veces me dicen mis amigos de otras carreras, yo tengo amigos ingenieros, sobre todos ingenieros y cuando me llaman me dicen dormida o sea que el espacio que tengo me duermo y mi amiga precisamente siempre que me llama me encuentra dormida, entonces es muy chistoso, entonces yo le digo aja si yo me la paso es durmiendo, porque es que no entienden que el trabajo es mental y físico, yo soy muy casera a veces, yo prefiero es dormir estar en mi casa que estar por ejemplo pues saliendo porque uno salir y al otro día saber que tiene que madrugar que pereza, tengo turno mañana, un viernes, yo tengo turno mañana, llego cansada mañana, no me da pereza, y al otro día no sales porque estas cansada entonces es muy poco por eso cuando aprovechamos a salir estamos como desmandados para salir, porque cuando se puede hay que poder es muy poquito la verdad es muy poquito.
Digamos que como ha sido ese	R25: claro, pues uno cuando entra, es que fue chistoso porque uno

cambio rotundo de pasar a tener tiempo libre a precitadamente el tiempo libre dedicarlo a dormir	se hace a hablar con los compañeros, entonces cuando uno estaba en primero, segundo y tercero se quejaba y ahora digo pero de que me quejaba si no hacía era nada, tenía mucho tiempo, los viernes salíamos a comer a cine o alguna cosa, cualquier cosa, nos estábamos por allá, en Meléndez en la piscina, teníamos mucho tiempo ya!; pasa el tiempo, pasa el tiempo otros semestres y te das cuenta que tienes menos tiempo pasas a cuarto año y ya empieza las prácticas como tal en sí y no tienes tiempo y dices porque me quejaba cuando estaba en básicas si no hacíamos nada y te das tiempo en quinto que tenías más tiempo en cuarto y en internado te das cuenta que tenías mucho más tiempo en quinto y cuarto y así sucesivamente, uno se queja mucho de medicina por eso porque no es fácil porque al principio tienes que estudiar mucho, llega aquí y la carga es pesada desde el principio entonces es una adaptación así como, como gradual, como la responsabilidad, pero es muy chistoso porque uno al principio dice que es pesado y ahora uno realmente... y aprendes a ser ms eficientes con los tiempos, por ejemplo si tienes un tiempo libre sabes que puedes hacer más cosas y a combinar porque si tú te pones a ver, ay no voy a salir porque tengo turno, entonces uno nunca saliera, tú también vez a los estudiantes de medicina haciendo cosas saliendo con sus amigos, tomando en un bar, sí. Cuando tienes tiempo, porque como dicen los profes todos los excesos son malos, si uno se pone a llegar a los extremos todo es malo.
Digamos que tu tomas de manera muy jocosa el hecho que haces el recorrido por todos los semestres y el hecho de no tener o si tener tiempo, pero digamos que en algún momento eso llego a afectarte negativamente	R26: Digamos que si, en un semestre, cuando entre a cuarto yo en que me metí, como no, esto es difícil más de lo que pensaba porque uno hasta que no lo pisa uno no sabe, yo era como que estoy cansada, me siento casada porque yo me sentía supremamente cansada, yo terminaba semestre y era literalmente a dormir, literalmente y el tiempo que le dan a uno de vacaciones es muy cortico, entonces tu papá, tu familia, por ejemplo mi papá dice ay no, porque no tiene más tiempo y porque no se queda más días y no entienden que es que uno entra más temprano que las otras, que las otras carreras y uno hay veces lo ve y como que hay que rico ellos haciendo nada y uno despeinado ni tiempo pa arreglarse uno mantiene mas así ve otras carreras que tienen tiempo y salen y bailan y se divierten es difícil, no es fácil a veces uno no quisiera ir a tantas cosas, a veces uno quiere salir y no puede, pero uno, la responsabilidad es lo primero
¿Y la responsabilidad del tiempo con la familia?	R27: Pues yo no tengo ese problema porque yo mantengo sola, pues por ese lado a mí no me da duro y ya he vivido sola desde chiquita, desde que salí del colegio y yo siempre un apartamento yo sola, desde que yo vine, entonces esa parte a mí no ha dado tan duro y pues es como que veo a mi papá solamente en vacaciones entonces por ejemplo al principio si era complicado porque a veces uno está ocupado y ellos ah que porque no me contesta y no sé qué y vea hágame este favor, hágame esta vuelta, como si uno tuviera mucho tiempo, entonces no entienden, al principio ellos no entienden, entonces en bueno por ejemplo mi papá ya vino una vez y me vio que ya no puedo contestar, porque a veces lo dejo en vibración y no contesto o a veces cuelgo cuando se me olvida colocarle el silencio, porque a veces tengo que colgar y ese si es complicado porque al principio los papas no, no entienden nada, los papás en realidad no entienden y la gente no entiende y el novio no entiende y los amigos

	no entienden que el tiempo no es de uno, es compartido con una responsabilidad grande , entonces uno tiene, por lo menos yo por ejemplo, hasta que uno no termine las cosas yo no puedo ir, eso es casi que creo que es todo el mundo, en el hospital uno no puede dejar nada sin hacerse las las horas que sean hay que terminar o sea no importa las horas si te quedas sin comer pues te quedas sin comer pero lo importante es hacer lo que tienes que hacer.
¿Qué piensas de esto?	R28: Yo creo que sí, realmente como medica es una responsabilidad porque la vida... más de una vida está en nuestras manos, uno no puede dejar por ejemplo de eso es cuando estas en parto, o sea estas atendiendo un parto y no puedes decir, ay no llego mi hora del almuerzo y me voy, no, entonces quede se allí y no puje y me voy o le dejo a otro encargado porque ya estas cambiado y no es que yo tengo que ir a comer, no, te metiste y ya sales hasta la hora que terminas, son ese tipo de responsabilidades, entonces la carga va a medida que tu carrera va avanzando entonces eso es así, bueno no comiste pero llega y saca un permiso y te dan pues permiso para ir a comer pero uno no puede ser tampoco tan estricto con el tiempo porque también hay consultas que sale a la una de la tarde, pero que a la una tenemos pues revisión, entonces son horarios que son extra, normalmente no se puede respetar como tal el horario de comida o los horarios como tal, tratan si, la mayoría de servicios tratan de tenernos de doce a doce pero realmente no se puede porque las consultas externas empiezan temprano, hay mucha cantidad de pacientes son cosas que realmente no se puede, claro muchos dicen que porque entramos a la una, pero si comenzamos a las dos saldremos como a las seis o siete y pues gente que viene de lejos, desde muy lejos, entonces también entonces uno se adapta, uno ya sabe desde que le den una hora de comer uno ya está contento
Bueno digamos que ya habíamos tocado el tema de los profesores, de lo de los pacientes ¿cierto? Hay algo más que puedas regalarnos a la relación con los pacientes a la relación con los profesores	R29: Pues lo que puedo decir es que a veces por ejemplo a veces muchos pacientes se sienten como en más confianza con nosotros, porque nosotros tenemos más contacto con ellos, porque los profesores a veces asistenciales pasan en ese momento. Están allí pero estamos como más en contacto tienen como más confianza es con nosotros, es decir porque uno está con ellos todo el día uno ve la práctica y esta con un paciente y está en consulta y está con él, pero llega el doctor y no cuando me va a revisar cuando me hace con usted o a veces llega con usted y es al contrario a veces como médico en formación el paciente no con el medico solo, con estudiantes no, a bueno doctor, entonces le pasan las dos cosas, menos común es lo segundo, que digan yo no quiero con usted, cuando pasa eso lo que uno hace es explicarle, mírelo que pasa es que estamos en formación, hay pacientes ya entiende y empiezan a dejarlo a uno porque no les gusta, hay gente que no le gusta que este más personas y a veces estamos con más personas entonces uno les explica y entienden la mayoría y hay que respetar de todas maneras el deseo del paciente
Digamos que ya como tratamos estos dos temas ahora ¿cómo es esa relación pero con los mismos compañeros?	R30: Bueno con los compañeros es como complejo, son cosas muy diferentes por circunstancias, perdí una materia entonces ya estoy como atrás entonces tengo como amigos que estuvieron delante de mí y detrás y conmigo entonces yo me llevo con mucha gente y me ha tocado tratar con mucha gente , siempre trataba con muchos grupos, entonces así como infinidad de pacientes como infinidad de

	personas, compañeros de todo de todo en la formación, malgeniados, personas que son buena gente con infinidad de caracteres de todo pues uno aprende, aprende no, yo me he adaptado me ha ido bien en esto, hay veces que no yo soy muy paciente tengo y tengo y digo es una rotación y voy a dejar que se termine y ya no los vuelvo a a mi compañero, pero no es algo que me afecte pero si hay gente que es bien pesada y otra que es diferente en algunas cosas, no yo he tenido problemas directos, pero si hay gente que es difícil de tratar, más difícil que un paciente porque es que con los compañeros te ves todos los días, es gente con que compartes todo, hay gente con la que estas desde básicas hasta que te vas y todo el tiempo y ya uno sabe quién es el que llega tarde y el bien cansón y el que trabaja y el que no trabaja
¿Le ha llegado a afectar en algún momento?	R31: realmente digamos que hay gente que es complicada, pero hay gente que es un poco elitista hay gente que por ejemplo... pero llegan a conocer y cambian uno los tratar y veras que cambias, yo siempre he tratado de llevarme bien con todo el mundo, al principio tienen una imagen de mi como no se y después jummm se cambian y luego ya ay ve KC y bueno el amigos y a veces yo también digo como que a ella es como muy jodida y no le dicen ve es que ella es como y ellos son así y uno va presto y uno los trata y son totalmente diferente a lo que me habían dicho. La relación con los compañeros es compleja pero son como hermanos uno es como ah y el canso de todo, o sea como hermanos l pelea pero se quiere al final se quiere mucho. Yo soy jodida en esa parte, en ese sentido yo lo sé que por ejemplo llegar temprano y entonces a veces no les gusta que uno les diga eso, que llegar temprano, eso crea momentos de rose, hay gente que no le gusta, que no le gusta que le digan nada, pero uno hablando eso me ha ayudado a llevarme bien, porque problemas existen nada es perfecto.
Digamos una delas cosas fundamentales dentro del todo el proceso y de la práctica médica general incluso ya no hablando del proceso estudiantil si no de las condiciones que te ofrece la misma clínicas para tu servicio ¿Cómo consideras importante esas condiciones? Tanto digamos locativas o digamos instrumentarías	R32: Ese es el gran problema que tenemos a veces acá en el hospital que no tenemos las cosas necesarias y eso es frustrante no tenerlas cuando necesitas por lo menos gasas y no tenerlas, y uno cuidando la gasa como un tesoro y a veces ha tocado hacer vaca para comprar una sonda, pero eso es bueno porque uno aprende a trabajar con lo que tiene, uno aprende a tener el plan A, el plan B, plan C, no tengo lo primero pero a ver uno que tiene, uno aprende a ver las cosas con anticipación. Que hacen falta muchas cosas que hacen falta, un espacio así como para descansar más cómodamente, la peleadera con los internos por los cuartos para descansar y algunos que ya no prestan las llaves ahora yo no tengo donde porque apenas empecé yo no tengo cuarto donde descansar y nadie me presta tengo, eso es muy complicado, ellos se hacen en esos cuartos y no los saca nadie
Digamos que esto en la parte particular del hospital pero digamos que a nivel general el servicio de salud como tal te da unas restricciones o unas libertades y autonomías frente al servicio, ¿Cómo crees que llegaría que llegaría a afectar eso tu desempeño e tu labor como médico?	R33: Yo creo que no a veces falta más acompañamiento del docente pero a uno al final le toca aprender de esa forma, porque va a llegar un punto en el que no vas a tener a nadie y después vas a salir y no va a haber nadie pero eso es lo bueno.

Pero digamos que hay una situación particular con respecto a las condiciones que yo te decía del servicio de salud digamos el POS, ese llegaría a repercutir en su labor.	R34: Claro, lo que yo te digo estamos en un ambiente universitario, uno no está, uno no tiene contacto con eso, no sabe cómo es afuera, como es la restricción con cuantos medicamentos vas a mandar cuantas radiografías o cuanto laboratorios acá no hay eso porque todavía es un proceso de formación, eso todavía no lo sabemos, sin embargo de todo modos nos toca hacer papelería de todo nos toca hacer papeles eso si nos toca a nosotros uno ya va aprendiendo que para tal medicamento toca hacer que para este hay que hacer una buena justificación para que no se lo devuelvan al paciente, en esa parte uno si va aprendiendo pero si así es en lo público más o menos uno va entendiendo lo difícil que es afuera porque por ejemplo ya tienes que justificar que es una ecografía para una paciente porque luego resulta que no se la dan
¿Cómo te hace sentir eso?	R35: Eso es frustrante porque uno dice como no le van a hacer un examen que necesita, es lógico esa parte si muy horrible, tan maluco porque cosas que están con evidencia clínica que se tienen que mandar y hay que hacer tanto papeleo para que la tengan volteando para arriba, para abajo, es cruel o sea es feo y vienen otra vez, vea doctora es que me falto esto y uno por Dios ya le había hecho el mismo papel, pero no, tiene que ser otro papel , pero es el mismo, si doctora y uno vuelve y lo hace, pero no tiene la culpa y así los tienen engañados y así los envoltan esos círculos de las EPS con papelería, eso es muy frustrante de hecho yo no me imagino la práctica privada y nos dicen los doctores, esto opera así y cuando ustedes estén afuera no van a tener tanto tiempo solo quince minutos, nos enseñan también a ser más eficientes cuando va pasando el tiempo para que nos vamos acercando a lo que en un futuro nos vamos a encontrar afuera
Bueno eso digamos en cuanto a la prestación de servicio, pero digamos que piensas tú y que te hace sentir la condición particular que vive Colombia con respecto a las condiciones de seguridad social a la cuestión del salario a la cuestión de la contratación	R36: Pues eso es lo que nosotros en la última reforma de la salud nosotros lo expusimos y por eso hicimos el paro, nos atrasamos por eso y estamos pagando 7 semanas por eso pero tocaba, uno ve desde básica como funciona el sistema de salud en todo el mundo acá le enseñan desde un principio a comparar no es que yo o uno lo vea por la parte de la plata no, pero no es justo que a veces traten como de encochar a los médicos con esa publicidad engañosa de los medios de comunicación que dicen que son los médicos que son los están diciendo, que quieren otra cosa y desinformar a la gente, cuando preguntamos a la gente nos dimos cuenta que era puro desinformación de la gente nos dimos cuenta que queríamos era una reforma buena que aún no la tenemos no la hemos podido lograr pero no a costa de nadie ni del sector que presta el servicio como los que reciben el servicio, esta pues mal o sea no tiene por qué ser así , yo todavía no entiendo porque en otras partes puede funcionar tan bien y aquí no, todavía nos falta mucho, es realmente preocupante, no es que sea frustrante si no preocupante porque uno no sabe a qué atenerse en un futuro, es que uno no sabe qué va a hacer en un futuro, lo que le dice a uno los profesores para los especialista si pero para los médicos general no hay mucho futuro.
Que has pensado con respecto a tu futuro	R37: No me arriesgo a hablar de qué pensaría pero a mi igual de todas maneras me gustaría seguir estudiando especializarme más o menos uno cuando ya va avanzando ya sabe que es lo que quiere, pero no darle sentido como que la plata si no porque me gusta , no pienso en que uno se va a sentar, no, no, no, todavía, no, no lo he

	pensado, si usted me pregunta que va a hacer conseguir trabajo y todo eso y especializarme, yo tengo fe de que uno se está formando y adquirir un conocimiento es lo que me preocupa por ahora no mas
De todas maneras el hecho de que tu tengas la puesta en escena de que la misma condición con respecto a Colombia con respecto al sistema de seguridad y salud no proporcione los medios para que un médico general estado óptimo pero si para que pudiera vivir bien. Hay unas ciertas limitaciones y digamos el hecho de ser médico general pues te presenta ciertas condiciones particulares cuando ya estés ejerciendo ¿Cómo piensas que puedes llegar a manejar esas condiciones de que o te quedas como médico general o te especializas el hecho de cómo son las dinámicas para poderte especializar	R38: A bueno si lo ha pensado pero es que es difícil realmente, pues realmente no tengo como palanca para decir hay si me está esperando un trabajo cuando salga cuando termine el rural, realmente cuando termine el rural yo lo que pienso es que gracias a Dios hasta ahora no tengo deudas con el Icetex eso me beneficia, que no salgo con deudas y entonces ya mi hermano me va a ayudar y eso que tocaría sacar un préstamo para poder seguir estudiando ese es como el plan
Mientras tú estás estudiando, digamos ¿podrías estar laborando de alguna manera?	R39: No es difícil, no se puede, en esto no se puede, vuelves a ser estudiante porque realmente no hay especializaciones que te den tiempo, realmente no hay tiempo para trabajar y estudiar, es completo, todo el día en el hospital y mucho más y allí tienes mucho menos tiempo
Y como te hace sentir el hecho de saber que ya eres profesional pero no puedes ejercer para poder seguir estudiando	R40: No pues uno tiene contacto con los residentes con los que están estudiando y uno ya sabe en lo que se mete, es algo que ya lo espera
Ósea que ¿debería ser así?	R41: No debería ser así, debería de haber más ayuda al médico, al profesional en formación pero pues no lo hay, no debería ser así, debería haber más ayuda a los estudiantes, un sueldo porque ellos trabajan bastante igual que nosotros, para un médico interno debería haber algún costo porque el trabajo es bastante pesado, entonces sí debería haber una ayuda es más yo pienso que debería haber una ayuda desde que están empezando a hacer practica porque el trabajo es pesado y debería haber una ayuda pero lamentablemente no la hay
Bueno digamos que ya hemos hablado de las condiciones de lo que sientes frente a esas condiciones y que dices que es preocupante el hecho de tener ciertas limitaciones sin embargo supongo que antes de entrar a la carrera y digamos en el punto en el que ya estas, tanto te has fijado metas a corto plazo que has logrado otras que de pronto no, también hay otras metas que están a largo plazo cuéntame un poco sobre esas metas	R42: Para ti entrar ya es una meta para mí personalmente fue un logro, mantenerse también es un logro porque no es fácil, mantenerse en la universidad, salir adelante, estar en la carrera ya para mí es un logro, cada semestre es un logro para unos era chiquito pero para mí era más grande y cuando ya pase el tiempo te vas a dar cuenta que seguir estudiando significa plata, significa tantas cosas uno se pone a pensar en eso y se frustra digo no puedo, pero realmente me han pasado tantas cosas personales que yo digo que hay cosas que se pueden sacrificar y agradezco que esas cosas me hubieran pasado antes y no ahora, porque ahora alguna situación que me pasa yo ya la tomo con más madurez, más tranquila, de todas maneras yo soy como más grande yo soy como mayorcita a mis compañeros, entonces yo me tomo las cosas como mas con

que has logrado, las que no, las que piensas que vas a lograr, o las que consideras que piensas que de pronto no puedas lograr	calma no me estreso por ese tipo de cosas y no es que no me preocupe otra cosa que uno se pone ya a pensar es que estudio y después la familia será que yo me voy a casar o no esa es otra situación.
¿Piensas que no se puede?	R43: Yo creo que si se puede yo lo veo por otros profesores, otras referencias que si se puede, es complicado pero si se puede, con esa situación uno dice no, yo quiero estudiar y tener familia y gente de especializaciones entonces si ellas pueden porque yo no eso lo tengo como claro
Bueno, entonces digamos que entorno a esas metas y a esa expectativa que tenías digamos que habían unas ideas iniciales de la carrera de las cuales ya nos has comentado de que esperabas ciertas cosas y resulta que cuando te pusiste a ver que no era así, digamos que como fueron alteradas esas ideas en que forma, cual fue el grado de trascendencia de las alteraciones que pudieron darse en las ideas iniciales, esto ya como para finalizar la entrevista	R44: Es que realmente al inicio uno no tiene idea de lo que se mete literalmente es así, uno no sabe en lo que se mete uno ay no que lindo estudiar medicina, es más mucha gente se ha retirado es por eso, porque está en el lugar equivocado, yo tengo compañeros que se quedan en el camino, no por malos, sino porque están estudiando algo realmente no les gusta, si no para que les digan médicos como esta estigmatizado, “yo tengo un hijo médico”, entonces personalmente pues yo tenía una amiga que los papas estaban pero felices que ella estudiara medicina, pero a ella nunca le gusto, he aprendido todo este tiempo que es difícil, que hay que ser o súper dotado para ser esto, no, desde que a uno le guste y tenga apoyo se puede.
¿Qué tipo de apoyo?	R45: Mas que todo en la parte económica y la parte emocional es muy importante, (hace referencia que en la familia hay división pero que igual todos se van a dar la mano cuando lo necesiten) y la universidad te brinda muchas cosas, esta universidad yo la quiero mucho, quiero mucho mi universidad por eso me brindo mucho hasta un plato de comida cuando no lo tuve y yo nunca dejare de agradecer eso y otra cosa es la salud porque yo no tenía sistema de salud cuando llegue aquí, hay muchas cosas bonitas y yo se las voy a agradecer, más allá de la parte académica porque te brinda la oportunidad que no tienes de poder seguir estudiando de ayudas económicas cuando no tienes plata, una matrícula que va de acuerdo a tus ingresos, pueden haber otras publicas pero los servicios que tiene esta universidad son muy bonitos.
NOTA: Al finalizar la entrevista y haber detenido la grabación en audio, la participante refiere, en un momento de reminiscencia, que gracias a situaciones de demandas excedidas, tanto desde lo académico como desde lo práctico en la rotación, tuvo episodios críticos de ansiedad, manifestaciones depresivas y adicionalmente somatización de los mismos, a tal punto de estar incapacitada e incluso hospitalizada por unos pocos días.	

PARTICIPANTE N° 7

Datos Generales personales y laborales
Nombre: AU
Formación profesional (Carrera universitaria): Medicina (En rotación)
Tiempo que lleva en el proceso de rotación dentro de la institución prestadora de salud: Desde séptimo semestre aproximadamente.
Institución de rotación: Clínica Valle del Lili y Hospital Universitario del Valle.
Institución académica: Universidad Icesi

Preliminar: En el momento previo a la entrevista el entrevistado estaba dispuesto y no manifestó ningún sentimiento de incomodidad, sólo hizo aclaración que podía estar en ella durante una hora porque tenía otros compromisos. Mostró atención y fluidez durante la entrevista, en la cual, se le percibió apacible y amable en sus respuesta. Sin embargo, estaba un poco acelerado en sus respuestas debido al margen de tiempo que había manifestado con anterioridad y por una llamada telefónica de su padre recibida en medio de la entrevista (La siguiente cita era con él, puesto que por el poco tiempo libre que le deja la carrera de medicina, debe programar un momento de encuentro con su padre de aproximadamente media hora cada semana).

ENTREVISTADOR	ENTREVISTADO
¿Qué idea tenía durante el tiempo previo a iniciar medicina, y lo que pudo haber sido esa idea durante el tiempo que ya ha estado en medicina?	R1: Acerca del Síndrome de <i>Burnout</i> ?
No, no, no. Pongamos aparte el síndrome de <i>burnout</i> y me vas a hablar solamente de ti.	R2: ¿Acerca de la carrera?
De lo que usted pensaba acerca de la carrera, ¿cómo veía que era la carrera, qué pensaba que era la carrera?	R3: Yo siempre he tenido como un encuentro muy cercano hacia la medicina porque mi papá es médico, mi mamá es enfermera, entonces como que parte de mi infancia y toda mi vida la he pasado cerca de los hospitales, conociendo un poco de la vida que puede llevar un médico de lo que pueda acarrear ser un estudiante de medicina, no pues no tanto, reuniendo las cosas para poder ser un médico, entonces, pues sabía que era algo difícil, que no era nada fácil, necesitaba mucho esfuerzo, mucho sacrificio. Mis papás nunca dijeron que yo estudiara medicina, siempre pues si algo yo me tenía que buscar la opción, buscar la opción, pero siempre estuve en esa época que no sabía lo que quería, busqué otras opciones, investigaciones, cátedras pero de otras carreras y no, me di cuenta que lo mío era medicina y pues me gustó. Creo que mi percepción no ha cambiado mucho de lo que entré a lo que llevo ahora, siempre he tenido como las mismas ideas, las mismas relaciones y siempre he querido como llegar al mismo punto. Desde que entré siempre como que he tenido una perspectiva de lo que quería que fuera mi vida siendo médico y sí, lógicamente se ha modificado, pues me he dado cuenta de muchas realidades, de muchas cosas que yo digo que antes también conocía pero que ahora veo de un punto de vista diferente.
¿Qué cosas continúan iguales, que son metas que tiene, que tuvo y que en algún momento no han cambiado y que ahora, por ejemplo, también hay otras que se han tornado diferentes durante ese transcurso?	R4: Pues digamos que siempre iba a ser algo como, como de toda la vida, que nunca iba a dejar de estudiar, que no iba a poder como disfrutar tanto tiempo libre, como poder hacer esto y otra cosa, como que voy a tener ciertos sacrificios, que iba a tener que dejar siempre allí pero pues que como que uno aprende a llevar su diario vivir y toda la carrera que tiene interés aun, toda esa carrera contra el tiempo que estás llevando todos los días. Pues de una manera para tenerte bien y pues que uno también puede ser una persona, y pueda disfrutar, y pueda vagar y hacer otras cosas, entonces como he aprendido a llevar ese corre corre y ese camino que uno va haciendo todos los días.
O sea que, particularmente, el pensamiento que usted tenía de lo que hacía un médico era de una persona que estaba prácticamente entregada a la carrera y no tendría tiempo	R5: No tanto que no tendría tiempo, pues porque como te digo, pues vivía con mis papás y todos los dos vivían en el hospital o en la clínica. Pues sé lo que es crecer al lado... con una persona que está en este mundo en este ambiente, entonces, como que lo conocía, estaba como acostumbrado a ese... esa forma de ser de una vida así. Entonces sí, chévere, sacamos tiempo siempre compartimos entre nosotros mucho.

para...	Pero entonces como que ya tenía esa experiencia de lo que iba a ser mi vida en la medicina. Allí apareció ese lado como de que sí se puede.
¿Usted hablaba de las metas que se ha propuesto desde antes de entrar a la carrera, cuáles son esas metas específicamente?	R6: Pues digamos, había que... Quería estudiar medicina para ser cirujano, que me encantaba toda la parte de rescate, traumas, reanimación, todo ese tipo de cosas... Desde muy pequeño. Pues digamos cuando estaba en eso pues decía no pues me encantaría ser algo así como un enfermero de guerra, pero por dentro decía: no, si algo con eso no puedo ser lo que yo quería llegar a ser, o sea, no podía llegar al punto, el nivel social que yo quisiera tener. Tengo que ser médico, tengo que centrarme en el trauma, pues hay que buscar de qué manera puedo llegar a ese sueño que tenía de niño, que era como mi ilusión, ese superhéroe, entonces pues no, quería como aterrizarlo y buscar cómo se puede hacer de verdad. Entonces es como eso. Entonces ya me empecé a encontrar, encontré mi camino, encontré todo lo que me gusta, me dediqué a la investigación, y pues dentro de la investigación cómo acercarme más rápido a esa meta que quiero. Entonces como ese tipo de cosas he llegado ahí.
Cuando habla de estatus social al que quiere llegar en ese entonces, ¿a qué hacía referencia?	R7: Pues que si soy paramédico voy a ganar millón quinientos si mucho y pues si soy médico voy a ganar, no sé, más millones. Si soy médico cirujano centrado en el trauma y cuidados intensivos pues puedo llegar a ganar mucho más. Tener una vida y unos anhelos que siempre he tenido y un estilo de vida que he mantenido. Es como eso... como saber en ese punto que quiero y ese tipo de vida. O sea es que medicina no es para ganar plata, no pero pues es uno de los caminos. Si uno quiere ser millonario, pues no estudie medicina, no. Quiero tener ese estilo de vida, comodidades, si, a unas cosas, sí, pero pues eso. Parte de medicina lo que me encanta, que me sueño, es la forma en que quiero vivir.
Si a usted antes cuando apenas estaba queriendo ingresar a la carrera o que estaba incluso en el colegio y le decían a usted: ¿Qué es ser médico? ¿Qué hubiera podido responder?	R8: Es estar al servicio de los demás por su bienestar y su bienestar en forma de su salud.
Ya mencionaba algo con respecto a que el hecho de haber tenido contacto con sus padres en el campo de la salud, pues de cierta forma motivaron el hecho de que quisiera ingresar a la carrera. Sin embargo, quisiera que ahondara un poco más en cómo fue ese proceso en el momento en el que usted dijo: Definitivamente, a pesar de que busqué por aparte, me voy es por esto.	R9: Desde muy pequeño estuve como vinculado a la parte de primeros auxilios, atención pre hospitalaria, en cosas de rescate que era lo que me gustaba, que era lo que siempre había querido, la parte de traumas, cosas así como atención pre hospitalaria estuve muy involucrado, entonces, había estado en ese campo y por allí me metía y sabía que me encantaba y me parecía muy chévere. Entonces me dedicaba a eso, dedicaba mi tiempo, parte de mi tiempo a eso y siempre he estado como en eso, entonces, cuando ya estaba en once me dije: No, pues no me puedo cerrar simplemente a ser me... a querer medicina y no, tengo que probar otras cosas. Entonces, enterarme de ofertas en universidades, mirar las opciones, miré ingenierías, me encantaba... a mí me encanta mucho como la parte de crear cosas, entonces miré diseño, diseño industrial. Empecé a investigar, a mirar otras cosas. Estuve acá en Icesi, hice las pruebas de... pues que uno viene acá a clase un día y pues ahí ves la materia de la carrera que uno quiere. Estuve en eso y dije: No, pues es muy bacano, muy chévere pero yo necesito más acción, me gusta estarme moviendo y esas cosas son tan, tan pasivas, tan estando allí pensando y analizando las cosas. No eso no es para mí. Entonces no, pues yo quiero ser esto y esto me encanta, no, definitivamente lo

	mío es la medicina
En algún momento durante ese transcurso en que estuvo en toda la carrera ¿pensó en algún momento en retirarse? ¿Cambiar de carrera? ¿Lo consideró así sea banalmente?	R10: No, no he considerado nunca cambiarme de carrera.
A pesar que nos ha comentado qué era lo que pensaba, me gustaría que, pudiera decirnos ¿qué significa para usted el hecho de ser médico ahora?	R11: ¿En este momento? Pues es... ser médico es tener una vocación, una vocación de entrega tanto pues de tiempo, de espíritu, de ser humano, es tener un estilo de vida diferente, o sea, es aprender a llevar esa carga que vas a llevar todos los días por lo que vives, por cosas que... o sea, no es lo mismo ser arquitecto, ingeniero, donde van a estar en una oficina encerrados, con contacto con gente pero en otro ambiente. Cuando tú eres médico vas a estar en contacto con esa cara que la gente no quiere aceptar de sí mismo, o sea, a nadie le gusta estar enfermo, nadie es feliz pues estando enfermo. Entonces pues en los hospitales conoces como esa cara de dolor de las personas, es convivir con eso todos los días y ayudarlos a llevar eso, porque uno no va a tratar al medio, uno no va a curar a nadie, simplemente va a ayudarles a sobrellevar un poco más esa carga que está pasando. Conocer a esa persona que va a ayudarme en ser un poco más... ese ser humano que está allí dolido.
¿Qué significa para su familia el hecho que usted esté estudiando medicina y que ya esté a punto de terminar?	R12: Para mis papás es un orgullo porque así ellos nunca quisieran que yo estudiara medicina, pues siempre han estado en el ámbito, mi mamá continuó en el ámbito académico de la salud, entonces, para ellos es un orgullo hablar de mí, hablar de su hijo que está estudiando medicina, que está trabajando en investigación, que sobresale, que va a congresos, que presenta, que gana premios, entonces ella se siente muy orgullosa. Es la primera, me sacan en la revista de la universidad y ella coge una paca completa y la reparte con sus amigos. Se siente muy orgullosos, es grato saber que los papás se sientan orgullosos de uno, porque están muy contentos con lo que uno está haciendo, no por ir y mostrarlo, sino porque uno es la ilusión, es el fruto del esfuerzo de ellos, entonces es chévere que ellos estén así. Mi papá también, él está muy contento y se siente muy orgulloso de lo que yo hago, de lo que soy, de lo que quiero llegar a ser.
Manifiesta que en algún momento, rotundamente, sus papás no querían que usted estudiara medicina...	R13: Nunca rotundamente, sino que decían: Estudie lo que usted quiera, tranquilo, tenga la libertad... me decían: No, si usted quiere estudiar otra cosa, puede... (La entrevista se interrumpe por unos minutos por petición del señor participante).
Bueno, ya que dice que en estos momentos sus papás se sienten orgullosos de todo lo que puede ser la dinámica de estar estudiando medicina. ¿Qué significa para usted tener esa responsabilidad o esa carga de saber que ellos esperan mucho de usted o que ya están acostumbrados a ciertas cosas sobre usted?	R14: No tanto lo veo como responsabilidad, lo veo más como un reto porque mi mamá ha sido una persona muy exitosa en el ámbito de la salud, ella es enfermera jefe, maestría, ahora está haciendo doctorado. Entonces siempre he visto como un reto llegar a ser más que eso. No lo he visto como una responsabilidad, no, sino como un reto personal que tengo que sobresalir más que ellos, o sea, como que siempre hay que seguir esa escala evolutiva de que hay que ir más allá. O sea, no es como por ser más, sino porque es como: Si ya llegamos hasta aquí ¿por qué me voy a retroceder? Toca ir un poco más allá de lo que ellos han llegado. Entonces no lo veo como algo impuesto, lo veo como un reto, como algo que me desafía a mí a ser más.
Ya entonces, en este caso, quisiéramos tocar exactamente	R15: Pues digamos, aquí en la universidad en sí uno pues descubre como una cara diferente, una cara más amistosa, por decirlo así, de las

lo que es la rotación como tal. Nos gustaría que nos contara: ¿Cómo es su trabajo, cómo es su día a día, cómo es en general el trabajo que llevas mientras hace la rotación, la practica dentro de una clínica o un hospital?	rotaciones clínicas porque es diferente a las demás universidades. Yo tuve la experiencia el semestre pasado de hacer las prácticas en otra universidad, me fui a la Universidad del Valle, el Hospital Universitario hacía parte de mis prácticas en su día, pues veía cirugía, un trauma crítico, por allí por la parte quirúrgica, entonces quería como estudiar un poco más la realidad que hay en Cali, que hay en Colombia y pues aprovechar que Cali es el centro mundial del trauma, entrenamiento profesional en lo mejor, entonces quería aprovechar esa oportunidad y fui al hospital. Entonces digamos que fue como otra cara de lo que es una rotación clínica. Aprendí que acá nos exprimen, somos excelentes, somos buenos académicamente pero hace falta un poco más ese contacto con la realidad,... (En este apartado no se entiende lo que dijo el entrevistado y por ello se procede a la siguiente pregunta)... Valle del Lili y es... diferente. Aprendí como un parte mix muy agradable, conocer las dos caras de la moneda.
Que es lo que mencionó acerca de Valle del Lili?	R16: Que es diferente, o sea, es otra realidad, lo que uno hace en Valle del Lili, los pacientes que hay en Valle del Lili, como uno rota en Valle del Lili no es lo mismo que aceptar el mundo del hospital, obviamente no es lo mismo, porque empezando desde la estructura que tiene la universidad con la clínica, uno a toda hora está en contacto con un especialista, él es el que está contigo, el que te acompaña, el que está allí, siempre todo el tiempo, nunca vas a estar expuesto a estar totalmente solo, siempre vas a estar acompañado, siempre vas a estar supervisado. Todas esas cosas están como muy controladas, o sea están entrenando gente completamente controlados. Cuando estás en el hospital vas a estar solo, vas a estar bajo residentes, bajo internos, bajo una cadena de mando, una escalera completa de mando, entonces uno es allí el último eslabón de la cadena, o sea es muy diferente...
¿En el Hospital Universitario del Valle?	R17: Si, en el hospital. Entonces uno, está muy expuesto a la realidad. Hace turnos de doce horas, hace turnos de veinticuatro horas. Ehh me di cuenta que era más el agotamiento físico que el mental. En cambio acá a uno lo exprimen mentalmente. Entonces uno está ya todos los días cansado, aburrido... no quiero leer un párrafo más. En cambio allá, si estás cansado, te da es por el corre, corre del primer al quinto piso. Entonces como que viví esos dos esfuerzos y me ha parecido muy agradable, muy chévere porque pude ver como esas dos caras de la moneda y lo que uno puede saber cómo estudiante de medicina, me parece muy agradable.
Digamos que, cuando me dice que ha sido una experiencia chévere y agradable el haber vivido ese paralelo, podríamos hablar de que los toca de manera general, pero específicamente podría regalarnos ¿cómo fue esa vivencia suya, o sea, que cosas llegaron a provocarle sentimientos o algo que le haya dejado prendado de cualquiera de las dos experiencias?	R18: Valle del Lili es pues un estudiante que está al lado de los procesos, al lado de las cosas, o sea, la clínica funciona por sí misma y hace todo y si no hay estudiantes pues no pasa nada. Entonces uno es como un observador allí, pues hay muchas cosas, nos dejan ver mucho, investigar, ver cosas muy raras, ver cosas muy chéveres. Es una experiencia muy académica, por decir de cierta manera. Estar expuesto a unas cositas graneaditas, todo muy selecto, muy escogido para que aprendas lo mejor que puedas y como aprovechar cada minuto que estés allí. En el hospital estás día a día en contacto con la realidad, con el mal olor, con las cosas desagradables, con el sangrado, con todo, o sea una realidad completamente diferente, o sea, pasé de estar en un mundo controlado, todo así fríamente calculado, donde yo era un mero observador a donde si no hago esto nadie más lo va hacer. Entonces, supervisado pero diferente, o sea, es un mundo en donde uno está expuesto a todo, todo te puede pasar allí, todo puede pasar en el

	hospital. Entonces como que uno vive una realidad más directa, más en carne y hueso lo que pasa en el país, entonces, es muy diferente y muy chévere porque vos pasas del: deber ser... al que: se hace. Entonces me gustó mucho como ese cambio.
En cuestiones de responsabilidades ¿cómo podría definir las dos esferas? Porque como usted mismo lo menciona, no es lo mismo hablar de la responsabilidad que se tiene en ICESI en la clínica Valle del Lili a lo que puede llegar a ser la responsabilidad dentro del hospital. ¿Cómo sería ese grado de responsabilidad?	R19: Pues en Fundación uno es, no propiamente, tampoco es que uno tenga responsabilidades mira esto sobre la atención del paciente, lo que uno haga o deje de hacer no va a cambiar el conducto de lo que están haciendo allí, entonces, siempre va a haber alguien que va a estar haciendo lo que vos no vas a hacer, o sea, siempre va a haber una persona designada a hacer eso que uno tiene que hacer. Entonces nunca es: Ahs! es que si yo no hice eso, nadie lo hizo. Siempre tiene que haber una persona que lo tiene que haber hecho.
¿O sea que no hay ningún paciente que en realidad esté bajo su responsabilidad?	R20: No, nunca.
¿Mientras que en el Hospital si?	R21: En el hospital si es tu paciente y si tú no hiciste lo que tiene o no demuestre lo que pasó, muy probablemente nadie más lo va a hacer.
Usted manifiesta que en Valle del Lili dentro de la rotación está muy supervisado y todo está muy controlado, entonces, nos parece importante que nos hablara de esas dinámicas tanto con sus pares, tus compañeros, como con los mismos superiores.	R22: Es muy chévere, es una parte como muy grata en la fundación que uno está muy cercano tanto al especialista como al residente, es como... ellos se bajan al nivel de uno para explicarte, para enseñarte. También por lo general el sub-especialista, no el igual, te va a dedicar su tiempo, te va a dedicar su paciencia, su conocimiento para que vos entiendas lo que necesites entender, lo que digamos que está designado que él te explique. Es una dinámica más como de... de trabajo, de estarse allí en el trabajo, es como más... mas guiado, más de: estamos aquí, estamos aquí y vamos a aprender esto, esto es lo que van a ver, esto es lo que van a hacer. Entonces es muy chévere porque es muy académico, muy paso a paso, entonces ABC, vamos aquí, así. Eso es muy chévere la dinámica así. Los compañeros igual, todo mundo está enfocado en lo mismo, nadie se preocupa por nada más sino por lo que está allí, entonces, está como todo el mundo concentrado en eso que tiene que ser allí.
¿En algún momento llega a tornarse una situación desagradable o algo parecido? ¿Cómo lo manejan?	R23: ¿Conflictos entre personas?
Sí, puede pasar digamos entre un superior y un subalterno o entre pares...	R24: Si, tú sabes que en toda parte hay gente con el ego muy volado, entonces parece que cree que toda la vida va a tener todo el poder y va a hacer lo que siempre ha querido hacer y pues hay gente que no está acostumbrada a eso. Ah entonces como que ya todo el mundo: ahh cálmate, ya relájate que no podes hacer nada. Entonces es como fácil manejar esa parte porque todos vamos como en el mismo nivel. Entonces ya como que: ummm ya, si, no te preocupes.
¿Con un superior?	R25: Lo mismo así, la gente tiene sus genios, tiene sus egos. Entonces uno no puede ponerse a enfrentar con una persona que es más grande que uno en ese sentido, entonces no, hay que dejar pasar y pues cuando uno entra a medicina uno sabe que va a ser pisoteado durante muchos años y que algún día tú también llegarás a pisotear. Entonces es como la cadena evolutiva que uno ya conoce, que es normal, que va a pasar. Que hay unos que no se adaptan pero pues ya en este momento todos

	están adaptados, entonces aprendieron que ya no se puede hacer nada, no se puede luchar contra la corriente, por decirlo de cierta manera.
Cuando dice que se sabe que se va a ser pisoteado más o menos ¿a qué hace referencia?	R26: Pues de que uno no va a poder llegar allí a callar a aun especialista, nunca, pues porque él ya tiene allí unos años más, son diez años más de estudio que uno, veinte años más de experiencia; entonces uno no puede llegar a decir: No es que mira que yo leí ayer esto así.. Porque él va a saber más que vos y te va a decir: ahh no es que mira, te falta mucho, entonces, de malas.
¿Entonces lo que usted puede llegar a decirnos es que definitivamente hay una red de apoyo entre pares y superiores-subalternos?	R27: Sí, puedo decir eso porque uno se siente apoyado, la verdad es que como son grupos muy pequeños, entonces uno se siente apoyado, siente que entienden, que... o sea, desde el segundo día saben quién sos vos, que haces vos y que si sos el vago o sos el bueno... Entonces saben quién sos vos desde los primero días porque son grupos muy pequeños se tiene mucho contacto con el docente, con el que está con uno. Versus al Universitario, eso allá vos lo ves una vez a la semana, uno ve al docente una vez a la semana, una vez al día... es con el residente con el que de verdad se conoce, con el que de verdad está compartiendo con vos, el que te está diciendo: No, mira, es así y así... el que te va a guiar. Es como una persona más, más cercana y al mismo tiempo más distante.
Pero entonces como le decía, esas situaciones tanto gratas como desagradables ¿cómo se tornaban allá?	R28: Bien, eso se sabe manejar porque pues como que hay mucho compañerismo entre ellos, es más, son muy unidos, ellos son muy unidos entonces se respaldan el uno con el otro.
¿Alguna situación en la cual por el hecho de usted no ser de la del Valle?	R29: Nunca, fui muy bien recibido en todo momento, siempre me apoyaron, me recibieron, me unieron al grupo y eso que tú eres... cada mes cambiaba de grupo y todos fueron muy agradables, muy gratos, chévere trabajar con ellos, nunca, nunca tuvieron como una diferencia como distinguiéndome porque soy de otra universidad, no. Fue muy grato.
Cuanto a las situaciones locativas, las herramientas y el mismo servicio como tal ¿cómo podría describir cómo es ese conjunto de características laborales?	R30: Pues en la Fundación no falta nada, nunca se rota nada, siempre que uno necesite algo, así no lo haya, se lo consiguen. Siempre va a estar uno como todo al alcance de la mano, siempre, tanto como estudiante como los docentes, si uno necesita algo, allí está. Si quiero algo, allí lo tengo. Entonces, no que vamos a hacer tal cosa, vamos y buscamos las herramientas y todo eso. Además que como somos la primera promoción, entonces siempre como que nos consienten, nos ayudan, que esto que lo otro, entonces siempre está uno como muy acompañado.
¿En el Hospital Universitario?	R31: Allá sino, allá uno está a la deriva, allá no hay nada. El estudiante colabora, si al menos sabe que va a ayudar, pero hay muchas necesidades, o sea, así uno necesite allá un tapabocas de seguridad porque hay un paciente con tuberculosis, va y lo compra. Acá en la fundación uno necesita un tapabocas, cójalo.
¿Qué percepción tiene acerca de esas situaciones?	R32: Son dos realidades, dos mundos, dos momentos diferentes de la realidad que uno debe vivir. Digamos, yo pienso que mi residencia, si quiero ser cirujano, me encantaría en el Hospital porque estaría expuesto a una cantidad de cosas que si hago la residencia de cirugía en la Fundación no voy a estar expuesto y que voy a necesitar toda la información como cirujano, pero ahorita digamos que la Fundación es una excelente opción porque ya uno no necesita estar tan expuesto a tanta cosas sino que necesito tener como unas bases claras, entonces como cosas así, o sea cada cosa tiene su debido momento, entonces uno

	como que aprende que eso es muy chévere y también depende de lo que uno quiera ser, o sea, el enfoque que uno tenga en la carrera, la fuerza personal que uno tenga para uno poder realizar sus cosas, así también es con qué sitios se le da más a uno. Si vos sos la persona que piensa mucho, que analizas, que miras todas las herramientas, la Fundación es tu lugar ideal. Una persona que le gusta improvisar, que le gusta ser muy dinámico, pues le gusta hacer todo eso, entonces como ser el de la primera acción... Yo tengo compañero que dicen: "Vos cómo te fuiste para el hospital? No, que horrible todo lo que te tocó ver allá" y yo: "No, a mí me encantó".
Bueno, yéndonos a un campo más general ¿cómo percibe usted o qué piensa acerca de las condiciones de trabajo que en este momento está llevándose a cabo a nivel nacional, en cuanto a seguridad social, el salario, contratación, todo el sistema que se está dando, incluso con la misma reforma que se planteó?	R33: Pues si tiene que tener uno claro eso, tiene que hacerse lo que siempre se ha hecho, tiene que haber una verdadera modificación de la salud, o sea, no es lo mismo que vos seas de otras carreras, que no sé, que estudiaste e hiciste tu carrera, listo muy bien, pero vos tienes un trabajo de ocho horas y descansas todas tus otras dieciséis horas del día, estás allí y ya pues producís de cierta manera e incluso se busca la forma de ir escalando, en cambio medicina si vos no estudias más no vas a progresar, no vas a alcanzar a tener una posibilidad, entonces yo creo que es como injusto y también pues como lo dice la historia el médico siempre fue una persona importante en la sociedad, porque era como el que reunía todo el conocimiento y tenía una forma de vivir diferente, hoy en día eso ya no es todo el mundo. Yo creo que debe de plantearse un sistema en el cual el médico sea recompensado por lo que haga, por su trabajo y todo eso, o sea, tienen que generar de verdad un sistema donde tenga una resolución válida y pues como se sabe, hace más de, no sé, diez años, mentira veinte años no se ha vivido un verdadero aumento de las tarifas de los médicos, o sea, siempre se le sigue pagando lo mismo y hasta se les baja más, entonces no es justo que si la inflación crece, el país crece, todo crece, la economía crece y sigue disminuyendo con uno mismo. Pues por qué, porque estamos en un monopolio que se ha ligado y nada de nada la salud está apropiada por otros sectores diferentes a los que deberían manejarla, entonces, se ha "politiquizado" todo el sistema de salud, todo... entonces los médicos quedamos simplemente como un obrero más de esa gran y gran esfera, entonces, creo que es tiempo de que los médicos, pues no sólo los médicos, también los jefes, los enfermeros, son los que tienen manejo administrativo, entonces que el sector solo se vuelva a apropiar de lo que saben hacer, ellos saben gerenciar, entonces ellos pueden manejar el sistema. Ellos son los que de verdad pueden tener más gestión, entonces dejar que se vea las EPS y el sistema de salud como un negocio más del país y pase a ser un sistema eficiente. Sea regido por criterios de calidad y no de productividad. Entonces si todo eso se llega, se va a tener incentivos por mejorar la calidad, se van a tener incentivos por mejorar la gestión, entonces todo el mundo va a estar más contento, van a empezar a trabajar mejor, van a ganar mejor, entonces pues, los médicos van a trabajar con más sentido, la gente no se va a quejar que por qué me hicieron esperar, que por qué el médico estaba malgeniado, pues estaba malgeniado porque le toca trabajar en tres partes, porque la noche también la tiene que trabajar en otra parte. Entonces todos esos factores van a mejorarse por medio de un sistema donde todo sea equitativa la repartición.
¿Cómo te llegaría a afectar eso a usted cuando ya esté en el campo laboral?	R34: Pues afortunadamente por estar en esta universidad, por todos los contactos que uno llega a hacer, siente que está un poquito protegido entre comillas porque la universidad tiene un compromiso con los

	estudiantes, tiene la clínica, la fundación, todo el mundo o sea como que estamos dentro de esa misma burbujita que te hablaba, estamos como un poquito protegidos de esa realidad entre comillas. Igualmente, pues depende de lo que uno desee también tienes hacia dónde mirar, entonces, nunca me he sentido como amenazado por el mañana, no he sentido que llegarme a sentir amenazado, igualmente creo que también hay riesgos por fuera y eso depende de la decisión que uno tome.
¿Cómo son los horarios de sus turnos, los horarios en la clínica, como eran en la clínica y cómo eran en el hospital?	R35: Pues en la Fundación... como te decía no es tanto un cansancio físico sino que se vuelve es un cansancio mental de tanto que uno se siente activo, entonces siempre digamos usted sale a las seis, cinco de la tarde pero igual tiene que llegar a la casa a hacer otras cuatro o cinco horas de trabajo intenso, entonces como que uno está siempre agotado. En cambio en el Hospital era un poco más de trabajo físico, de estar allá presencialmente, aprender allá y menos trabajo en casa, entonces es más como de durar en turno, uno sale a las doce de la noche o una de la mañana, un día y toda la noche puedes estar acá sientes sin energía. Es que uno sale acá un poco más temprano pero tiene que venir a la universidad o tiene que hacer otra cosa para preparar para mañana o que dejaron un trabajo, entonces, muchas veces no es tanto la carga física que tienes allí de estar asistente, sino que tienes también una carga académica muy pesada que te toca responder al mismo tiempo.
¿Cómo le hace sentir el hecho de llevar dos cosas al tiempo? Tanto lo académico como lo práctico.	R36: Pues es difícil porque uno se siente exprimido, o sea uno llega un momento en el que dice: No, por qué... y antes te quedaban también los sábado, ahora solamente te queda el domingo para descansar, entonces, uno: no, estoy corriendo, no puedo más... y ya como que uno vivir tantos meses en esa carrera como que uno siente que necesita un poquito de descanso, llega un punto en que uno siente que no es pasajero.
¿Eso termina cuando ya termine la carrera?	R37: No, pues entraría a la residencia que es otra esclavitud y luego pasar a la especialidad que es otra esclavitud y ya, o sea, mientras tanto unos ocho años más, seguiré ahondando en la carrera.
Dice que los domingos prácticamente son los días que quedan para descansar, ¿cómo reparte ese domingo, qué hace en ese domingo?	R38: Duermo, pereceo y estudio, bien para mí desglosados, así se vuelven porque uno no tiene tiempo, por ejemplo en este semestre tenemos todos los días ocupados de siete a seis de la tarde precisamente, y de siete a diez dos días, entonces, en la semana que necesitaba hacer una vuelta, un papel, un documento, ir a un banco, no tienes tiempo, no puedes, o sea no puede coger una tarde por ser estudiante de medicina porque... no, si tu papá te pidió un favor: Ve, mira, págame esta factura... No te queda el tiempo, entonces, van a quedar sin pago o a menos que alguien vaya a pagarte la factura y pues la mitad de los bancos están cerrados al mediodía. Entonces, siempre como que o tienes que negarte para hacer algo, para poder hacer ese pendiente que tenías o esperar al fin de semana y buscarse una solución.
Al principio usted hablaba de un sacrificio que se tenía que hacer por el hecho de haber estudiado medicina, ahora hablas de que hay que hacer cierta repartición o sencillamente negar ciertas cosas...	R39: Hay que aprender a distribuir el tiempo.
Entonces, esa distribución del tiempo en qué manera le ha afectado a usted y a su vida en	R40: No, como te digo, mi familia está acostumbrada a eso, en mi casa se sale a las siete de la mañana y se regresa a las diez de la noche, toda la vida ha sido así, toda la vida todos como viviendo en ese mismo

particular, no a su vida como médico, y ¿cómo ha llegado a afectar la dinámica familiar también?	mundo, entonces, no ha afectado la dinámica familiar y pues como que me comprenden, entonces no dicen como que: No y por qué no está aquí sentado con nosotros. Entonces nunca me ha afectado y como que estar en eso, a mí me encanta hacer de todo, hacer cuanta cosa extra hago, lidero mil cosas, manejo mil cosas, manejo investigaciones, manejo grupos, manejo trabajo social, manejo muchas cosas extras, entonces, como que uno aprende a dedicarle su ratito a cada cosa. Tengo mi vida, tengo sueños, tengo todo, entonces empieza como a partir el tiempo, no a: no es que por el tiempo no puedo salir bien con todo.
¿La red de amigos, todo esto, es igual que como estaba antes en el colegio?	R41: Claro pues se reduce un poco, ya uno no puede salir, muy poco, o sea, entonces como que siempre anda con el mismo grupo, siempre anda como con las mismas personas de la misma edad y que estudian lo mismo o que hacen algo allí, entonces si como que se te ve reducido tu círculo de amigos, entonces o sea como que te hace un poco más la gente por fuera porque no tienes la misma función de tiempo que la otra persona, entonces eso si se cambia un poco.
¿En algún momento se ha visto afectado por no tener esa disposición de tiempo?	R42: No, pues uno ha aprendido como a manejar eso y a sacarle un ratito a cada cosa.
Hablábamos ahora de unas metas y unas expectativas en cuanto a unos logros que desea alcanzar ¿hay alguna que ya se haya cumplido? ¿Cuáles faltan por cumplir y qué necesita para cumplirlas?	R43: ahh no, plata jejejejeje, no mentiras, o sea muchas de esas cosas son como la calidad de vida que quiero, la vida que quiero, que quiero tener, como que ese tipo de cosas ya más materiales, físicas y tangibles que quisiera en algún momento, pues tengo mi familia y para conseguirlas, he cometido varios logros académicos que me han nacido... y algo que tengo que es como siempre ir un poquito más allá de los demás, siempre me gusta como... pues mi propio nombre siempre me saca un poco más allá de los demás, siempre me hace resaltar sobre el grupo, entonces, siempre me gusta a mí... como que siempre he cargado con esa carga de al primero que se le aprenden el nombre es a mí. Siempre me ha gustado como ir un poquito más, que ir al lado, como resaltar de los demás y hacer algo que me marque diferente que los demás. Entonces lo he logrado, con la investigación lo he conseguido, he hecho muchos logros, he presentado trabajos internacionales, he viajado, he hecho muchas cosas de investigación, entonces digamos que eso hace que me satisface y es parte de los logros que yo quiero, va conectado con el mundo que quiero llegar a ser, con el mundo que quiero llegar y me ha permitido tener unas conexiones. Me ha permitido viajar gratis, ir por cortesía de los laboratorios, ir a comer, ir a pasear, y a todas partes, a un viaje para un congreso. Entonces me ha logrado llevar a muchas cosas.
¿Qué cosas tal vez no se han cumplido y/o que vea algún inconveniente para que se cumplan?	R44: No, no creo. Pues tengo las metas claras, sé dónde quiero llegar, he estado muchos años como para llegar allá, entonces, siento que lo que he querido... lo que se me ha tenido que ir cumpliendo se va cumpliendo. Entonces ya todo lo demás está por venir, entonces, como que todo se me ha ido formando y me ha ido muy bien. He cumplido lo que he querido. O no he esperado más de lo que quiero llegar, pero si tengo como unas metas claras a futuro de lo que quiero y de lo que me interesa, de lo que me gustaría ser, entonces eso como a que siempre esté guiado hacia donde quiero llegar.

Anexo 4.

MATRIZ CATEGORIAL DE RESULTADOS POR PARTICIPANTES

Para todos los participantes se encontrarán códigos en sus respuestas. Estos códigos hacen referencia al numeral de Respuesta (R) y de Línea de párrafo (L) en el que se están ubicadas las afirmaciones dentro de las transcripciones.

PARTICIPANTE N° 2 (JFN)

CATEGORÍA: METAS Y EXPECTATIVAS		
SUBCATEGORÍAS:		
UNIVERSALES	DE GRUPO ESPECÍFICO	PERSONAL
R15-L1a5: pues hablándolo claro es, prestigio que te da a vos. O sea, vos ya tienes un pregrado y más como médico, ya ganas como un prestigio, un estatus, eso es algo. Laboralmente, siempre vas a estar como en un nivel. La parte del aprendizaje como tal, pues a mí siempre me ha gustado toda esa parte,	R7: Pues el servicio, el poder coger a la persona moribunda, porque muchos están así, y revivirlos. Sacar un tubo de esos, cosa que pues uno dice... Pero a esa edad, era como la admiración de coger a alguien que ya está muriendo y revivirlo, eso es algo como "mmm" que uno dice Woww! tan chévere uno poder hacer eso. Era eso, ese ideal de persona, de cómo poder hacer todo eso COCURRENCIA R6-L1a5: Mira, pues anteriormente, el acercamiento a la medicina como ustedes me dicen, a todo eso o al modelo de una persona médica, era mi tío, y era el médico que yo tenía referenciado, también estaba como te digo, los programas de televisión. Pero de la concepción que estaba antes que uno los miraba así como los superhéroes Pero de la concepción que estaba antes que uno los miraba así como los superhéroes R15-L1a4: pues hablándolo claro es, prestigio que te da a vos. O sea, vos ya tienes un pregrado y más como médico, ya ganas como un prestigio, un estatus, eso es algo. Laboralmente, siempre vas a estar como en un nivel. La parte del aprendizaje como tal, pues a mí siempre me ha gustado toda esa parte.	R9-L6a7: la concepción que yo tenía era del hombre solo que ayudaba a la persona y ya, no tengo ni necesidad de los medicamentos, o sea, yo me imaginaba eso cuando estaba niño COCURRENCIA R6-L1a5: Mira, pues anteriormente, el acercamiento a la medicina como ustedes me dicen, a todo eso o al modelo de una persona médica, era mi tío, y era el médico que yo tenía referenciado, también estaba como te digo, los programas de televisión. Pero de la concepción que estaba antes que uno los miraba así como los superhéroes Pero de la concepción que estaba antes que uno los miraba así como los superhéroes

CATEGORÍA: CONDICIONES DE TRABAJO		
SUBCATEGORÍAS:		
PRECARIZACIÓN	CARGA DE TRABAJO	INCERTIDUMBRE
R17: O sea, no tanto las condiciones laborales sino el modo de empleabilidad que se está presentando ahorita, o sea yo aprendo demasiado acá pero cuando yo ya voy como tal a laboral el sistema me restringe mucho, o sea yo aprendí equis y ye cosas aquí en mi formación y cuando llego allá ellos me dicen que no lo puedo hacer, que no lo puedo diagnosticar, que no puedo mandar porque no está dentro del POS y si lo mando incurro en un delito, se puede decir así, entonces es eso, es como que te frenen, es más para poder desarrollar todo las capacidades que aprendiste. R18: Pues es que eso da impotencia, pero pues sabiendo a lo que nos toca, o sea cuando uno está en una consulta externa como estudiante, uno manda de todo, cuando uno ya estás ahorita como interno, entonces ya te sientan y te dicen, no es que usted ahorita ya es doctor y tiene que regirse a lo que dice aquí la ley. Entonces, pero si yo ya aprendí y yo sé que esto le quita, pero es que esto no lo está cubriendo, entonces tú tienes que ver como haces o si le dices que lo compre por aparte. Entonces es como adecuar, o sea yo ya sé pero pues en mi trabajo me están diciendo que no, pero si yo quiero se lo digo. Ya es como tú manejes esa parte. O te revelas y montas tu consultorio aparte y eres el médico independiente R32-L1a10: Pues ahorita las contrataciones, lo que yo sé, porque no es que me esté informando muchísimo en eso, en realidad debería estar en una	R20: No, pues nosotros ahorita tenemos, dependiendo, el turno: tenemos dos turnos, 12 horas y 24 que es la guardia. Entonces, todos los días tenemos que estar como internos, así como cuando éramos estudiantes, todos los días tenemos que estarnos presentando en las secciones, en las rondas, en consulta externa, en lo que estemos. En el turno 24 horas, lo empezamos equis horas y lo terminamos 24 horas después, eso se puede hacer cada tres días, cada tres días te toca un turno, igual eso depende de cada hospital, de cada... como lo organicen los... las rotaciones, pero siempre es organizado cada tres días porque te da tiempo de un descanso, porque 24 horas y al otro día otros 24, te vas a acabar. Igual nosotros tenemos por ley un número de horas laborales, no recuerdo muy bien las horas exactas, pero no nos podemos ni exceder ni pasarlas menos porque cuando lleguemos a fin de mes nos van a decir: Bueno, a usted le faltaron tantas horas, es más, siempre está como en protocolo todo eso. En consulta, una consulta mínimo tiene que ser de veinte minutos, máximo cuarenta, pero... eso es lo que está estipulado... pero tú en un servicio de una EPS, que tienes que hacer así porque te dan miles de pacientes y tenés que sacarlos todos, entonces, te estás demorando de 15 a 20 minutos y eso que es volando y haciendo todo. Si te toca hacer una consulta ya más especializada, toca demorarse un poquito, pero si entra por una consulta general, entonces no más es revisar signos vitales y la anamnesis, y listo, con eso se puede sacar un diagnóstico base y si ya detectas algún problema: derivar. Más o menos es eso, de quince a cuarenta minutos está, dependiendo como de la afluencia de pacientes. Si estás en un lugar, donde sólo tienes cinco usuarios, te puedes echar los veinte minutos, los cuarenta minutos dependiendo de cómo veas al usuario, cómo te llega R26: Mira, cuando uno está, de cuarto o quinto año estás en la clínica y en la academia, entonces mañana estás rotando con pacientes igualmente estás en la parte académica porque está el profesor dictándote: Aquí tenemos una patología X y nos da una charla y una clase. Y en la tarde tenemos que la clase para la	R41L7-16: Al regresar, pues si Dios lo permite, el ideal es ingresar a una residencia a empezar a hacer una rejilla. Ehh (Titubea y no sabe qué decir, así pasa en gran parte de esta pregunta) por ayuda del Estado ps no sé, creo que la voy a ir a hacer fuera del país, que es en Chile. . Y a muy largo plazo pues, o sea, terminando mi residencia dedicarme a lo que yo quiero hacer que es la ortopedia y la traumatología. Y pues seguir con eso, enfocarme en eso. Especializarme en la parte que es de Administración en Salud y Veeduría Médica como para tener al final que ya no esforzarme tanto como médico sino ya como más en la parte administrativa

asamblea que ahorita hay sobre eso. Pues lo que dicen es que a vos te contratan por servicio, por prestación de servicio, entonces a vos te asignan un salario del cual tú como de tu salario tienes que pagarte todas las... los requerimientos de Ley: seguridad, ARP, las pólizas de riesgo, todo lo que conlleva eso. Entonces es como un grado de que no estás fijo con un contrato que te garantice o te preste todas las garantías, entonces pues ya es como muy maluco. Las limitaciones que trae el sistema de salud pues todos las quisiéramos cambiar R32-L15a19: que nosotros nos matamos tantos años en las universidades estudiando para que lleguemos allá y nos toque como técnicos: Acetaminofén, Verapamilo, los medicamentos que son de control, los placebos, los paliativos... no vamos a hacer nada porque siempre nos van a limitar, siempre va a estar la gente que se deje dogmar, por eso, por decir: Bueno, yo tengo que trabajar y tengo que adecuarme a eso.	patología tal, que se atiende tal y nos explica todo el modelo, eso es cuarto y quinto año, siempre va a ser así. Y los turnos igual si terminas turno y tienes clases, tienes que irte a la clase; y ahorita en el internado es practica totalmente, pero tenemos grandes sesiones que son las exposiciones de los residentes de temas, nosotros mismos hacemos a veces las exposiciones, que llegue algún seminario o algún taller o alguna cosa lo tenemos que ir a ver todos los internos sin importar en qué rotación estemos, pero ya no es tanta la carga académica, ya no tenemos parciales, sino que solamente es: práctica, práctica, práctica. Tenemos también un componente teórico pero no es tanto como cuando estábamos en los primeros dos años de formación clínica. R26 L3a14: porque tienes que comer libro y al mismo tiempo tienes que estudiar y saber para ayudar acá (lo práctico), porque tienes parcial de esto y al mismo tiempo tienes que estudiar para la rotación que estás acá, ahora es mucho más fácil porque ya es solamente lo que supuestamente aprendiste, igual tienes que seguir comiendo libro porque al otro día tienes que llegar a dar algún diagnóstico con un profesor y no te puedes quedar colgado y todos los días tienes que estar leyendo, leyendo. No varía en lo que usted se está consumiendo el libro y todo eso sino lo que varía es en el desempeño dentro del ámbito. O sea, yo estando en cuarto o quinto año tenía que rendir dos cosas, ahorita, estudio lo mismo pero rindo no más en una cosa que es la práctica.	
---	--	--

CATEGORÍA: SENTIMIENTOS	
SUBCATEGORÍAS:	
SENTIMIENTO DE ÉXITO	SENTIMIENTO DE FRACASO
R10-L6a18: Como tal es una disciplina muy enriquecedora porque todos los días aprendes, todos los días tienes algo nuevo, todos los días ves cosas diferentes, es gratificante, ver como desde cuando vos no sabías nada a lo que sabes ahora. Que no sabías que aquí existía una vena que se llamaba tal, como saber que el cerebro es el que maneja todas las funciones, como saber toda la química del organismo, cómo saber por qué se enferma y como lo puedes curar, cosas así, eso implica demasiado conocimiento y dedicación. Y la disciplina de la medicina es, como decirlo, es algo que no a todos les gusta, pero al que le gusta, le sabe. Los saberes que	R18: Pues es que eso da impotencia, pero pues sabiendo a lo que nos toca, o sea cuando uno está en una consulta externa como estudiante, uno manda de todo, cuando uno ya estás ahorita como interno, entonces ya te sientan y te dicen, no es que usted ahorita ya es doctor y tiene que registrarse a lo que dice aquí la ley. Entonces, pero si yo ya aprendí y yo sé que esto le quita, pero es que esto no lo está cubriendo, entonces tú tienes que ver como haces o si le dices que lo compre por aparte. Entonces es como adecuar, o sea yo ya sé pero pues en mi trabajo me están diciendo que no, pero si yo quiero se lo digo. Ya es como tú manejes esa parte. O te revelas y montas tu consultorio aparte y eres el médico independiente, pero si tú apenas saliste

tienes que tener para poder llegar a esos diagnósticos, tener que aprender, matarte, pero como te digo, es gratificante saber todo eso, las personas, ver cómo con tu ayuda vas a poder solucionar alguna condición que esa persona tenga	¿Quién va a consultar en ti? Tu familia. Puedes ser un buen médico, pero hasta que tú no ganes un prestigio no puedes hacer eso, entonces tú tienes que como sea aplicarte al sistema que está ahorita.
---	---

CATEGORÍA EMERGENTE
RELACIONES DE PODER
R 37- L 17-33 Los doctores que ya están muy arriba siempre te van a tratar como que: Tú no sabes nada... Porque la verdad es que no sabemos nada, estamos para eso, para que ellos nos enseñen. Pero nos hacen sentir como que de verdad no sabemos nada, nada. Entonces siempre hay un desbalance en esos juegos de poder, como poderlo decir así. No es que te lo digan, bueno, algunos si te lo dicen. Pero es esa manera de que te... como que te llevan a menos, como que no sabes mucho. Es la percepción que tú tienes del actuar de esa persona. No todos son así, hay médicos que son un amor, o sea que tienes ese feeling con ellos y que te parecen como un amigo más o un hermano más que te quieren dar todo. Pues eso es relativo, pero hay otros que no, de verdad, de plano se creen como que ellos son los superiores y nosotros somos lo menos. Pero no sé si es como siempre se ve, porque todas las carreras y todas las personas que tú les preguntes, te van a decir algo similar. Siempre van a haber médicos que te van a tratar como... o como otros que te van a adorar.

PARTICIPANTE 4 (JFM)

CATEGORÍA: METAS Y EXPECTATIVAS		
SUBCATEGORÍAS:		
UNIVERSALES	DE GRUPO ESPECÍFICO	PERSONAL
COCURRENCIA R74: Primero algo con que vivir, tener una fuente de dinero como para poder subsistir, segundo reconocimiento, también por medio de la medicina ayudar a las personas, tener una familia y con la parte de la medicina darles lo que necesiten, tratar de transformar el modelo de salud que se incrementa acá en el país	R8: Yo tenía la idea que era gente como elevada, no sé cómo decirlo como muy como que miraba a todo el mundo por encima de las otras personas por el conocimiento que tenían y la reputación también pues como a mí me gusta la parte de ayudar a las personas, ellos tenían como la forma o el medio de poderse acercar mucho más a esa persona y de saber no sus secretos si no de tener esa mayor intimidad con la persona que en otra carrera, entonces por ese lado también me gustaba R11-L3a6: pero ya cuando me fui relacionando más con mi tío me empezó a gustar la medicina y como a mí me gusta la parte de ósea podía aplicar la medicina y a la misma vez ayudar a las personas entonces R16-L3a5: también la carrera de medicina tiene como el privilegio de ayudar a la gente con su enfermedad que me parece algo como muy valioso R74: Primero algo con que vivir, tener una fuente de dinero como para poder subsistir, segundo reconocimiento, también por medio de la medicina ayudar a las personas, tener una familia y con la parte de la medicina darles lo que necesiten, tratar de transformar el modelo de salud que se incrementa acá en el país	R7 L1-3: primero la verdad porque tengo muchas influencias en mi tío que es ortopedista y por allí me interese mucho por estudiar R8: Yo tenía la idea que era gente como elevada, no sé cómo decirlo como muy como que miraba a todo el mundo por encima de las otras personas por el conocimiento que tenían y la reputación también pues como a mí me gusta la parte de ayudar a las personas, ellos tenían como la forma o el medio de poderse acercar mucho más a esa persona y de saber no sus secretos si no de tener esa mayor intimidad con la persona que en otra carrera, entonces por ese lado también me gustaba.

CATEGORÍA: CONDICIONES DE TRABAJO		
SUBCATEGORÍAS:		
PRECARIZACIÓN	CARGA LABORAL	INCERTIDUMBRE
R65: Por el lado de las EPS pienso que un doctor no debería atender cada paciente cada diez minutos porque no se le da el tiempo suficiente y ni al médico para hacer un buen diagnóstico al paciente ni al paciente para que explique bien lo que le pasa, ni para que se haga una buena relación médico paciente y lo otro es que le ponen muchas trabas a los pacientes para hacer uso de los servicios médicos R78: Pues imposible no, pero en unas condiciones no muy buenas porque yo he oído de casos de médicos que se reparten en tres sitios, entre clínicas, las jornadas son muy largas, entonces para una persona que trabaje en ese ritmo no creo que sea indicado tanto para el paciente como para el médico ni para el médico ni para el paciente	R30: Ahora estamos de martes a sábado antes no eran tantos días a la semana no me acuerdo cuantos días pero no eran tantos días a la semana igual era todo el día pero se ha ido incrementado pues al subir de semestre se han incrementado las horas en clínica y las horas de clase han disminuido R32: Ahora estamos viendo la parte electiva y la parte de medicina que son la parte de la especialidad y la parte práctica para mí si me parece que la parte de las electivas si es mucha carga con la carga que tenemos de lo que es medicina si siento que a veces me ahogo como con las electivas y como con la parte de la medicina R34: Pues por ejemplo uno tiene seis trabajo y primero son las prioridades entonces uno no sabe y los días de entrega son muy parejos entonces uno no sabe ni por dónde empezar, empiezo por las electivas o empiezo por las practicas, por prioridad obviamente uno empieza con los trabajos de la práctica por eso mismo uno se atrasa en las electivas entonces se vuelve se vuelve un ocho uno no sabe qué hacer para llevar todo bien en la línea R44: De martes a sábado pues los lunes son todo el día acá en la universidad, es la parte de las electivas y de martes a viernes son de seis a seis y un turno a la semana que es de dos a seis, el sábado no hay clase solamente sería el turno si a uno le toca el turno y si es entre semana es de seis a once de la noche o sea las practicas normales son de seis de la mañana a seis de la tarde y si a uno le toca el turno de martes a viernes es de seis de la tarde a once de la noche	R68: No pues mi aspiración es salir y gestionar consultorio atender y de una vez manejaría sus tiempos yo aspiro a tener eso entonces no afectaría en nada en lo que yo veo a en mi futuro

CATEGORÍA: SENTIMIENTOS	
SUBCATEGORÍAS:	
SENTIMIENTO DE ÉXITO	SENTIMIENTO DE FRACASO
R71: Pues digamos que una de las metas es como tener cancha en la relación con el paciente si he visto un progreso desde los primeros semestres hasta ahorita, ya uno se suelta más y ya hay como más afinidad con el paciente la parte como de la teoría si es como mucho tema y creo que me falta un poco como de adquirir más conocimiento pero en general si he visto que hay como progreso y en la primera meta que era el ingreso a la medicina ya la cumplí y pues ir pasando cada semestre porque al principio éramos setenta y cinco y ahora somos veintiuno y gracias a Dios he estado con esos veintiuno y he cumplido cada semestre para ir avanzando	R66-L1a3: Como deprimente porque uno allí no puede hacer nada porque esas son políticas y uno se tiene que amoldar a las cosas

CATEGORÍA EMERGENTE
RELACIONES DE PODER
R52: En general nos han tocado profesores muy buenos y muy colaboradores obviamente hay profesores que no son tan colaboradores que son más serios, mas toscos y a veces que se la montan a uno pero en general con la mayoría de profesores nos ha ido bien en mi caso R53: Pues digamos que le dejan más pacientes a uno o más carga en el trabajo que a los demás o digamos que le pregunta más a uno que a otro R54: En mi caso me ha ido bien porque aunque se mantiene esa línea de estudiante profesor han dejado como que esa familiaridad, como más cercana sin romper lo que es profesor estudiante entonces la práctica se hace como más amena

PARTICIPANTE N° 5 (SCT)

CATEGORÍA: METAS Y EXPECTATIVAS		
SUBCATEGORÍAS:		
UNIVERSALES	DE GRUPO ESPECÍFICO	PERSONAL
COCURRENCIA R9-L6a11: porque son personas muy inteligentes, muy exitosas, todo el mundo como que los reconoce por los proyectos en los que ha participado, porque han sido personas importantes para la medicina y cosas así entonces uno siempre quiere ser así, porque claro uno siempre quiere resaltar ante los demás, cuando yo entre acá si, pensaba eso	R7-L15a25: pero entonces yo si pensaba , todo mundo me decía pero estudie administración porque si a su mamá le llega pasar algo en la empresa , entonces empecé a averiguar y todo pero no, obviamente también está la parte social a mí me gustaba mucho la interacción con las personas como comunicación social o cualquier cosa así, pero es diferente porque más que eso es como la vocación de servicio que tiene la persona, porque no es lo mismo digamos a hacer un trabajo así a ser más humanos con ellos porque si uno estudia comunicación social o cualquier cosa que pueda tener a fin con la interacción de las personas o psicología o lo que sea pero no es lo mismo porque para eso nos forman a cada uno distinto y la medicina para mi supera todo lo demás R8-L5a8:el pensamiento era que el médico es el que está todo el día en la clínica que si pasa cualquier cosa sale corriendo y le salva la vida, entonces eso era lo que yo pensaba para mí el médico no tenía vida para se dedicaba a eso todo el tiempo COCURRENCIA: R9-L6a11: porque son personas muy inteligentes, muy exitosas, todo el mundo como que los reconoce por los proyectos en los que ha participado, porque han sido personas importantes para la medicina y cosas así entonces uno siempre quiere ser así, porque claro uno siempre quiere resaltar ante los demás, cuando yo entre acá si, pensaba eso.	R9-L20a23: uno se siente bien, esa es como mi gran vida y yo lo veo a él y digo quiero ser así, entonces cuando trabajaba con ellos en proyectos de investigación para mí eso es como muy importante, son cosas que a uno no le importaban nada, son como lo principal en la vida de uno

CATEGORÍA: CONDICIONES DE TRABAJO		
SUBCATEGORÍAS:		
PRECARIZACIÓN	CARGA DE TRABAJO	INCERTIDUMBRE
R25-L1a4: Primero por el contexto en el que nosotros vivimos aquí en	R14: Pues nosotros rotamos más o menos desde tercer semestre pero ya en clínica desde sexto semestre, en tercer semestre las relaciones eran digamos de dos horas a la semana o sea eran muy poquitas las rotaciones, mientras ya en sexto como te estoy diciendo todo el día, claro que ahora los horarios aumentan, cuando comencé solo veía	R44 L 1-7: Yo creo que ya me afectó porque en cierta parte

Colombia, entonces uno ve que hacer un rural en un pueblito donde casi no hay recursos, no hay todas las cosas que tenemos acá, medicamentos, equipos, personas R42: Pues mira si uno o está contento con las condiciones, con lo que le están pagando con todas esas condiciones que tú me estás diciendo uno no va a ser feliz en el trabajo y cuando uno no es feliz en el trabajo, uno no atiende a los pacientes bien, por más que uno no quiera, cuando uno está en algún lado eso repercute mucho en la atención en el paciente, esos son temas que a lo largo del tiempo nos han afectado mucho y por eso en Colombia cada vez la salud se ve más afectada, porque estamos muy mecanizado y esta persona tiene esto y ya no vamos al paciente	medicina interna ahora veo, ginecobstetricia, veo oncología, veo anestesia, veo medicina legal y con todos son con diferentes sitios de práctica. R27: Acá en la Javeriana no, la Javeriana es muy diferente a las otras universidades, porque la Javeriana es muy estricta con las reglas y estricta con los parámetros, salió un reglamento, una ley que dice que un estudiante no puede hacer más de ciertas horas a la semana, es más uno no puede hacer turno más de doce horas de 18 horas creo, eso no se puede hacer, entonces a nosotros nos programan todas las horas para que sea lo que está estipulado en la ley, pues porque se sabe que a mayor cantidad de horas, mayor el riesgo humano, mayor el cansancio de uno, más te enfermas, entonces acá en la universidad no es así, acá en la universidad lo que es horrible es la carga académica, porque nosotros digamos en la universidad del Valle, en la universidad Libre, en la Universidad Icesi, yo creo que nosotros somos la única facultad de medicina de aquí de Cali, no sé cómo sea en el resto de Colombia, que tengan que ver infinidad de materias, las otras se dedican a solo medicina y no se dedican a nada más, nosotros acá tenemos que ver de todo, entonces esa carga académica es horrible y es lo más estresante de todo, porque digamos el lunes, vos temes que ver desde las 7 de la mañana hasta las 8 de la noche materias que no tienen nada que ver con lo que estás haciendo en este momento entonces mira te pongo un ejemplo, medicina narrativa, cátedra del amor, o cuando digamos en semestres más bajitos, inglés, constitución política, humanidades, materias que exige la universidad, nosotros tenemos que ver 16 créditos de elección complementaria, 30 créditos de electiva y 30 créditos de letra y los demás de noción fundamental de medicina y al final cuando vos te gradúes temes que haber cumplido con 300 créditos, entonces es mucha carga, y al final ya te dije lo que costaban los créditos y a la final, cada materia es de dos créditos, entonces imagínate al final cuantas materias tenemos que ver, y pos semestre matriculamos entre 28 y 29 créditos y encima está haciendo la rotación, entonces hacemos entre 8 y 9 materias en el semestre, entonces es muy complicado en este semestre estamos, por lo menos yo, los lunes descripción del ejercicio, estrategias enfermedades afectuosas, estrategias crónicas, entonces veo ginecobstetricia, anestesia, urología y veo una de administración que se llama análisis financiero, veo bioética, veo una materia y otra que se llama justicia restaurativa, son diez materias, o sea la carga académica es horrible, es una bendición esas materias virtuales pero como que a veces no se ponen en el contexto de que uno estudia medicina y que a veces no tiene tiempo, entonces los profesores mandan correos que porque no se han metido a la plataforma, que vea que porque no mando el trabajo tal y cada eso vale el 15% de la nota final y uno a veces te lo juro que no alcanza a hacerlo porque ellos dan como una semana o tres semanas para hacer eso, pero así den tres semanas así mismo es el trabajo y los turnos como te digo depende de la rotación, es que nosotros los javerianos somos un mundo aparte porque en todas las universidades, esto que tenemos en la Javeriana, solo lo tiene la javeriana y creo que la universidad.. no sé, creo que está en esta y en otra universidad de Colombia y no más, entonces primero como te digo depende de la rotación, este semestre que estamos viendo tantas cosas siempre el primer mes que entramos, porque nosotros a veces hacemos los seis meses o a veces hacemos cinco o cinco y medio entonces el primer	uno ya le teme a quedarse como general, es que uno ya nunca piensa voy a estudiar medicina para quedarse como general, uno ya sabe que si uno no se especializa uno no tiene futuro, primero gana muy poquito, segundo le toca muy duro en la vida porque hace dos turnos para poderse ganar cinco o seis millones de pesos, entonces estaría de siete a siete o no sé pero son unos turnos horribles, para ganarse cinco millones de pesos
---	--	--

individual si no a la enfermedad, entonces si estoy sospechando que un señor tiene diabetes entonces yo le voy a mandar un examen de azúcar bla bla bla, todo, pero no es que es un individuo y no es una diabetes como la que le da a todo el mundo, que tal que ese señor tenga otra cosa, no sabemos qué tan avanzada este, entonces uno ya no ve al individuo, pero es por los mismos parámetros que se nos han, como puesto barreras, barreras para la atención y claro eso nos afecta porque no somos felices en nuestros lugares de trabajo	mes empezamos a hacer inducción de todas las materias, entonces el primer mes de lunes a sábado de 7 a 6, todos los días que te estoy diciendo de las materias más importantes, entonces ya cuando entra toda la universidad empezamos a ver todas las electivas que te mencioné entonces allí empieza, porque digamos que al comienzo es suave porque solo son la introducción a las clínicas grandes, digamos este semestre, gineco, anestesia, uro y medicina legal, pues los grandes ya cuando entra a la universidad es que empieza a ver todas las que te mencioné, ese es el primer mes, luego ya empezamos a hacer la rotación, entonces depende de por donde uno empiece, digamos a mí me tocó empezar con ginecología y control prenatal , el lunes como te dije que me tocaba, el lunes depende del estudiante porque a uno le dan la libre elección para matricular lo que uno quiera de las electivas y uno mismo se hace su horario pero en general casi todo mundo hace de 7 a 8, yo no porque yo ya he adelantado muchas electivas y yo el lunes hago como ocho horas de estudio, el martes hacemos de 7 de la mañana a 12 del día y en realidad nunca terminamos a las doce porque las consultas siempre se atrasan porque siempre terminamos más o menos 1 o 1:30. R28: si hasta las dos, mira se supone que la práctica tiene que ser hasta las 12 pero como te digo manejamos mucho volumen de pacientes porque esa práctica la hacemos en agua blanca, entonces los pacientes van, las que están programadas porque uno no atiende a nadie que no esté programado entonces la consulta se extiende tanto que nosotros necesitamos nos necesitamos ir porque nos vamos de agua blanca a la Clínica Versailles que queda en el norte, entonces imagínate ese trayecto que más o menos dura 40 minutos, entonces imagínate nos toca salir de allí, a veces ni almorzamos, entonces salir corriendo porque nos toca estar allá a las 2 de la tarde, inclusive nos toca llamar, “no doctor que pena yo no alcanzo a llegar , deme media hora”, toca así, se cogen los otros tiempos, los tiempos de almuerzo, todo y allí usted no le puede decir al docente, “doctor que pena mi tiempo se acabó”, no, bueno paramos allí, nos vamos para la clínica Versailles, salimos más o menos a las seis de la tarde, de 2 a 6 cuando no tenemos a un paciente, terminamos a las seis, inclusive ellos también se extienden y hasta las siete o seis y media hay tiempo para comer y entrar a turno de siete a once son dos veces a la semana, dependiendo también de la ruta en la que uno este, eso son tres semanas, porque nuestras rotaciones duran tres semanas, entonces, tres semanas de ginecología y a personas de control prenatal esas son lo mismo ahora termino estas tres y me voy para Comfenalco que son cirugías porque tienen anestesia , entonces en anestesia igual lo mismo si no que lo bueno es que en anestesia no hacemos turnos y los turnos en este momentos son de atender partos, ser ayudante de cirugía en una cesaría, los turnos la verdad son muy cansones y a veces uno sale muy cansado porque los profes son así; ellos nos dan un cronograma a ellos obviamente no les importa que uno vea las demás materias porque ellos piensan que somos como las otras universidades que solo nos dedicamos a medicina, entonces ellos cogen y le dicen “bueno esto lo tiene que leer para mañana”, entonces es horrible porque son textos grandes, pues una revisión de un tema, entonces uno se lo tiene que aprender y si no te lo aprendes, de verdad no te lo aprendes te regañan y entonces te toca llegar a tu casa y tomarte dos horas para acabarte de leer eso o levantarte temprano a las cuatro de la mañana para acabarte	
---	--	--

	de leer esas cosas y otra vez a la práctica, entonces mira nosotros, yo por lo menos duermo cuatro o cinco horas, no duermo más y los tiempos para comer, yo como de una porque es una rapidez, nunca alcanzo ir a mi casa, ni alcanzo a que me hagan almuerzo para llevar porque yo me levanto muy temprano y siempre ando a la carrera.	
--	---	--

CATEGORÍA: SENTIMIENTOS	
SUBCATEGORÍAS:	
SENTIMIENTO DE ÉXITO	SENTIMIENTO DE FRACASO
R46 L 1-6: Yo creo que sí puedo llegar al estilo de vida que yo quiero, pero solamente si me sub-especializo, porque esa es la única manera de uno tener una buena calidad de vida, porque si uno no hace eso, se queda como general, tiene que acogerse a ese tipo de cosas, no va a ser lo mismo y no va a poder alcanzar las metas, las metas que quiero en la vida.	COCURRENCIA R44 L1-7: Yo creo que ya me afectó porque en cierta parte uno ya le teme a quedarse como general, es que uno ya nunca piensa voy a estudiar medicina para quedarse como general, uno ya sabe que si uno no se especializa uno no tiene futuro, primero gana muy poquito, segundo le toca muy duro en la vida porque hace dos turnos para poderse ganar cinco o seis millones de pesos, entonces estaría de siete a siete o no sé pero son unos turnos horribles, para ganarse cinco millones de pesos. (referente a lo que no se ha cumplido) R45 L1-5: Bueno, primero en los trabajos de investigación, eso es un caos, porque la mayoría de médicos son muy ocupados y son muy desorganizados, entonces los trabajos de investigación algo que tú lo puedes sacar en un mes lo terminas sacando en tres meses, es terrible porque es porque el especialista siempre está ocupado y ellos son los de la idea.

CATEGORÍA EMERGENTE
RELACIONES DE PODER
R29: Mira en medicina hay cuatro tipo de docentes, pues yo lo veo de esa manera , primero es el que es una madre es divino con nosotros pero casi no sabe, o sea el que es súper lindo y es lindo con uno, es lindo con los pacientes pero casi no sabe, entonces chévere porque casi uno no hace nada y bien pero uno no aprende nada tampoco , el otro tipo de docente es el que es terrible, terrible que nos trata mal pero tampoco sabe nada y no le gusta enseñar. El otro es el que es terrible pero sabe mucho súper mala gente y entonces a cada rato te hace preguntas y te hace preguntas y que no sé qué y no sé cuántas y al mismo tiempo que te va regañando te va explicando las cosas entonces uno aprende mucho pero así regañado todo el tiempo y el otro es el que es buena gente y es bueno en lo que hace entonces la mayoría son mala gente y saben mucho y eso es como frustrante porque ellos a cada rato te ponen a preguntas y te cogen a preguntas hasta que te corchan entonces te hacen sentir mal, mira lo que me pasó a mí una vez , apenas me estaba introduciendo a la clínica, estaba en sexto, entonces sí, estaba rotando y ella me mandó a hacer un examen, yo hice el examen, cuando ella era la que estaba escribiendo, estaba allí el paciente, estaba una señora y estaba una compañera y yo, no, estaban dos compañeras y yo, entonces llega y me dice, “escribame pues lo que encontró” entonces yo empecé no que la señora tal y yo creo que y entonces ella me escribió todo lo que yo había dicho pero tal cual, y cogió y me lo tiró y me dijo léalo y me hizo sentir remal, me puse a llorar de la rabia que me dio, porque como hacerlo caer en cuenta que uno está haciendo las cosas mal pero no de una forma académica si no de una manera que uno se sienta mal y hacerlo quedar mal a frente de un paciente que para mí no es tampoco la mejor manera entonces como ella hay muchos que te dicen disque, “usted nada más tiene una neurona y esa neurona no funciona”, horrible, le dicen a uno unas cosas o le mandan a hacer cosas que uno no es el más capacitado que uno no es capaz de hacer algo y si uno no es capaz de hacer algo, no las vaciadas o digamos vos estas al frente de un paciente y estás haciendo algo y empieza “yo cuantas veces le he dicho” , entonces los pacientes, no es horrible, el maltrato si es a diario.

Anexo 5.

RESULTADOS INDIVIDUALES

PARTICIPANTE 1 (MLC)	
MLC, es una mujer de 21 años de edad, estudiante de noveno semestre de medicina en la universidad libre, la cual se encuentra haciendo rotación desde séptimo semestre, tiempo en el cual ha trabajado en varias instituciones tales como la clínica Rafael Uribe, Club Noel y diferentes ESES de la ciudad de Cali.	
Metas y Expectativas	Su interés por la carrera de medicina inició a través de la relevancia que se le da a la idea de un médico que cura y que gana dinero ayudando a las personas, el cual, por medio de ello se gana el agradecimiento de los pacientes. Adicionalmente, tenía la concepción de que todas las personas reconocen que los médicos ganan mucho dinero. Un profesional de Medicina debe tener una vocación de ayudar y apoyar al paciente, debe regalar una “buena” atención por el agrado hacia el trato con personas y que con todo ello obtenga mucho dinero para darse un estilo de vida. _A MLC le gusta escuchar a los pacientes y prestarles la ayuda necesaria dentro de un trato digno. Argumenta que la concepción general de las personas es que los médicos son como la salvación y que por ese motivo, en consulta, no sólo hablan de sus problemas físicos sino también los de otras esferas. <i>“...tan chévere que yo con mi conocimiento pueda curar otra persona-... ..chévere que la persona se sienta agradecida por el trabajo que uno está haciendo y además que con ese trabajo que uno haga gane dinero...pues para nadie es un secreto que la mayoría de la gente considera que un médico es sinónimo de mucha plata, que tiene un sueldo súper wow!!... Si? Entonces, esa era como mi visión”.</i> <i>“Por ejemplo, antes de eso uno veía a un médico que atiende muy bien... eh...que trata como de ayudarte, como de brindarte mucho apoyo, me daba como una muy buena imagen de él. ...Cuando yo entre a estudiar, a mí me gustaba el simple hecho que yo iba a tratar con personas y las iba a ayudar, a mí eso era como mi principal enfoque.”</i> <i>“las mismas personas ven como en uno su salvación, entonces, empiezan a contar no solamente sus problemas físicos sino también sus problemas en su familia y todo”</i>
Condiciones de Trabajo	Considera que la forma de contratación no provee estabilidad al tener pocas posibilidades en acceder un contrato a término fijo o indefinido y al contrario recurrir a prestaciones de servicio en las que le concierne hacerse cargo netamente de sus propias prestaciones sociales. Afirma que indiscriminadamente el sistema de salud y las instituciones ponen en oferta sus condiciones contractuales y si el médico postulante no está de acuerdo, en algún momento, alguno de un gran listado de espera si se someterá a dichas exigencias. Este es uno de los motivos por los cuales ella manifiesta que a un médico siempre tendrá dificultades y se verá afectado, por ejemplo, en una escala salarial que no es compensatoria con todo el trabajo que se les demanda (Sacrificios en los horarios de atención, desplazamiento de otras esferas de su vida personal y afrontamiento de señalamientos que el paciente asigna a su imagen como una mala atención siendo disposiciones del sistema de salud). Menciona a un sistema de salud no agradecido con la función del médico. Por otro lado, indica que incluso los estudiantes de medicina en rotación tienen jornadas de trabajo muy extensas y por lo general deben estar disponibles casi todo el día, los siete días de la semana debido a su responsabilidad frente a la salud de sus pacientes a cargo y que son re-ajustadas dependiendo de la cantidad de pacientes y personal en atención, motivo por el cual, en muchas ocasiones deben realizar turnos para ir a almorzar o incluso no hacerlo sino hasta el final de la jornada (12 o 24 horas). Adicionalmente menciona las diferencias tecnológicas que emergen en cada institución, aspecto que agiliza o ralentiza los procesos clínicos. Pese a todo ello manifiesta estar de acuerdo en la responsabilidad que las instituciones deben tener con el cuidado constante del paciente, pero con lo que no acuerda es con que sea un mismo funcionario el que vele por ello durante largas jornadas. Afirma que los médicos no son héroes ni de otro planeta y que por lo tanto demandan sus

	necesidades básicas como comer y dormir para evitar errores en sus tareas del trabajo debido al cansancio físico y falencias cognitivas por ello. Sin embargo, la realidad es que si un médico desea vivir con algunas comodidades, debe doblar turnos para poder obtener un salario más alto. Finalmente, frente a las dificultades que ha podido sobrellevar durante la carrera y las que aún el futuro le propone afrontar, su madre le ha mencionado opciones como cambiar de carrera o salir del país. Por lo cual, ante la dificultad que los médicos enfrentan para realizar una especialización o estudio postgrado en el país, su idea es ahorrar para realizar una especialización en el exterior y seguir estudiando. <i>“a la mayoría de médicos no los contratan con contrato laboral sino que la mayoría, digamos, que se asocian con otros y forman gremios de médicos, pero como tal, un contrato laboral, con contrato de permanencia, que te paguen las prestaciones, que te paguen, que te paguen prima, que te paguen todo eso es muy escaso que eso ocurra”</i> <i>“nuestro horario no es horario de oficina, el horario es disponibilidad casi 24 horas del día”</i> <i>“Entonces pues la salida que yo le veo a eso es seguir estudiando mucho más. Aquí en Colombia pues son muy difíciles las especializaciones, entonces, ahorrar lo que más se pueda, ir a hacer una especialización y seguir estudiando”</i>
Sentimientos	MLC afirma sentir que ha alcanzado los logros que se ha propuesto durante la carrera y que en cada situación de ayuda para un paciente siente que está haciendo las cosas bien y puede hacerlas mejor cuando ya obtenga su título profesional. Aunque no se considera un dios para decidir sobre la vida de las personas, su ayuda propende hacia el mejoramiento de la calidad de vida del paciente. Siente progreso en sus capacidades profesionales, aspecto que le proporciona satisfacción. Por otro lado, indica que la situación laboral actual en la cual se encuentra la medicina en el país le genera un sentimiento de tristeza ya que en consideración de dichas situaciones es probable que en perspectiva la idea del médico que alcanza el éxito económico y un bienestar general mediante esta carrera se hace cada vez menos probable. <i>“a mí me genera mucha alegría y a uno le da como que la motivación de seguir adelante. Entonces uno dice: -Claro, lo que estoy haciendo lo estoy haciendo bien y yo sé que cuando yo salga o cuando yo sea médica yo puedo lograr mejores cosas, yo voy a estar en la capacidad de ayudar a una persona”</i> <i>“A mí principalmente, me dio un sentimiento pues de tristeza ver todo eso y por eso es que hemos hecho las marchas y las protestas y todo eso, porque a mí me parece que es una carrera hermosa, o sea, a mí me encanta, no haría otra cosa diferente. Pero en este momento es una carrera que no es agradecida”</i>

PARTICIPANTE 6 (KE)

KE es un hombre de 23 años de edad, estudiante de medicina en décimo segundo semestre de la Universidad del Valle, quien realiza procesos de rotación desde séptimo semestre en el Hospital Universitario del Valle.

Metas y Expectativas	KE comenta que los médicos son personas que se encargan o ayudan a la sociedad por medio de la atención primaria y también investiga, descubre y plantea nuevas modalidades de servicio de para la comunidad. Tuvo una fuerte influencia por parte de su madre en la elección de la carrera puesto que reitera en diferentes ocasiones que ella ha sido un ejemplo y que de allí nace su interés frente a la atención a pacientes y ayudarles en sus problemas. <i>“la visión mía de la medicina era como ver una persona que además de ayudar a la sociedad y estar atendiendo en un puesto de atención primario también es aquella persona que en el fondo está haciendo como un descubrimiento”</i> <i>“pues al principio que yo escogí medicina era porque mi mama atendía pacientes mi mamá era médica”</i>
-----------------------------	--

Condiciones de Trabajo

El participante seis hace especial énfasis en la carencia de investigación en medicina que hay en Colombia, esto debido a las dificultades sociales, económicas políticas, técnicas y administrativas que le afectan no sólo a la investigación sino también a las otras esferas de la medicina (Estudios postgrados, instituciones clínicas y hospitalarias sin recursos o herramientas, negación de procedimientos clínicos, ausencia de participación ciudadana, etc) y que finalmente, el sistema de salud colombiano es un abanderamiento desde una visión economista, la cual, por medio de la propuesta de reforma que se vivenció en el años 2013 buscaba la restauración y consolidación de esta visión económica de la salud. Afirma que aunque no ha considerado cambiar de carrera durante sus estudios, las condiciones por las que atraviesa la carrera, le han hecho influencia en algunas decisiones de orden ocupacional, como por ejemplo, su afinidad por la investigación y su interés en realizar una especialización fuera del país. Afirma que el quehacer de su profesión tiene varias dificultades y falencias, dentro de las cuales se encuentra la sobrecarga de turnos y actividades por motivos ajenos a su poder. Un ejemplo de lo anterior se evidencia incluso ahora en su práctica académica, en donde ha podido presenciar situaciones como que sus propios docentes se escapan de sus propios turnos y asignen sus pacientes a los estudiantes. Otro aspecto que evidencia es que manifiesta que en un período posterior, en la especialización, se vive nuevamente la sobrecarga ya mencionada sin ningún tipo de remuneración, aun sabiendo que están nuevamente en proceso de formación académica.

Los horarios de rotación son extensos y pesados debido a las carencias de recursos en los hospitales lo cual incrementan el esfuerzo que deben hacer para poder cubrir los faltantes que hay en dichas instituciones sobre el personal que requieren. Manifiesta que aunque los estudiantes tienen estos turnos extensos y sin descanso, incluso turnos completos los fines de semana, los docentes si pueden tener el beneficio del descanso y horarios de comida. Afirma que en ocasiones no cuentan con la asesoría del docente, por ausencia, en la cual deben recurrir a su creatividad pese a no saber a ciencia cierta qué pueda pasar con el paciente y asumir conductas riesgosas para su salud. Estas situaciones, condiciones y acciones que llegan a ser significadas para muchos como maltrato por parte de las instituciones o personal superior, afectan a los estudiantes hasta puntos determinantes en los que se enferman psico-somáticamente.

KE al tener en cuenta las condiciones de trabajo para los médicos y las posibilidades de crecimiento laboral tiene planteado salir del país para que de este modo las metas que se planteó en su carrera no sean afectadas, puesto que para sí, la única salida sería especializarse por fuera del país ya que en Colombia las condiciones para hacerlo son difíciles.

“aquí casi no se hace investigación casi no hay recursos a la gente no le importa la gente se entrena menos hay mucha barreras sociales, económica políticas administrativas técnicas lo que uno se pueda imaginar para hacer investigación de por si siempre las hay en todo el mundo pero en Colombia uno se encuentra o por lo menos en mi ambiente uno se encuentra tantas barreras que da mucha tristeza”

“es el hecho de que estemos en un hospital público que tiene pocos recursos que tiene poco personal que tiene muchos pacientes con necesidades pues entonces pasa que para compensar un poco ese déficit asistencial que hay los estudiantes que están en la sala tiene que hacer más trabajo”

“no lo de la jornada seria todo el día, esta de 7 a doce digamos o de dos a cuatro dos a seis o dos a ocho, o sea hay horarios extensos y bastante pesados”

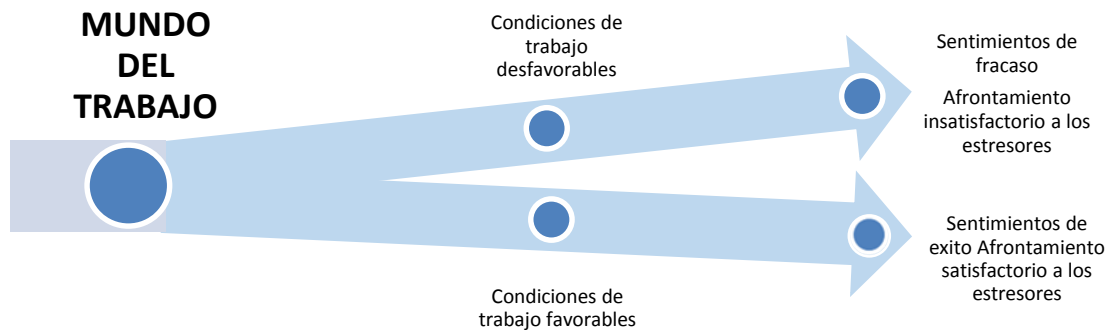
“...ponen as pacientes se quitan las horas de los almuerzos, las horas de trabajo son muy largas, los fines de semana completos hay turnos, ehh las conductas de los pacientes a veces no son la mejores porque lo dejan a uno solo y uno no sabe qué hacer con los pacientes, uno tiene que inventarse cosas o asumir conductas riesgosas o dejar conductas tomadas por uno en un momento pequeño en el que el docente baja y esas conductas no están basadas en conocimiento...”

“...todas esas situaciones llevan a bastante desmotivación a veces por la carrera, a preocupaciones, a maltrato, a poner demasiadas ordenes en general, eso es bullying y

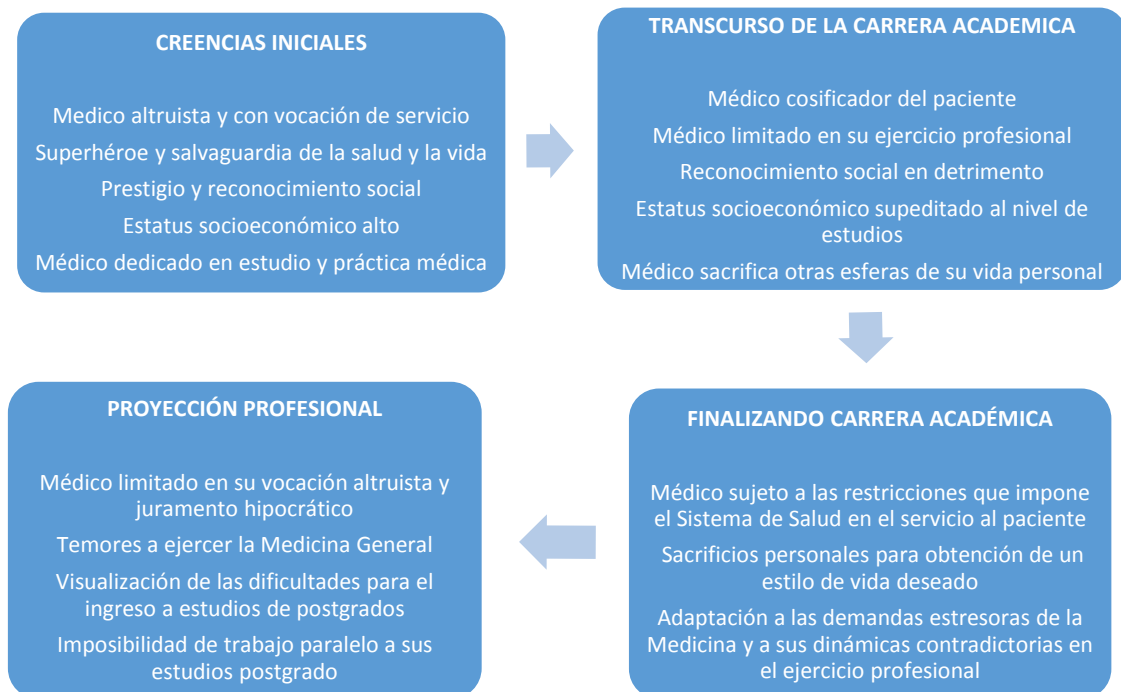
	<i>lleva en ocasiones, en algunos estudiantes, lleva a condiciones de depresión...”</i> <i>“ha sido muy muy influyente en las decisiones futuras de las cuales quiero tomar después de que me gradúe por ejemplo y no quiero hacer especialidad en Colombia”</i>
Sentimientos	Considera que se siente satisfecho con las metas que ha alcanzado a lo largo de su carrera, ya que tiene un interés sobre la investigación ha podido, pese a las condiciones que acaecen sobre ello, inmiscuirse en ese campo, lo que le permite adquirir experiencia en ello y ampliar su repertorio para la hoja de vida y, poder aplicar a becas y otros estímulos. Afirma que posee las bases clínicas para ejercer la medicina puesto que ha realizado su carrera en una buena universidad, por lo cual siente que puede llegar a ser un buen médico. Su proyección es internacionalizarse para poder irse a donde se valore el trabajo médico. <i>“si se han logrado por lo menos yo me he sentido satisfecho en lograr muchas cosas que van a apuntarme a mi desempeño formativo entre ellas esta lo investigativo precisamente haga estas actividades investigativas para poder tener digamos con antelación poder tener antes de graduarme experiencia investigativa publicación científica capacidad en liderazgo de proyecto de investigación”</i>

Anexo 6. LÍNEAS NARRATIVAS

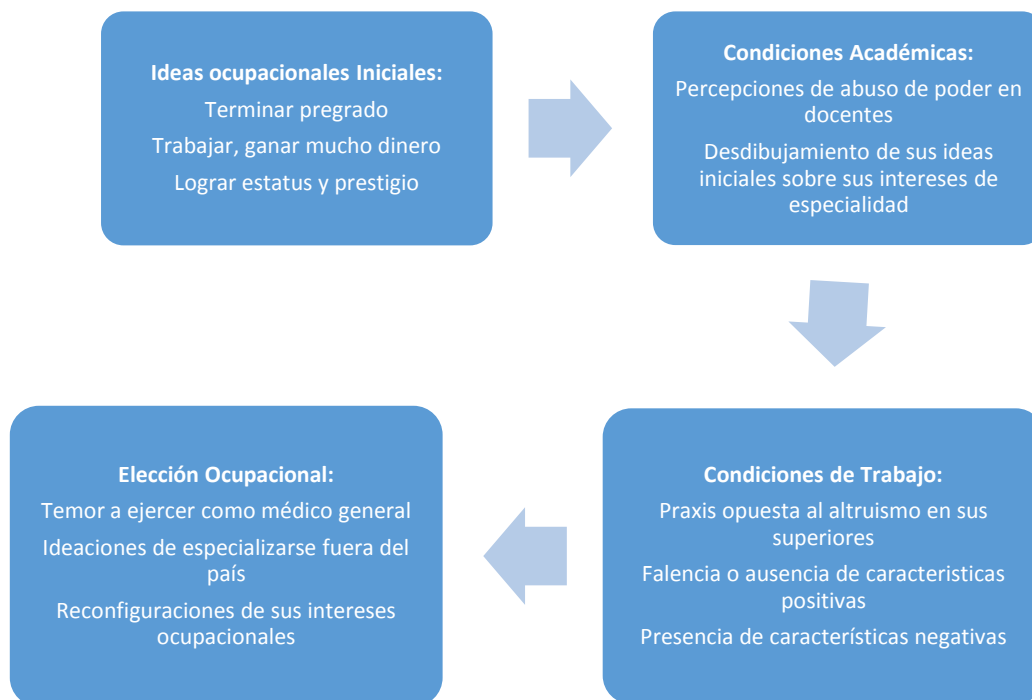
Condiciones del Mundo del trabajo



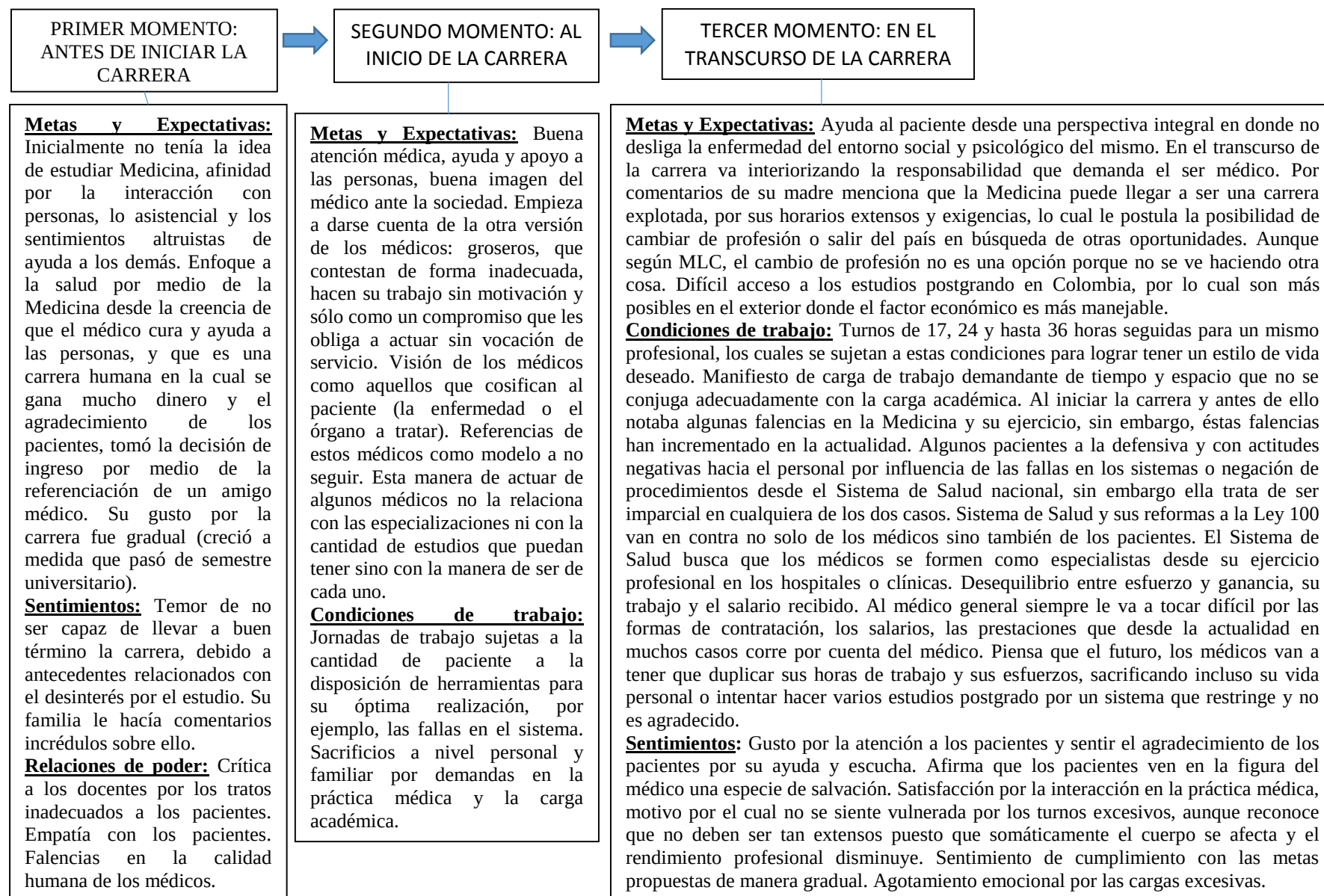
Transformación de las metas y expectativas



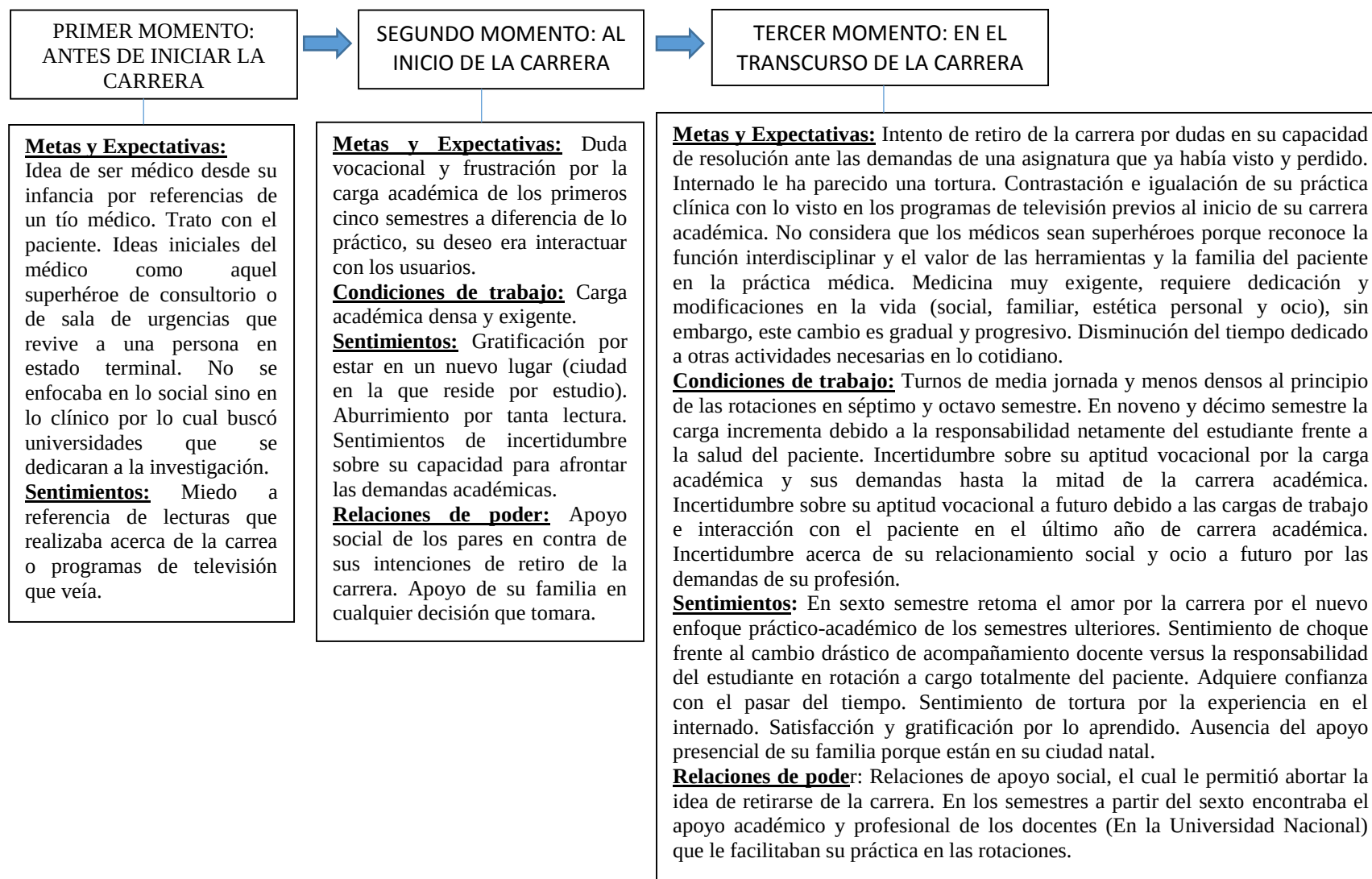
Reconfiguración ocupacional y profesional de postgrado



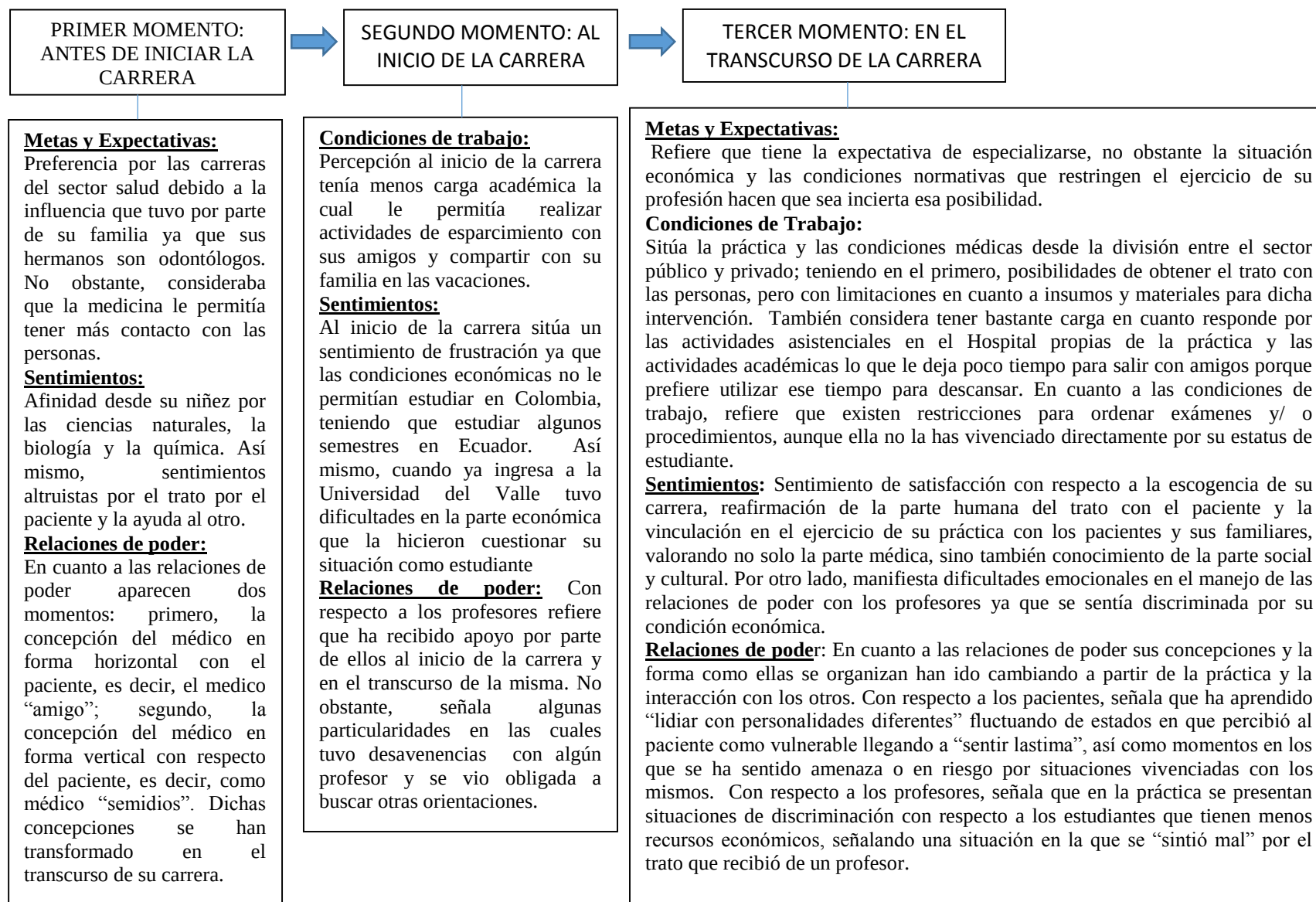
PARTICIPANTE N° 1 (MLC)



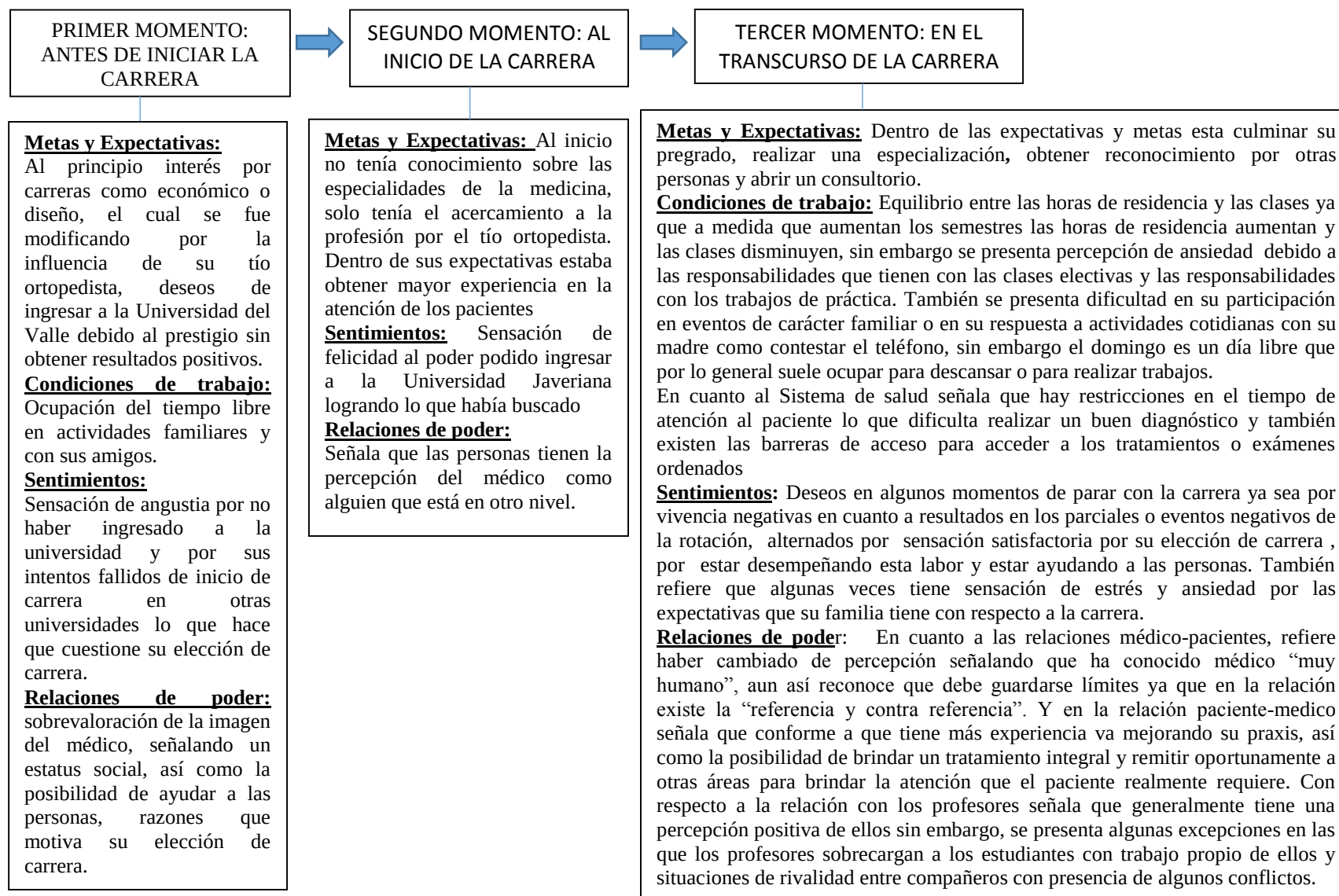
PARTICIPANTE N° 2 (JFN)



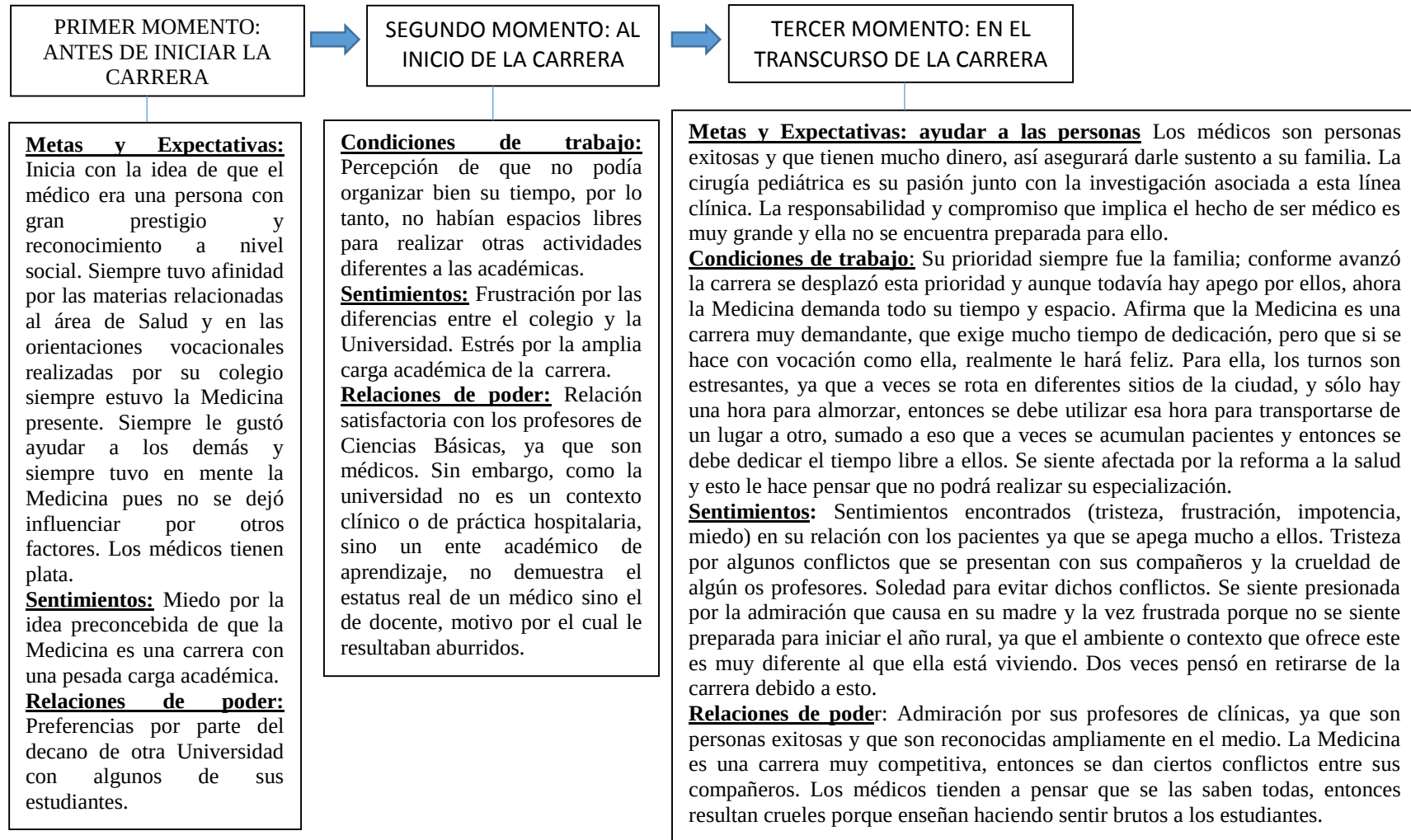
PARTICIPANTE N° 3



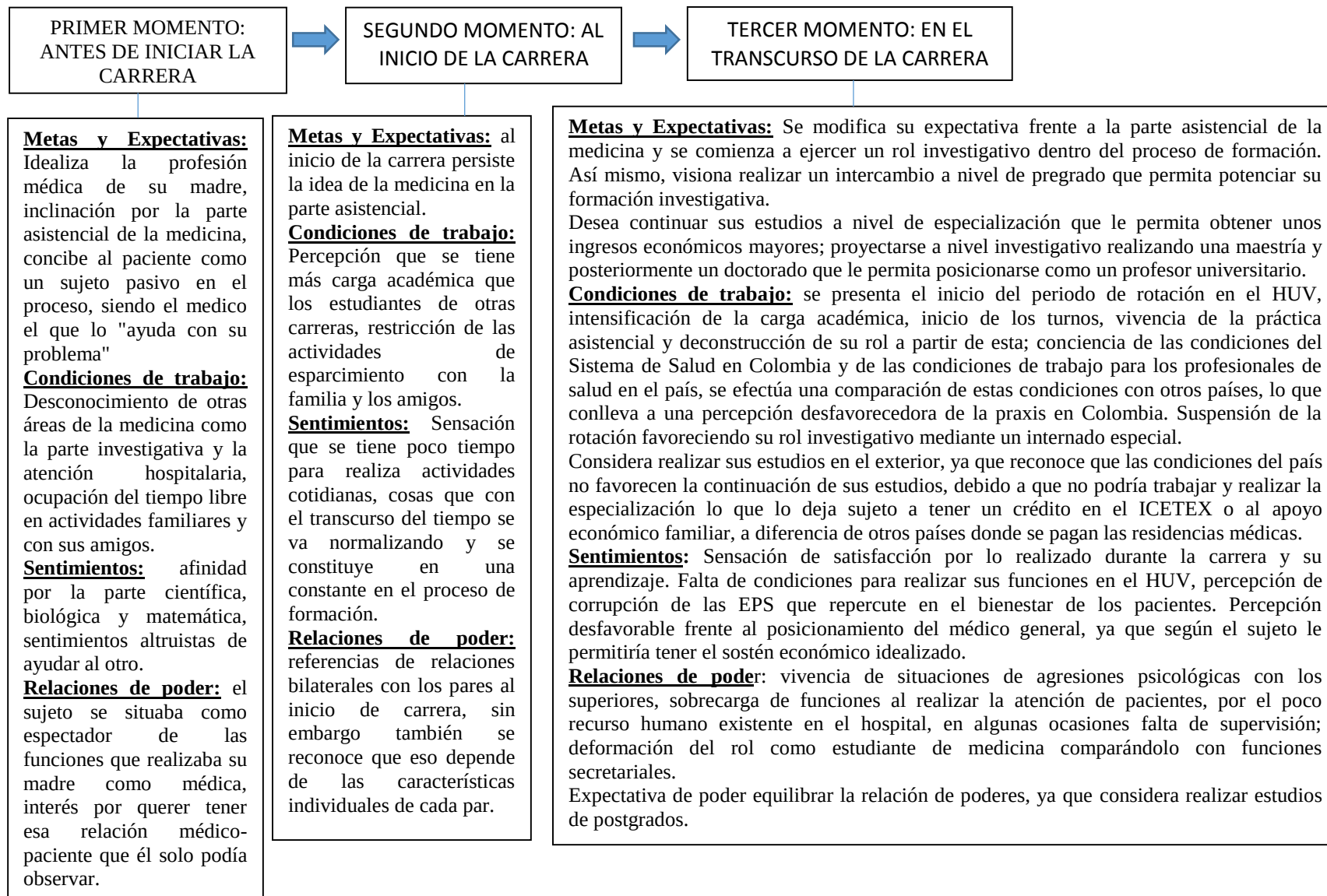
PARTICIPANTE N° 4



PARTICIPANTE N° 5



PARTICIPANTE N° 6 (KE)



PARTICIPANTE N° 7 (AU)

