

Ambiente clínico de aprendizaje de médicos residentes de medicina familiar umf 57 en tiempos de pandemia

María Fernanda Anzaldo Vera ¹, Laura Concepción Mómoz Vázquez ¹, Adán Sergio Bonilla Becerril ²
 Laura Julieta Romero López ¹, Verónica Torijano Carrera ¹

¹ Unidad de Medicina Familiar No. 57 IMSS “La Margarita”. Residente de Medicina Familiar Dirección: Avenida Fidel Velázquez esquina con 42 sur, U.H La Margarita Puebla. CP 72560

² Unidad de Medicina Familiar No. 2

Resumen

Un entorno de aprendizaje clínico es una entidad donde pasan interacciones sociales. No todos los escenarios hospitalarios dan ambientes de aprendizaje positivos para formar especialistas. Por la pandemia COVID 19, se han hecho ajustes educativos. Por lo que, se busca identificar factores que caracterizan los ambientes clínicos de aprendizaje y poder aportar un mejoramiento de los procesos educativos para formar residentes médicos. El objetivo del trabajo es determinar el estatus del ambiente clínico de aprendizaje en los Médicos Residentes de Medicina Familiar de la UMF #57 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), en tiempos de pandemia. Para lograr el objetivo se desarrolló un estudio prospectivo, transversal descriptivo, observacional; con una población integrada por 60 residentes de Medicina Familiar, adscritos a U.M.F. #57 del IMSS, en la Ciudad de Puebla, en el periodo del 1 de junio al 31 diciembre del 2021. La población evaluada debió cumplir los criterios de inclusión y exclusión, se evaluó mediante Instrumento, ACA-UNAM-MEX, los datos fueron analizados mediante estadística descriptiva, medidas de tendencia central y dispersión. Obteniendo resultados: respecto a las características sociodemográficas, se encontró una edad media de 31.13 años, género predominante femenino con un total de 55% y con una presencia mayoritaria de grado de R3 en un 35%. Con estado civil solteros en un 71.1% y estado socio económico de estrato medio alto con 61.7%. En general se aprecia un ambiente clínico de aprendizaje óptimo para los médicos residentes y así lograr mejores especialistas.

Abstract

A clinical learning environment is an entity where social interactions take place. Not all hospital scenarios give positive learning environments to train specialists. Due to the COVID 19 pandemic, educational adjustments have been made. Therefore, it seeks to identify factors that characterize clinical learning environments and to be able to provide an improvement in educational processes to train medical residents. The objective of the work is to determine the status of the clinical learning environment in the Resident Doctors of Family Medicine of the UMF # 57 of the Mexican Institute of Social Security (IMSS), in times of pandemic. To achieve the objective, a prospective, descriptive cross-sectional, observational study was developed; with a population composed of 60 residents of Family Medicine, attached to U.M.F. # 57 of the IMSS, in the City of Puebla, in the period from June 1 to December 31, 2021. The evaluated population had to meet the inclusion and exclusion criteria, it was evaluated by Instrument, ACA-UNAM-MEX, the data were analyzed using descriptive statistics, measures of central tendency and dispersion. Obtaining results: regarding the sociodemographic characteristics, an average age of 31.13 years was found, predominantly female gender with a total of 55% and with a majority presence of R3 grade in 35%. With single marital status in 71.1% and socio-economic status of upper middle stratum with 61.7%. In general, an optimal clinical learning environment is appreciated for resident doctors and thus achieve

Palabras clave: Residencia medica; Ambiente clínico; Pandemia

Keywords: Medical residence; clinical setting, Pandemic

1. INTRODUCCIÓN

La educación en el ámbito clínico es una parte muy importante en la formación de las especialidades médicas: un entorno de aprendizaje clínico es una entidad multidimensional, donde suceden complejas interacciones

sociales. La pandemia por COVID -19 que inicia en México a finales de febrero del 2020, ha tenido severas consecuencias de salud y económicas en todo el País, así como también ha afectado en percepciones y emociones de las personas. En los colaboradores de una empresa u organización y en particular en los que colaboran para el sector Salud les ha causado afectaciones emocionales, cognitivas y sociales a los que colaboran en México y en el mundo.

Por lo por qué, abordar las afectaciones mencionadas es de gran importancia en el momento que la humanidad vive en este 2020. Los trabajadores del área de la salud en particular los Médicos están colocados en primera línea en la lucha que se libra contra el COVID-19 atendiendo a pacientes infectados y afectados por la enfermedad, misma que además de contagios ha traído múltiples fallecimientos.

Continuando con el personal médico y como parte de él los residentes que cursan una especialidad quienes también están sumados a combatir a los pacientes contagiados por COVID-19 y por consiguiente los de la especialidad de Medicina familiar no son la excepción por lo que se considera un elemento principal en los recursos humanos como en el ambiente clínico de aprendizaje que se han visto afectados por la pandemia, situación entendible debido a que los Residentes Médicos son seres humanos que tienen al igual que todos fortalezas, debilidades, sentimientos y percepciones de la vida en general y de su entorno laboral.

El ambiente clínico de aprendizaje es una parte fundamental para el desarrollo integral de los futuros especialistas por lo que, es primordial la identificación de los factores que influyen este proceso para establecer una estrategia que ayude a mejorar los procesos educativos del ambiente clínico de aprendizaje de los residentes ya que se ha podido observar mediante diferentes estudios que el rendimiento laboral y de aprendizaje se ve modificado en sentido positivo teniendo así mejores resultados de trabajo que benefician a las instituciones de salud, como a los residentes en su aprendizaje, cuando se observa la presencia de un ambiente de clínico de aprendizaje bueno.

Adicionando a lo anterior el mencionar que el tipo de aprendizaje depende no solo de un esfuerzo individual por parte de los residentes, sino también es influido poderosamente por las cualidades del ambiente que enmarca las actividades docentes cotidianas.

A consecuencia de la pandemia, los médicos se encuentran con temor al acudir a trabajar ya que tienen miedo al contagio de ellos y de sus familias; se presenta ansiedad, enojo, necesidad de alejarse de su familia, o pedir incapacidades por presentar comorbilidades que los ponen vulnerables ante la Pandemia de COVID -19.

Como médicos residentes se han sufrido modificaciones en las tareas académicas y laborales como: suspensión de rotaciones por los diferentes servicios, en el programa académico; en un principio se suspendieron clases presenciales y posteriormente se retomaron por línea modalidad que no todos los profesores aceptaron haciendo que se retrasara a los residentes en los tiempos para cumplir con el programa académico.

En general el personal médico ha sufrido agresiones por la gente que dice no creer en la enfermedad y no tomar las medidas de higiene establecidas por la Secretaria de Salud a nivel Nacional, haciendo más difícil el desempeño laboral del personal de salud ya que aparte de tener preocupación por contagiarse al estar laborando, sufren de miedo y angustia al recibir agresiones al salir del hospital y al llegar a su domicilio aparte que lamentablemente se ha suscitado agresiones a familias del personal de salud. También se han presentado fallecimientos del personal de salud (médicos, enfermeras, camilleros, personal de apoyo etc.) al estar en primera línea atendiendo a personas que llegan con la enfermedad.

La insatisfacción del profesional de la salud conlleva un importante costo económico y social debido a su efecto sobre el clima laboral, el rendimiento y la prestación de los cuidados de salud (Consejo y Viesca, 2008).

Retomando todo lo expuesto los médicos como cualquier otro colaborador, además de las afectaciones mencionadas, también ha visto afectado su aprendizaje durante la pandemia COVID-19.

Por lo que es conveniente identificar los componentes que han detonado en estos cambios en el ambiente clínico de aprendizaje en los médicos residentes y así poder mejorar este ambiente clínico de aprendizaje por parte de la institución y los propios integrantes del grupo laboral- académico al que pertenece. En particular a los médicos residentes de la especialidad de medicina familiar, que en muchos de los casos se convierten en el primer contacto entre el paciente y la Institución que da el servicio médico y son los que reciban a los pacientes post Covid e irán dando seguimiento a las secuelas causadas por dicha enfermedad. Surgiendo la pregunta ¿Cómo es el ambiente clínico de aprendizaje de los médicos residentes de medicina familiar de la UMF # 57 la Margarita IMSS, durante la pandemia?, buscando lograr el objetivo siguiente: Determinar el ambiente clínico de aprendizaje de los Médicos Residentes de Medicina Familiar de la UMF #57 IMSS, durante la pandemia y teniendo la hipótesis: H₁: Existe ambiente clínico de aprendizaje satisfactorio en los residentes de medicina familiar de la UMF # 57 la Margarita IMSS durante la pandemia.

Utilizando una metodología en la que se participa de manera observacional, en un estudio descriptivo relacional y transversal.

El trabajo presenta la siguiente estructura, inicia con la revisión de la literatura, continua con la metodología, para dar paso a la discusión y cerrar con la conclusiones y referencias.

2. REVISIÓN DE LA LITERATURA

Clima educacional

Se denomina ambiente o clima educacional al conjunto de condiciones y sentimientos que experimentan y/o perciben los estudiantes en un contexto institucional determinado, y se considera un factor de gran importancia por el efecto que puede generar en el aspecto personal y sobre todo profesional. El ambiente clínico de aprendizaje es producto del ambiente físico y de las relaciones interpersonales, del estilo de comunicación dominante, de las presiones y factores estresantes, del sistema de reconocimientos y sanciones, es importante de igual manera las relaciones interpersonales que se mantienen en todas las jerarquías de la salud y su impacto a todo nivel (Galli-A, et al., 2014).

El ambiente académico es el espacio de la experiencia que conjunta experiencias, circunstancias y situaciones que conforman las condiciones de realización de las actividades con el propósito de formar especialistas médicos (Consejo y Viesca, 2008).

La evaluación del ambiente clínico de aprendizaje se focaliza en la percepción que los estudiantes tienen del contexto más allá de lo que podría ser apreciado objetivamente por un observador externo. La evaluación del ambiente clínico de aprendizaje busca conocer cómo se sienten los estudiantes en el aula y/o en el ámbito en el que realizan sus prácticas clínicas, con el propósito de identificar aquellas condiciones que deberían ser alentadas o favorecidas para que el ambiente-contexto contribuya al aprendizaje de los valores y

competencias definidos como resultados deseables además de poder observar al estudiante de igual manera como ser humano en su entorno laboral y no solo como becarios en proceso, pues en ocasiones este solo hecho para mucho personal de la salud y en todas sus esferas es motivo de no dar comodidades o simplemente lo justo que corresponde a las actividades realizadas tales como horarios de descanso, comida, entradas y salidas como marca el reglamento interno de cada institución (Galli-A, et al., 2014).

Existen investigaciones realizadas que permiten identificar características de los residentes en el ambiente clínico de enseñanza con equilibrio de género el 51% de los estudiantes eran hombres y el 49% mujeres, (Herrera et al., 2010). Y Anzaldo (2019) una edad promedio 31.02 años. Cárdenas et al., (2010) identifico en base al grado académico, 35 (50%) primer año, 27(39%) de segundo y 8 (11%) de tercer año. Prieto et al., (2015) obtuvo respecto al estado civil, soltero con un total del 71.7%

Sarmiento y Parra (2015), en su estudio encontró que, los reconocimientos salariales en España, son de tal magnitud que permiten que los estudiantes tengan condiciones adecuadas de desarrollo humano, mientras llevan a cabo sus estudios.

Finalmente, Anzaldo (2019) identificó Ambiente clínico de Aprendizaje en los médicos residentes de medicina familiar: 45.8% con una respuesta regular.

Duoc UC considera los ambientes de aprendizajes como el espacio físico o virtual en donde confluyen los estudiantes y docentes para interactuar pedagógicamente, utilizando métodos y técnicas, previamente establecidos, con la intención de desarrollar conocimientos, habilidades y actitudes, es decir, incrementar algún tipo de capacidad / competencia. El proceso de enseñanza- aprendizaje en ciencias de la salud se ve influenciado por diversos factores que justifican la utilización e implementación de nuevas metodologías y técnicas educativas en pro de alcanzar el perfil de egreso, requerido y cumplir con las exigencias y los estándares de calidad en la atención y seguridad de los pacientes (Neira-y Bustos, 2014).

La experiencia educativa está asociada a múltiples factores, personales y ambientales. En medicina el aprendizaje sucede en contextos clínicos al mismo tiempo que se realizan actividades ligadas a la atención. Los Ambientes Clínicos de Aprendizaje (ACA) pueden ser más o menos propicios para aprender, y se ubican en un continuo que va de lo expansivo a lo restrictivo. En lo expansivo se fomenta la inclusión del estudiante en las tareas del servicio al que pertenece, se favorece la supervisión constante de la práctica clínica, se establecen buenas relaciones entre profesores y alumnos, y se estimula la búsqueda del conocimiento y la investigación, así como el trabajo en equipo. Hay Ambientes Clínicos de Aprendizaje más enfocados a la labor asistencial que dejan poco espacio a lo educativo, aunque también hay sitios donde lo académico ocupa un lugar preponderante, pero con poca práctica clínica (Sutton et. al., 2014).

En la práctica clínica se consolidan los conocimientos, las habilidades adquiridas, los valores y las actitudes profesionales en circunstancias de trabajo. Hay ambientes de aprendizaje que son mejores que otros, no todos los escenarios hospitalarios donde se practica la medicina propician ambientes de aprendizaje positivos para la formación de los especialistas. La identificación de factores que caracterizan los ambientes clínicos de aprendizaje tiene el potencial de orientar las estrategias que coadyuvan al mejoramiento de los procesos educativos y sus resultados (Asociación Metropolitana de Medicina Familiar, 2020).

La enseñanza en los ambientes clínicos es una estrategia fundamental en la enseñanza de las profesiones de la Salud. Considerada como educación no formal en contraste con la educación formal de las aulas, la enseñanza

en los ambientes clínicos tiene su propia estructura y métodos de enseñanza. Tomando en cuenta los principios del constructivismo, del desarrollo de la expertise y de la reflexión se ofrece un modelo de enseñanza clínica. La creación de un clima de aprendizaje estimulante, la evaluación de los estudiantes en la práctica, principalmente a través de la observación directa de sus desempeños, la provisión de devoluciones significativas y el compromiso en la reflexión son los principales componentes (Dionisio et al., 2014).

El abordar ambiente clínico de aprendizaje exige mencionar lo que respecta al entorno y clima de aprendizaje, entendiéndose por este último, la interacción, la comunicación entre los que se encuentran dentro del proceso de enseñanza – aprendizaje, esta debe darse entre el docente y los alumnos y viceversa, así como alumno – alumno. Un clima de aprendizaje sano exige: armonía, confianza, seguridad, respeto, para que los estudiantes, tengan libertad para expresarse, dar a conocer alguna inquietud o duda a favor de la obtención de un verdadero aprendizaje, establecimiento de normas y reglas que ayudarán al Proceso (Vera et. al., 2018).

La necesidad de evaluar y mejorar la educación médica, en particular la formación de médicos especialistas durante la residencia médica ha quedado bien descrita por organismos internacionales y regionales durante las últimas dos décadas. También existen estándares internacionales de calidad en cuanto a la educación teórica y práctica en las residencias médicas. La información obtenida mediante encuestas a médicos en formación en las residencias médicas es utilizada como parte del proceso de acreditación a dichas residencias médicas para evaluar la calidad de la formación. (Saldias F, et al., 2014).

El ambiente educacional, estrechamente vinculado a la calidad de la enseñanza, debe ser considerado en la educación médica tanto de pregrado como de posgrado dado que se ha reconocido su influencia en la motivación, en los procesos de aprendizaje y en los resultados cognitivos y actitudinales (Consejo y Viesca, 2008). La evaluación del ambiente educacional permite detectar las fortalezas y debilidades de los programas de formación de pos título y proponer las medidas para obtener mejores resultados en la formación de especialistas (Olivares y Heredia, 2012).

En la actualidad con la sobrepoblación sobre todo en el sector salud, se ve al médico como un trabajador de alto rendimiento sin mirar su calidad de vida social, familiar y de salud y de la manera en que esta, con el paso de los años y con el ritmo tan fuerte de las instituciones va cambiando la manera de pensar y actuar de los médicos y los médicos residentes, finalmente son los médicos maestros con estos problemas de los cuales están aprendiendo los estudiantes dándose cuenta de los factores que implica trabajar en una institución pública y en muchas ocasiones mal interpretar y desaprovechar todas la oportunidades que ofrecen estas (Anzaldo, 2019).

A pesar de que los médicos residentes se les considera estudiantes por ser becarios, es también reconocido que son una piedra angular de la fuerza de trabajo en las instituciones de educación, que en su mayoría son de carácter público, y que en diversas ocasiones se les ve como titulares del servicio de rotación por delegación de los médicos a cargo lo cual es algo incorrecto y penado por los reglamentos internos de las instituciones, situación que da un mal ejemplo a la formación de residentes, dando malas costumbres para la práctica profesional, con lo mencionado y citando un ejemplo de muchos que suceden en la práctica cotidiana como el anterior, tenemos en cuenta que el ambiente, necesidades, y expectativas de los estudiantes es llegar a aprender de los maestros bajo un ambiente académico agradable, teniendo satisfacción de las expectativas con las que ingresan y ayudando a las necesidades de instituciones de salud, por lo que también se debe tomar en cuenta a los estudiantes como una fuerza de trabajo importante, ver sus condiciones y ambientes laborales con los que cuentan para que tengan un mejor desarrollo académico y educarlos bajo normas sociales,

formativas y éticas para lograr mejores profesionistas (Anzaldo, 2019), con la situación de pandemia que estamos viviendo se ha modificado mucho el ambiente clínico de aprendizaje de los médicos residentes ya que muchas rotaciones de especialidades se suspendieron así como clases académicas llevando al médico residente cubrir jornadas laborales de 24 horas seguidas; en ocasiones sin poder contar con la infraestructura necesaria para tener tiempos de descanso durante su jornada laboral como marcan los reglamentos internos de cada institución (Galli-A, et al., 2014) generando así una satisfacción laboral disminuida.

Teniendo en cuenta la participación como circunstancia más o menos propicia para que se externen sistemáticamente los puntos de vista para cuestionar, indagar o proponer acerca de qué, cómo, por qué y para qué las actividades (Consejo y Viesca, 2008). Con esto podemos deducir la falta de apertura para la opinión de los residentes sobre su educación y ambiente clínico de aprendizaje, esto también es algo ilógico pues son los residentes los que están en ese ambiente y se podrían hacer mejoras a los programas de enseñanza si se tomaran en cuenta estas opiniones (Anzaldo, 2019).

En la medida en que el médico residente desarrolle una percepción más penetrante del ambiente, de cómo influye, que comprenda que los usos y costumbres no son para siempre, que externar con la mayor sinceridad sus puntos de vista, así será el grado en que pueda contribuir a la superación de los ambientes para mejorar su aprendizaje. Es evidente que los entornos laborales tradicionales son pocos reflexivos y que no solo contribuyen al pobre desarrollo de competencias y aptitudes, sino que pueden ser fuente de conflicto entre los integrantes, lo cual lleva a redefinir sus características para que contribuyan a generar un ambiente propicio para la reflexión (Consejo y Viesca, 2008).

El sistema de residencias médicas constituye la base de la educación médica de posgrado y es considerado hasta ahora el mejor procedimiento que permite la transición del estudiante graduado a médico general o especializado (Prieto et. al., 2015).

Los hospitales son los escenarios donde se desarrolla el citado proceso de enseñanza-aprendizaje. Formar y capacitar los futuros especialistas del país y organizar la práctica educativa dentro de un sistema administrativo que tiene que adecuarse a un método de racionalidad y administración educativa implica un reto todavía inalcanzable para muchos. Esto significa que las autoridades hospitalarias deben tener una profunda comprensión de los requisitos básicos para la investigación científica y la docencia, y al mismo tiempo, favorecer su desenvolvimiento normal como hospital público. Deben ocuparse además del bienestar de los estudiantes, del personal docente y de supervisión; de la conformación y funcionamiento de consejos educativos que analicen y supervisen de manera permanente el desarrollo educativo y, estimulen el perfeccionamiento docente como estrategia de actualización curricular continua (Prieto et. al, 2015).

Las autoridades está claro que juegan un papel esencial en la formación del médico residente, tiene que estar enterados de las necesidades de los residentes, así como todo el personal que involucra el ambiente educacional, actualizando de igual manera al personal que se encuentra al frente de estas direcciones con el propósito de mejores resultados, las necesidades de los residentes son algo importante y que intervienen de manera directa en su ambiente aprendizaje un ejemplo muy básico y cotidiano es el que no se cuenta con una residencia de descanso e instalaciones sanitarias adecuadas para poder realizar las jornadas de trabajo de hasta 36 o más horas continuas, un comedor con dietas balanceadas y en cantidades suficientes para los aportes de energía que se necesitan para las jornadas laborales; por otro lado es difícil, el poder conseguir becas para congresos o talleres, para la actualización y mejoras académicas para una importante fuerza de trabajo como son los residentes médicos (Anzaldo, 2019). Con la pandemia de COVID-19 el personal de salud se convirtió en

el primer fuerte de trabajo de las instituciones de salud, realizado solamente practica los primeros meses de la pandemia sin recibir aporte educativo.

El tipo de aprendizaje depende no solo de un esfuerzo individual y colectivo consciente y deliberado por parte de los residentes sino también es influido poderosamente por las cualidades del ambiente que enmarca las actividades docentes cotidianas, actualmente afectadas por la pandemia (Cárdenas, et al.,2010).

Entre los aspectos positivos del ambiente clínico de aprendizaje, destaca la ausencia de discriminación por raza o por sexo y la buena colaboración entre los residentes, siendo estos factores protectores que contribuyen al bienestar de los alumnos. Además, los residentes perciben que los docentes tienen buenas destrezas clínicas y que su trabajo asistencial tiene lugar en un ambiente físico seguro (Herrera C, et al., 2012).

Pandemia

Una pandemia es la propagación de una nueva enfermedad a nivel mundial”. Se puede producir una pandemia cuando un nuevo microorganismo patógeno se propaga por el mundo y la mayoría de la población no tiene inmunidad contra él, generalmente estas nuevas enfermedades provienen de patógenos que afectan a ciertos animales.

Tanto en el caso de enfermedades estacionales como pandémicas, el número de personas que enferman gravemente puede variar, sin embargo, la gravedad tiende a ser más frecuente en pacientes infectados con éstas últimas, ya que carecen de anticuerpos específicos que puedan combatir el nuevo agente infeccioso.

Covid-19

Es la enfermedad contagiosa, causada por una especie de coronavirus es identificado en el mes de diciembre de 2019, la cual actualmente se denomina SARS- CoV-2, debido a que se asocia con síndrome respiratorio agudo severo. Se presentó un brote de la enfermedad causada por este virus en la ciudad de WUHAN, en la provincia de Hubei, en China, a finales de 2019.

Cronología: El 21/01/20, se informa la existencia de casos en el continente americano, especialmente en los Estados Unidos de América, en personas con antecedentes de viaje reciente a Wuhan. 11/02/20, el comité Internacional de Taxonomía de Virus (ICTV), señala que el nombre oficial del virus causante de la enfermedad es SARS- CoV-2, ya que es un nuevo miembro de la familia del coronavirus asociado con síndrome respiratorio agudo severo (SARS-CoV). 28/02/20, Se confirman los primeros casos de COVID-19 en México, en dos personas con antecedente de viaje a Italia. 18/03/20, primera muerte de un paciente con COVID-19 en México.

Síntomas SARS-CoV-2: fiebre, tos, escalofríos, rinorrea, artralgia, disnea, mialgias, diarrea, disgeusia, anosmia.

Se presenta especialmente en adultos mayores y con comorbilidades, ocasionando una evolución rápidamente a: neumonía, síndrome de insuficiencia respiratoria aguda, choque séptico, insuficiencia renal, falla orgánica múltiple y muerte.

Mecanismos de transmisión: Gotas respiratorias (saliva o de moco, de la boca o de la nariz): al inhalar las partículas infectantes que son expulsadas por una persona infectada o enferma al hablar, estornudar, toser, cantar, gritar. Contacto por fómites: al tocar una superficie u objeto contaminado con dichas partículas

infectantes y posteriormente, tocarse los ojos, la nariz o la boca. Aerosoles: al inhalar partículas infectantes que son resultados de la mezcla del virus con partículas en el aire, las cuales pueden flotar por largas distancias a manera de aerosol. Estas suelen producirse durante procedimientos médicos, como la intubación orotraqueal.

El gobierno de México tomo como medida para regular actividades de la pandemia el manejar semáforos con los siguientes colores y significados: Rojo ocupación de camas mayor al 65% o 2 semanas con aumento de casos, Naranja menos del 65% de camas ocupadas y 2 semanas de casos a la baja, Amarillo menos del 50% de camas ocupadas y 2 semanas de casos a la baja y Verde ocupación menor al 50% y un mes con ocupación baja estable (Cortes A. y Alomía Z. 2020).

COVID-19 en Puebla, tiene la siguiente cronología: el 10 de marzo 2020 se confirma el primer caso de en Puebla, por un proveedor externo de una planta automotriz proveniente de Italia dio positivo a la prueba, el 18 de marzo 2020 el Gobierno de Puebla informó que una familia que viajó a Estados Unidos dio positivo a la prueba y al ocultar el hecho obligó a que 140 personas tuvieran que estar en cuarentena, el 14 de marzo 2020 la Secretaria de Educación Pública (SEP) anuncia suspensión de clases a partir del día 20, en ese mismo día 2 armadoras automotrices ubicadas en Puebla deciden suspender operaciones debido a la pandemia, el 30 de marzo 2020 el gobernador del Estado anuncia la reconversión de 5 hospitales para atender a enfermos de coronavirus, el 29 de marzo 2020 se registra la 1ª muerte en Puebla por la referida enfermedad y a partir del 31 de marzo 2020 se inicia con diversas medidas por la pandemia como postergación de clases, se pone en marcha el programa hoy no circula se cierran algunas calles para el flujo vehicular en el centro de Puebla capital y se desatan acciones violentas por pedir el uso de cubrebocas, agresiones al personal de salud, pero las acciones tomadas poco han funcionado al seguir en aumento los contagios, se presenta una segunda ola de contagios en el mes de enero 2021, una tercera ola en el mes de junio 2021, actualmente en el país se lleva un número de contagios hasta el mes de abril 2022 es de 5.4 millones y número de muertes hasta el mes de abril 2022 es de 324 mil, se han registrado en Puebla los siguientes casos acumulados: 133481 casos confirmados de coronavirus, 16492 muertes y el estado de Puebla se encuentra en semáforo amarillo, riesgo medio (Gobierno de Puebla, 2020).

Residencias médicas

Actualmente el Sistema nacional de Salud registra un total de 28 000 residentes que se encuentran en 80 cursos de especialidad (<https://www.eluniversal.com.mx/opinion/residencias-medicas-covid-19-y-funam, 2020>).

Una residencia satisface la necesidad e interés de un médico general por ampliar su desarrollo profesional con conocimientos, destrezas y valores, por lo mencionado anteriormente el médico general presenta la necesidad de integrarse a cursar una especialidad médica, para profundizar y ampliar sus conocimientos (Rodríguez y Ramírez, 2016).

Las residencias médicas son los estudios de posgrado a los que un Médico General decide integrarse para convertirse en especialista, en México las residencias médicas tienen una historia y tradición; los estudios son avalados por instituciones educativas en el territorio nacional conjuntamente con Instituciones de Salud y Hospitales (<https://www.eluniversal.com.mx/opinion/residencias-medicas-covid-19-y-funam, 2020>).

El estudiar una residencia medica demanda un compromiso con la especialidad elegida para que el residente se implique con aprendizaje de conocimientos, destrezas y valores propios de la especialidad en la institución

a la que ingrese para su desarrollo profesional y en donde pueda, además, ser de mayor utilidad a los pacientes y a la sociedad. El residente tiene la opción de escoger la especialidad y debe adoptar y reconocer las obligaciones y los deberes para con la universidad a la que se esté incorporado; también debe aceptar y participar en una sana interrelación con maestros, compañeros, residentes de los diferentes años de cada residencia y establecer comunicación con el personal de salud donde esté llevando el programa, enlazando todo este proceso madurez de parte del residente, para exhibir un comportamiento acorde a un profesional de la medicina (Rodríguez y Ramírez, 2016).

Los residentes son reducidos a un indicador más de recursos humanos para la salud. El médico residente en formación académico-científica está sumergido en esta vorágine deshumanizada y termina por convertirse en un individuo para el cual el dominio del conocimiento es un instrumento de poder. En este proceso olvida que su actuar y su razón de ser radican en el principio de *primun non nocere* de servir (Carrillo y Gómez 2014).

La profesión médica siempre ha sido considerada exigente y compleja sin embargo en los últimos años se han realizado investigaciones en distintos países principalmente en los desarrollados, que se han centrado en el maltrato y el abuso en la formación médica en pre y posgrado.

En las instituciones de salud mexicanas existe un fenómeno de desinterés y apatía ante el trabajo, a raíz del exceso de trabajo rutinario rígido y repetitivo. (Durante E., 2012).

A partir de que inicia la pandemia en México las y los residentes forman parte del grupo de trabajadores de la salud que están en primera línea en enfrentando a los enfermos de COVID-19, teniendo por la labor que se encuentran realizando consecuencias personales, familiares y sociales, aun con esas consecuencias los residentes médicos, por convicción, profesionalismo y valor permanecen por largas jornadas en los hospitales con equipos de protección que no les dan la libertad de moverse, comer, descansar, ir al baño y en ocasiones les causan daños en la piel, pero que son indispensables para que se protejan en el desempeño de su labor (Gobierno de Puebla, 2020).

En los últimos años se ha planteado en España la necesidad de controlar el horario de trabajo de los residentes, así como de defender la idea de que un exceso de horas trabajadas sin descanso no constituye una forma adecuada de aumentar su experiencia (Vera et al., 2018).

Los residentes médicos al elegir una especialidad adquieren múltiples compromisos con diferentes actores, lo que puede detonar en algunos de ellos afectaciones en su calidad de vida.

El deterioro en la calidad de vida se enfoca en los síntomas de desgaste, profesional que impactan, negativamente en su salud, y sensación subjetiva de satisfacción personal, aunque la mayoría de las escalas de calidad de vida se han enfocado en los pacientes, algunas de ellas han sido aplicadas a residentes, para evaluar sus condiciones de aprendizaje, y de trabajo, a fin de ponerse en armonía con los objetivos de la legislación, la ética y la universal aspiración de salud. Se estima necesaria una reconsideración basada en criterios éticos, de salud y de psicología organizacional, que beneficien al médico en formación y que redunden en la calidad de salud (Sarmiento y Parra, 2015).

Especialidad médica

La educación en el ámbito de la clínica es una parte integral de la formación de las especializaciones médicas. Un entorno de aprendizaje clínico es una entidad multidimensional donde suceden complejas interacciones sociales. La interdependencia entre el sistema de salud y la educación se expresa en la práctica clínica e impacta tanto en el diseño institucional como en el instruccional (Anzaldo, 2019).

La Especialidad Médica presencial es un proceso educativo que requiere de programas académicos actualizados, docentes convenientes y campos clínicos adecuados que les concedan lograr aprendizajes reales (Sutton et al., 2013). La Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos en Salud (CIFRHS), publica cada año la cantidad de plazas para aspirantes a las residencias médicas y se regula la obtención de plazas con un examen único de ingreso a cargo de la Secretaría de Salud. Como parte de su distribución orgánica se establece el Comité de Enseñanza de Posgrado y Educación Continua (CEPEC), en el que se comisiona el compromiso de coordinar la selección de médicos aspirantes a una especialidad médica, a través del Examen Nacional de Aspirantes a Residencias Médicas (ENARM) (Fajardo G. et. al., 2015).

La especialidad en medicina familiar

La Medicina Familiar llega a México con posterioridad a tener presencia en Estados Unidos, Canadá y Reino Unido. La especialidad en Medicina Familiar que atiende los problemas de salud de las personas en el ambiente de su entorno familiar, con atención en sus redes sociales y culturales; considerando además la situación de vida y trabajo (Vázquez D, 2018).

La especialidad es amplia y complicada exige contar con herramientas y conocimientos que le son propios y para poder ejercerla se requiere de una formación específica de posgrado y una actualización continua, el especialista en medicina familiar se ha convertido en el primer contacto entre el paciente y la atención a su salud ya sea por una clínica pública o privada (De la Cruz et al., 2016).

Por lo anterior, la Administración sanitaria tiene un gran interés por mejorar la calidad de los servicios prestados a la población y por el grado de satisfacción del paciente, sin embargo hace poco hincapié en conocer la satisfacción de sus trabajadores y la calidad de vida profesional, a pesar de que el bienestar laboral de los profesionales influye en la efectividad de su trabajo García Sánchez define el concepto de calidad de vida profesional como la experiencia de bienestar derivada del equilibrio que percibe el individuo entre las demandas o carga de trabajo desafiante, intenso y complejo, y los recursos (psicológicos, organizacionales y relacionales) de que dispone para afrontar esas demandas. Hasta la actualidad en España hay un solo estudio que evalúe la calidad de vida de los residentes. Sin embargo, en otros países de Europa y América se han llevado a cabo estudios para conocer tanto aspectos relacionados con la calidad de vida profesional de los residentes como la calidad asistencial que estos prestan. Estos dos aspectos se ven influenciados de forma inequívoca por la realización de guardias. Las guardias implican una privación de sueño que va en detrimento de la calidad de vida de los residentes, sobre todo cuando el residente se ve obligado a continuar su interminable jornada laboral tras 24 horas de asistencia médica continuada. Las guardias realizadas en los servicios de urgencias son las que más merman la calidad de vida de los residentes y la calidad de su labor asistencial, dado que los servicios de urgencias son lugares generadores de estrés por excelencia, y es precisamente en los servicios de urgencias donde el residente desarrolla gran parte de su labor asistencial, sobre todo los primeros años de la formación médica especializada. (Aguirre-Hernández, et. al., 2011).

El estado de ánimo influye en la forma de expresión de la personalidad, donde el neurotismo alude a un nivel típico de ajuste emocional del individuo. Los niveles más altos en esta dimensión experimentan aflicción emocional. Entre sus diferentes manifestaciones están la ansiedad, depresión y la hostilidad (Aguirre, López y Flores. (2011).)

Por lo tanto, ratificamos que la Administración sanitaria tiene un gran interés por mejorar la calidad de los servicios prestados a la población y por el grado de satisfacción del paciente, sin embargo, hace poco hincapié en conocer la satisfacción de sus trabajadores y la calidad de vida profesional, a pesar de que el bienestar laboral de los profesionales influye en la efectividad de su trabajo (Goñi, et. Al., 2015).

Sumado el agotamiento emocional que se refiere a la sensación del individuo de estar agotado en cuanto a los recursos emocionales. El endurecimiento emocional o cinismo implica una respuesta negativa, insensible y excesivamente indiferente frente a los receptores de la asistencia. La menor realización personal conlleva a la sensación de menor competencia y logros en el trabajo (Donovan-Casas P, et al., 2013).

Los tutores de Medicina Familiar tienen una mayor experiencia docente, menos residentes a su cargo, han pertenecido con mayor frecuencia a la comisión de docencia y dan mayor importancia a la supervisión del libro del residente (Torres, 2010).

La vida es un aspecto trascendental en el proceso formativo y académico de un profesional que se mezcla con las relaciones de poder, las que terminarán influyendo en la práctica clínica diaria. Así, el resultado es que tenemos médicos especialistas o subespecialistas que han sido influenciados por las exigencias de la residencia, para que, en algunos casos, la relación médico-paciente no sea óptima (Torres, 2010).

3. METODOLOGÍA

La presente investigación se llevó a cabo en U.M.F. No. 57 del IMSS, en la Ciudad de Puebla, en el periodo comprendido del 1 de junio al 31 diciembre del 2021.

La Población fuente considerada fueron todos los residentes de medicina familiar adscritos a la U.M.F. No.57 del IMSS. Con una Población elegible integrada por residentes de medicina familiar, adscritos a la U.M.F. No.57 del IMSS. Puebla, durante el periodo comprendido entre el 1 de junio al 31 diciembre del 2021. Que reúnan los criterios de selección, durante el periodo mencionado: Residentes de Medicina Familiar adscritos a la UMF #57 IMSS, Ambos géneros, Médicos residentes que acepten participar en el estudio, previo consentimiento informado.

Se tomo a la población total de Médicos Residentes de la Especialidad de Medicina Familiar (R1, R2 y R3) adscritos a la UMF 57 en Estado de Puebla en el periodo 1 de junio al 31 diciembre del 2021 con un total de 60 residentes, mismo número que se consideró como muestra por conveniencia.

Los instrumentos utilizados permitieron caracterizar la muestra con lo siguiente: edad, género, estado civil, escolaridad y Nivel socio económico.

El Nivel socio económico se trabajó por medio de método de Graffar que plantea la estratificación social de la población tomando en cuenta el perfil social, económico y cultural quedando como: estrato alto, medio alto,

medio bajo, obrero, marginal. Con las variables: Profesión del jefe de familia: constituido por 5 ítems, Nivel de instrucción de la madre. Constituido por 5 ítems, Principal fuente de ingresos. Constituido por 5 ítems y condiciones de la vivienda; constituid por 5 ítems. Se califica de acuerdo con el puntaje obtenido el cual su interpretación es: 04-06 Estrato alto, 07-09 Estrato medio alto, 10-12 Estrato medio bajo, 13-16 Estrato obrero y 17-20 Estrato marginal 21.

Para el Ambiente clínico de aprendizaje, se utilizó una encuesta aplicando el instrumento ACA UNAM MEX que se integra por cuatro dimensiones:

Relaciones interpersonales: son aquellas que suceden entre los individuos en un contexto social específico donde existe la división del trabajo, así como dispositivos para la comunicación, la colaboración y la mediación de conflictos de acuerdo con una cultura compartida.

Procesos educativos: son aquellos orientados a la enseñanza y aprendizaje, y se estructuran pedagógicamente en programas, métodos didácticos, uso de tecnología educativa y evaluación. Su objetivo es la adquisición de conocimientos, habilidades y actitudes para su aplicación a problemas de la práctica profesional.

Cultura institucional: se refiere al conjunto de disposiciones (normas, reglas, esquemas) ideológicas y prácticas basadas en creencias, costumbres y formas de ser y hacer compartidas. En las instituciones existen rasgos que propician u obstaculizan el cambio, la innovación y el desarrollo de los recursos humanos bajo preceptos éticos y prácticas concretas. En la institución las posiciones de los agentes son diferentes y participan en relaciones de poder específicas basadas en metas y visiones compartidas que justifican su existencia, su identidad y el sentido de pertenencia.

Dinámica del servicio: el servicio de cada especialidad es el marco donde se organizan las actividades académicas y asistenciales de los estudiantes. Es el espacio social en el que tiene lugar el contacto con los pacientes y con el personal de salud, donde se lleva a cabo el paso de visita y la entrega de guardia, y donde el aprendizaje supervisado basado en la práctica tiene lugar. Es también el sitio donde surgen las preguntas clínicas de investigación que permiten el avance del conocimiento científico. Por estas razones, esta dimensión es el núcleo del ambiente clínico de aprendizaje y la unidad de análisis básica de la investigación. Es aquí donde confluyen las tres dimensiones anteriores y el contexto en que se forman los médicos que realizan una especialidad.

El instrumento ACA-UNAM-MEX, está constituido por 46 ítems. Con escala de respuesta a las preguntas tipo Likert de cuatro opciones: casi siempre, regularmente, en algunas ocasiones y casi nunca, el resultado de la aplicación del instrumento, se obtiene recodificando las respuestas, reemplazando «Siempre» por número 4, «Regularmente» por el número 3, «En algunas ocasiones» por número 2, y «Casi nunca» por número 1, obteniéndose como interpretación de ambiente clínico de aprendizaje: Bueno: 112-85, Regular 84-57 y Malo 56-28.

También se indagó información respecto al Desempeño académico: nivel de conocimientos demostrado en un área o materia comparada con la norma de edad y nivel académico medido mediante la revisión de expedientes académicos, en base en el promedio de cada residente de la UMF #57.

Como apoyo adicional para obtención de la información de campo se realizó la operalización de variables, Tabla 1.

Tabla 1. Operacionalización de variables.

Variable	Indicadores	Parámetro	Tipo de Variable	Escala de medición
Genero	Lo referido por el encuestado(a).	1. Masculino 2. Femenino	Cualitativa	Nominal dicotómica
Edad	La referida por el encuestado (a).	Años cumplidos	Cuantitativa	Razón
Escolaridad	Lo referido por el encuestado(a)	1. Analfabeta 2. Primaria 3. Secundaria 4. Preparatoria 5. Técnico 6. Licenciatura	Cualitativa	Ordinal
Estado Civil	Lo referido por el encuestado (a).	1. Soltera(o) 2. Casada(o) 3. Unión libre 4. Divorciada(o) 5. Viuda(o) 6. Separada(o)	Cualitativa	Nominal Policotómica
Nivel Socioeconómico	De acuerdo a la puntuación obtenida en la escala GRAFFAR-MÉNDEZ CASTELLANOS	1. Estrato alto: 4-6 2. Estrato medio alto: 7-9 3. Estrato medio bajo: 10-12 4. Estrato obrero: 13-16 5. Estrato marginal: 17-20	Cualitativa	Ordinal Policotómica
Desempeño Académico	De acuerdo a revisión de expedientes académicos	1. 0 – 10	Cualitativa	Ordinal Policotómica
Ambiente clínico	ACA-UNAM-MEX	1.-BUENO 112-85 2.-REGULAR 84-57 3.-DEFICIENTE 56-28	Cualitativa	Ordinal Policotómica

Fuente: Elaboración propia.

Continuando la aplicación del instrumento de los instrumentos a los Residentes de Medicina Familiar de la UMF # 57, mediante el cual se midieron las características del ambiente de aprendizaje de los residentes durante la pandemia COVID-19, permitiéndonos con esto realizar una propuesta de mejora en este sentido, y mejorar la calidad de aprendizaje para lograr mejores especialistas.

Obtenida la información, se realizó el análisis univariado de las variables de investigación y de las sociodemográficas; con medidas de tendencia central y dispersión para las variables numéricas y medición de frecuencias (proporciones) para las variables categóricas.

4. RESULTADOS

Se demostró una media 31.3 años con un mínimo de 26 años y un máximo de 44 años en los residentes de los tres años de especialidad, Tabla 2.

Tabla 2. Distribución por edad

Total	60
Mínimo	26
Máximo	44
Media	31.13
Desviación Estándar	3.84
Mediana	30.50
Moda	28

Fuente: Ambiente clínico de aprendizaje en los médicos residentes de medicina familiar de la UMF # 57, en tiempos de pandemia.

Se puede ver que en este estudio prevaleció el género femenino con un total de 55% género femenino, Tabla 3.

Tabla 3. Distribución por Género

	n	%
Hombre	27	45
Mujer	33	55
Total	60	100

Fuente: Ambiente clínico de aprendizaje en los médicos residentes de medicina familiar de la UMF # 57, en tiempos de pandemia.

Se obtuvo un total de 60 residentes de los cuales fueron más residentes en el grado R1 y R3 de la especialidad, Tabla 4.

Tabla 4. Distribución por grado académico

AÑO	%
R1	33.3
R2	31.7
R3	35
TOTAL	100

Fuente: Ambiente clínico de aprendizaje en los médicos residentes de medicina familiar de la UMF # 57, en tiempos de pandemia.

En el estudio se encontró que en los médicos residentes de los tres años se tuvo un mayor porcentaje con estado civil solteros en un 71.1%, Tabla 5.

Tabla 5. Distribución por Estado civil

	n	%
Soltero	43	71.7
Casado	12	20
Unión libre	5	8.3
Total	60	100

Fuente: Ambiente clínico de aprendizaje en los médicos residentes de medicina familiar de la UMF # 57, en tiempos de pandemia.

Se puede observar que en este estudio prevaleció el estado socio económico de estrato medio alto con un porcentaje de 61.7% en los médicos residentes, Tabla 6.

Tabla 6. Distribución por nivel socioeconómico

	n	%
Estrato alto	6	10
Estrato medio alto	37	61.7
Estrato medio bajo	10	16.7
Estrato obrero	7	11.7
Total	60	100

Fuente: Ambiente clínico de aprendizaje en los médicos residentes de medicina familiar de la UMF # 57, en tiempos de pandemia.

En este estudio se obtuvo como resultado respecto al ambiente clínico como bueno en un 70%, Tabla 7.

Tabla 7. Distribución por ambiente clínico

	n	%
Bueno	42	70
Regular	16	26.7
Deficiente	2	3.3
Total	60	100

Fuente: Ambiente clínico de aprendizaje en los médicos residentes de medicina familiar de la UMF # 57, en tiempos de pandemia.

Continuando con los resultados se menciona que la hipótesis enunciada como: H_1 : Existe ambiente clínico de aprendizaje satisfactorio en los residentes de medicina familiar de la UMF # 57 la Margarita IMSS durante la pandemia. De forma empírica y con base en el resultado que muestra la tabla 7, el 70% de la muestra considera que la percepción del ambiente clínico de aprendizaje se bueno, se conoce el estado que guarda la hipótesis.

4. DISCUSIÓN

Herrera et. al., (2010) en su estudio Evaluación del ambiente educacional en programas de especialización medica encuentra en base al sexo el 51% de los estudiantes eran hombres y el 49% mujeres, en nuestro estudio predomino el sexo femenino con un total del 55% de los residentes por lo que no coincide con el predominio de la población de sexo masculino.

Anzaldo (2019) en su estudio Ambiente clínico de Aprendizaje en los médicos residentes de medicina familiar de la UMF 57, se encuestaron a 60 residentes del programa, encontrándose una edad 31.02 años en relación a la edad, el promedio en nuestro estudio fue de 31.13 años siendo muy similar en cuanto al promedio.

Cárdenas et. al., (2010) en su estudio Satisfacción de los residentes de medicina familiar con el ambiente clínico académico laboral encontró en base al grado, la muestra de la población participante fue de 70 residentes en base al grado, 35 (50%) primer año, 27(39%) de segundo y 8 (1%) de tercer año. Con respecto a nuestra investigación, la muestra de la población participante es de 60 residente integrado por 20 (33.3%) de primer año, 19(31.7) de segundo año y 21(35%) de tercer año, por lo que se puede observar que en este estudio predomino alumnos de tercer año por lo que no coincide con el trabajo antes citado ya que en ese trabajo predomino alumnos de primer año.

Prieto et. al., (2015) en su estudio Jornadas laborales y sus repercusiones en médicos residentes en un hospital de segundo nivel, se incluyeron a médicos residentes de las especialidades médicas y quirúrgicos adscritos al Hospital General Regional núm. 46 del Instituto Mexicano del Seguro Social en Guadalajara , Jalisco, obteniendo un predominio respecto al estado civil de soltero en un 80% ; en nuestro estudio predomino el estado civil soltero con un total del 71.7% de los residentes , por lo que coincide con estudio antes descrito .

Sarmiento y Parra (2015), en su estudio Calidad en métodos en formación de posgrado, estudios comparativos señalan que existe diferencia notables entre países como Argentina, España, Colombia y otros países de Latinoamérica en cuanto al tratamiento laboral y de contratación con los residentes, en algunos países como España los reconocimientos salariales son de tal magnitud que permiten que los estudiantes tengan condiciones adecuadas de desarrollo humano, mientras llevan a cabo sus estudios, nuestro estudio se valoró con escala de Graffar para ver el estrato socioeconómico, en nuestro estudio predominó el estrato medio alto el promedio fue de 61.7% Como cita el autor en países de primer mundo las condiciones son diferentes y permiten llevar una mejor calidad de vida en la parte económica.

Anzaldo (2019) en su estudio Ambiente clínico de Aprendizaje en los médicos residentes de medicina familiar de la UMF 57, en un total de 60 residentes encuestados, el ambiente clínico obtuvo un total de 45.8% con una respuesta regular, en nuestro estudio se encuestaron a 60 residentes obteniendo un total de 70% con una respuesta buena, encontrando un resultado diferente al obtenido por el autor del trabajo antes mencionado. Por lo que no coincide con el estudio antes citado.

5. CONCLUSIONES

El ambiente o clima educacional involucra la experiencia de los estudiantes respecto a las condiciones físicas y relaciones personales con profesores y compañeros, que les permite tener una percepción individual del mismo y se relaciona fuertemente con la enseñanza aprendizaje.

Para el área de la salud el ambiente clínico de aprendizaje presenta características muy particulares en los posgrados identificados como especialidades o residencias médicas y obedecen entre otros a las marcadas jerarquías entre ellos, presiones y factores estresantes, exigentes horarios a cumplir no respetar las horas para consumir sus alimentos.

En particular para los residentes de la especialidad en medicina familiar quienes se convierten en el primer contacto con el paciente y la familia es necesario que tengan un ambiente clínico de aprendizaje bueno que los mantenga en óptimas condiciones para que esto se refleje en la atención a los pacientes.

Por lo que retomando el ambiente clínico de aprendizaje esté, debe mostrar un equilibrio entre lo académico y la práctica clínica, libertad para que los residentes se expresen, respeto, seguridad y buena comunicación.

Si bien la pandemia COVID-19 ha afectado a la humanidad, los médicos residentes padecieron esa afectación en su posgrado, modificando sus expectativas y marcando para ellos retos muy altos al estar en primera línea atendiendo a los pacientes infectados y correr el riesgo de infectarse y poder infectar a sus familias, situación que hay que considerar para los residentes que cursan su posgrado bajo la situación de pandemia.

Para cerrar el presente apartado, se menciona que el objetivo del trabajo es determinar el estatus del ambiente clínico de aprendizaje en los Médicos Residentes de Medicina Familiar de la UMF #57 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), en tiempos de pandemia fue alcanzado y conjuntamente con el resultado global con el instrumento aplicado, de ambiente clínico de aprendizaje como “bueno” para los médicos residentes su conoce el estado de la hipótesis.

REFERENCIAS

- [1] Aguirre, López y Flores. (2011). Prevalencia de la ansiedad y depresión de médicos residentes de especialidades médicas. *Revista Fuente*, 8(28-33).
- [2] Asociación Metropolitana de Medicina Familiar. (2020). ¿Qué es la medicina familiar? [Internet]. *Asociación Metropolitana de Medicina Familiar*. <https://www.aamedicinafamiliar.com/>
- [3] Anzaldo V. (2019). *El ambiente clínico de aprendizaje de los Residentes de Medicina Familiar de UMF 57 de la Margarita IMSS* [Tesis para obtener el título para la especialidad en Medicina Familiar Benemérita Universidad Autónoma de Puebla].
- [4] Cárdenas E., Cabrera C., Viniestra L., González H., Luce E., y Ortiz M. (2010). Satisfacción de los residentes de medicina familiar con el ambiente académico laboral. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*, 48:2 (227-231).
- [5] Carrillo R. y Gómez K. (2014). Bullying durante el pre y posgrado de la formación médica. *Rev Invest Med Sur Mex*, 2:4 (172-176).
- [6] Consejo C. y Viesca C. (2008). Ética y relaciones de poder en la formación de médicos residentes e internos: Algunas reflexiones a la luz de Foucault y Bourdieu. *Bol Fis MexHis Fis Med*, 11:1(16-20).
- [7] Cortes A. y Alomía Z. (2020). Lineamientos para la estimación de riesgos del semáforo por regiones COVID-19. Secretaría de Salud, México [Internet]. Secretaría de salud. https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2020/10/SemaforoCOVID_Metodo.pdf
- [8] De la Cruz P, Godínez E, Hernández M. (2016). La Medicina Familiar como especialidad médica: percepción de otros especialistas. *Atención Familiar*, 23: 3(109-112). <https://pdf.sciencedirectassets.com/314570/1-s2.0-S1405887116X0003X/1-s2.0-S1405887116301353/main.pdf?X-Amz->
- [9] Dionisio- Ortiz D, Ferreira-Vidovich L. Molinas Noveri J, Espinola de -Canata M. (2014). Percepción de médicos residentes sobre la calidad de sus programas de formación. *Rev Salud Pública Parag*, 4:1(16-25).
- [10] Director de la Escuela de Medicina de la UNAM. (2014, septiembre 24). Residencias Médicas, COVID-19 y FUNAM. El universal <https://www.eluniversal.com.mx/opinion/residencias-medicas-covid-19-y-funam>
- [11] Donovan-Casas P, Rodríguez-Torres A, Casas-Patiño I. y Galeana-Castillo C. (2013). Médicos residentes en México: tradición o humillación. *Medwave*; 13 (7):1-5.
- [12] Durante E. (2012). La enseñanza en el ambiente clínico; principios y métodos. *Revista de docencia Universitaria*, 10(149-175).
- [13] Fajardo G, Santacruz J, Lavalle C. (2015). *La formación de médicos especialistas en México*. (1st ed.). Editorial CONACYT.
- [14] Galli-A, Brisson M, Soler C, Lapresa S, Alves de Lima A. (2014). Evaluación del ambiente educacional en residencia de cardiología. *Rev Arg Cardiol*, 82(396-401).
- [15] Gobierno de Puebla. (2020). COVID-19. <http://plataformageo.puebla.gob.mx/covid-19/>
- [16] Goñi M, Medina F, Pintos M, Blanco C. y Tomasina F. (2015). Desgaste profesional y caracterización de las conductas laborales de especialistas y posgrados en medicina interna. *Rev Med Urug*, 31:1(39-45).
- [17] Sutton, Chacalo, de la Cruz Flores, Ramírez de la Roche, Lavalle Montalvo y Vilar. (2013). Construcción y validación de un instrumento para evaluar ambientes clínicos de aprendizaje en las especialidades médicas. *Gaceta Médica de México*, 149(394-405).
- [18] Sutton A., Flores F., Gutiérrez S., Castro S., Lavalle C., Vilar P. (2014). Correlaciones entre las dimensiones de los ambientes clínicos de aprendizaje desde la percepción de médicos residentes. *Gaceta Médica de México*, 150(144-153).
- [19] Herrera C., Pacheco J., Rosso F., Cisterna C., Aichele D., Becker S., Padilla O. y Riquelme A. (2010). Evaluación del ambiente educacional pre-clínico en seis Escuelas de Medicina en Chile. *Rev Med Chile*, (677-684).
- [20] Herrera C., Olivos T., Román J., Larraín A., Pizarro M., Solís N., Sarfatis A., Torres P., Padilla O., le Roy C. y Riquelme A. (2012). Evaluación del ambiente educacional en programas de especialización médica. *Rev Med Chile*, 140(1554-1561).
- [21] Neira K. y Bustos H. (2014). Ambientes de aprendizaje en el modelo educativo basado en competencias Duoc: Simulación clínica como tecnología educativa. (Congreso) Congresos internacional edutec, (1-10).
- [22] Olivares S, Heredia Y. (2012). Desarrollo del pensamiento crítico en ambientes de aprendizaje basado en problemas en estudiantes de educación superior. *RMIE*, 54:17(759-778).
- [23] Prieto S., Jiménez C., Cázares G., Vera M. y Esparza R. (2015). Jornadas laborales y sus repercusiones en médicos residentes en un hospital de segundo nivel. *Med Int Méx*, 31(669-679).
- [24] Rodríguez F. y, Ramírez J. (2016). ¿Tenemos claro lo que es la residencia médica? *Acta médica grupo ángeles* 4:3(183-184). <http://www.scielo.org.mx/pdf/amga/v14n3/1870-7203-amga-14-03-00183.pdf>
- [25] Saldías F, Arqueros F, Basaura C, Kripper C, Riquelme A. (2014). Evaluación del ambiente educacional en el programa de medicina de urgencia de la universidad católica. *El Sevier*, (25).
- [26] Sarmiento P. y Parra A. (2015). Calidad de vida en médicos en formación de posgrado. *PERSONA Y BIOÉTICA*, julio - diciembre V o l. 19. No. 2. (290-302).
- [27] Torres A. (2010). Revisar los límites horarios de las guardias para la seguridad del paciente y la educación de los residentes. *Rev Clin Esp*, 4(194-195).
- [28] Vázquez D. (2018). El Consejo Mexicano para la acreditación de la educación médica como garante de la formación de profesionistas de la medicina. *Observaciones sobre educación médica en México*, 1(1-3). <https://www.uv.mx/obeme/files/2018/02/Observaciones-2018.pdf>.
- [29] Vera-Muñoz M, Anzaldo Vera N, Anzaldo Vera M F. (2018) Influencia del Clima Laboral y Ambiente Clínico de Aprendizaje en los Residentes Médicos de Instituciones de Salud del Sector Público en México. *Innovación y Desarrollo Tecnológico Revista Digital*, 2:10.

Correo de autor: fernandaveramix@gmail.com