

Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar, Ciudad de México, México.  
ISSN 2707-2207 / ISSN 2707-2215 (en línea), enero-febrero 2025,  
Volumen 9, Número 1.

[https://doi.org/10.37811/cl\\_rcm.v9i1](https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v9i1)

## **CONFLICTOS BIOPSIICOSOCIALES QUE ENFRENTA EL MÉDICO RESIDENTE DURANTE SU FORMACIÓN PROFESIONAL**

**BIOPSYCHOSOCIAL CONFLICTS FACED BY RESIDENT PHY-  
SICIANS DURING THEIR PROFESSIONAL TRAINING**

**Gisela Berenice Orozco Torres**

Instituto Mexicano del Seguro Social, México

**Jonathan Emmanuell Horta García**

Instituto Mexicano del Seguro Social, México

**Josué Uriel Vázquez Luna**

Instituto Mexicano del Seguro Social, México

DOI: [https://doi.org/10.37811/cl\\_rcm.v9i1.16231](https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v9i1.16231)

## Conflictos Biopsicosociales que Enfrenta el Médico Residente durante su Formación Profesional

**Gisela Berenice Orozco Torres<sup>1</sup>**

[dragiselaorozco@gmail.com](mailto:dragiselaorozco@gmail.com)

<https://orcid.org/0009-0001-7983-6438>

Instituto Mexicano del Seguro Social  
UMF No. 47  
León, México

**Jonathan Emmanuell Horta García**

[resmedfamumf47@gmail.com](mailto:resmedfamumf47@gmail.com)

<https://orcid.org/0009-0000-7186-0882>

Instituto Mexicano del Seguro Social  
UMF No. 47  
León, México

**Josué Uriel Vázquez Luna**

[ju.vazquezluna@ugto.mx](mailto:ju.vazquezluna@ugto.mx)

<https://orcid.org/0009-0009-1846-830X>

Instituto Mexicano del Seguro Social  
UMF No. 47  
León, México

### RESUMEN

El artículo analiza los conflictos biopsicosociales que enfrentan los médicos residentes durante su formación profesional. A lo largo de su residencia, los médicos se enfrentan a obstáculos biológicos, psicológicos y sociales que afectan su rendimiento profesional y salud emocional. El estudio, cualitativo y fenomenológico, se realizó a través de entrevistas estructuradas con médicos residentes de Medicina Familiar en el IMSS León, Guanajuato. Los resultados revelan que los principales problemas incluyen agotamiento laboral (burnout), depresión, estrés, ansiedad y dificultades en las relaciones interpersonales con compañeros. El estudio subraya la importancia de implementar estrategias para mejorar las condiciones laborales, brindar apoyo psicológico y fomentar relaciones interpersonales saludables, con el fin de promover el bienestar integral de los residentes y su desarrollo profesional.

**Conclusión:** El artículo concluye que los médicos residentes enfrentan graves conflictos biopsicosociales, principalmente relacionados con problemas psicológicos y relaciones interpersonales deterioradas. Se destacan la necesidad de intervenciones que mejoren las condiciones laborales, el apoyo emocional y las relaciones sociales en el entorno de formación médica.

**Palabras clave:** conflictos biopsicosociales, médico residente, burnout, estrés, apoyo psicología

---

<sup>1</sup> Autor principal

Correspondencia: [dragiselaorozco@gmail.com](mailto:dragiselaorozco@gmail.com)

# Biopsychosocial Conflicts faced by Resident Physicians during their Professional Training

## ABSTRACT

The article analyzes the biopsychosocial conflicts faced by medical residents during their professional training. Throughout their residency, doctors encounter biological, psychological, and social obstacles that affect their professional performance and emotional health. The qualitative and phenomenological study was conducted through structured interviews with family medicine residents at the IMSS in León, Guanajuato. The results reveal that the main issues include burnout, depression, stress, anxiety, and difficulties in interpersonal relationships with colleagues. The study highlights the importance of implementing strategies to improve working conditions, provide psychological support, and foster healthy interpersonal relationships to promote the overall well-being of residents and their professional development. **Conclusion:** The article concludes that medical residents face significant biopsychosocial conflicts, primarily related to psychological issues and deteriorated interpersonal relationships. It underscores the need for interventions that improve working conditions, emotional support, and social relationships within the medical training environment.

**Keywords:** biopsychosocial conflicts, medical resident, burnout, stress, psychological support

*Artículo recibido 12 diciembre 2024*

*Aceptado para publicación: 16 enero 2025*



## INTRODUCCIÓN

La residencia médica hospitalaria es un programa de posgrado para médicos recién graduados, que implica un trabajo a tiempo completo y exclusivo, con residencia dentro del hospital correspondiente y reconocimiento universitario. Fue ideada e iniciada por el cirujano austríaco Teodoro Billroth, profesor y jefe de cirugía en el Allgemeine Krakenhouse de Viena en la segunda mitad del siglo XIX (1). Esta formación surgió como respuesta a la necesidad de los médicos generales de contar con un desarrollo profesional más profundo en conocimientos, destrezas y habilidades, permitiéndoles especializarse en áreas específicas de la medicina (2).

La residencia médica tiene como objetivo cualificar y especializar a los médicos en formación, dotándolos de competencias y habilidades específicas en áreas de alta complejidad. Durante esta etapa de posgrado, los médicos enfrentan una alta carga hospitalaria, jornadas laborales extensas, reducción del sueño y desgaste físico y mental, lo que afecta su vida personal y calidad de vida (3).

En México, el primer programa de residencias médicas con aval universitario se estableció en 1960, con el Hospital General de México (HGM) y el curso de Cirugía plástica y reconstructiva de la UNAM, el cual fue el primer curso que aceptó solo médicos residentes (4). En sus inicios, la enseñanza médica no estaba regulada y dependía de la iniciativa del residente, quien debía acercarse a un profesor o jefe de servicio para ser aceptado en el programa de especialización. La supervisión y evaluación del desarrollo de habilidades era a cargo de los profesores, quienes decidían cuándo el residente estaba listo para integrarse como especialista (4).

Hoy en día, la formación de médicos residentes en México está regulada por el Programa Nacional de Residencias Médicas, supervisado por la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud. Este programa se encarga del proceso de selección mediante el Examen Nacional de Aspirantes a Residencias Médicas (ENARM), respetado a nivel nacional por todas las instituciones educativas y de salud (5).

Actualmente, los programas de residencia médica se han ampliado, con una duración mayor y un impacto significativo, convirtiéndolos en una parte esencial en la gestión de hospitales. La estructura académica de estos programas ha evolucionado, con modelos educativos y normativas que facilitan el desarrollo de conocimientos teóricos y destrezas prácticas, adaptadas a cada especialidad (1). Además,



dada la constante evolución de la medicina, los profesionales deben actualizarse para mantenerse al día con los avances y descubrimientos (5).

El aprendizaje práctico, el contacto directo con otros residentes, pacientes y el equipo de salud en un entorno real, se considera una oportunidad invaluable para profundizar en la especialidad elegida, ya que permite a los médicos residentes mejorar sus habilidades mediante la práctica clínica (6,7).

El término "residente" proviene del latín *residens* y se refiere a la persona que vive en el lugar donde desempeña su trabajo o actividades. Originalmente, los médicos residentes vivían en el hospital durante su formación, incluso en días no laborables. Sin embargo, con el tiempo, debido a los problemas de rentabilidad y salud asociados a este estilo de vida, la situación cambió. A pesar de estos cambios, el residente sigue dedicando la mayor parte de su tiempo a su formación, que puede durar varios años dependiendo de la especialidad, y está llena de desafíos como fracasos, conflictos internos, problemas de salud y alejamiento de la familia (2).

Para lograr el objetivo de convertirse en especialista, el médico residente debe adaptarse a diversos factores. Uno de estos factores es el programa educativo, que no será perfecto, y dependerá de los métodos de enseñanza de los profesores, los cuales pueden ser actualizados o tradicionales (2,3). Otro factor importante es la institución hospitalaria, que debe comprometerse a proporcionar los recursos necesarios, como infraestructura, insumos y espacios para descanso y alimentación (2,3). Al finalizar la residencia, el médico debe obtener la certificación correspondiente de los consejos calificadoros, respaldada por una universidad y un marco legal y científico que le permita ejercer su profesión como especialista (2-4).

El médico residente debe estar comprometido con su especialidad y ser consciente de que el programa de su elección tendrá dificultades. Los profesores deben actuar como facilitadores, apoyando a los residentes en su formación y recordándoles su compromiso con la especialidad, la labor docente, las instituciones y, lo más importante, con los pacientes (3-5). Además, la institución hospitalaria debe facilitar el cumplimiento de los programas educativos, asegurando que el residente adquiera las competencias necesarias para ejercer como médico especialista (4-6). Todo este proceso debe ser certificado por el consejo de la especialidad, asegurando que el residente cumpla con los estándares legales y científicos de la formación médica continua (6,7).



El médico residente enfrenta una serie de conflictos biopsicosociales que surgen desde su selección para la residencia, pasando por el examen nacional de residencias y la elección de la sede, hasta el enfrentamiento de problemas económicos y emocionales. La residencia no solo implica retos académicos, sino también laborales y humanos, como el trato con pacientes, la carga laboral, largas jornadas de trabajo, poco descanso, y las experiencias difíciles como el contacto con el sufrimiento y la muerte, humillaciones, discriminación y acoso (2-7).

Los principales conflictos biopsicosociales identificados incluyen:

- **Estrés laboral:** Afecta la salud, reduce la motivación y la productividad, creando una visión negativa del futuro profesional (10-15).
- **Burnout:** Un agotamiento emocional y profesional que afecta la motivación y desempeño, afectando no solo al residente, sino también a su grupo familiar y a la población asistida (10-15).
- **Mobbing/Acoso:** Un tipo de hostigamiento que afecta la autoestima y desempeño del residente, llevándolo a la desmotivación y posible renuncia, con graves consecuencias, incluida la posibilidad de suicidio (10-15).
- **Pocas horas de sueño:** El sueño interrumpido o insuficiente afecta negativamente la cognición, el estado de ánimo y la salud general, especialmente durante las guardias y largas jornadas (10-15).
- **Aspectos económicos:** Muchos residentes enfrentan dificultades financieras debido a los costos de manutención y traslados, lo que genera estrés adicional (15,16).
- **Aspectos familiares:** El residente, al estar lejos de su familia, enfrenta estrés y angustia emocional al no contar con su red de apoyo en momentos críticos (15,16).

Estos factores se interrelacionan dentro de un ambiente educativo que, aunque normado, no siempre cumple con las regulaciones, resultando en maltrato académico y físico, lo cual se ha convertido en una práctica “normalizada”. En México, la prevalencia de maltrato durante la residencia es alta, con un 93% de casos reportados en ciertas especialidades. Esto afecta la motivación de los residentes, causando cansancio emocional y despersonalización, lo que en ocasiones lleva a la renuncia (14-17).



La prevalencia de depresión y ansiedad entre los médicos residentes varía, con estimaciones de entre el 10,2% y el 70% para la depresión y entre el 13,2% y el 33,9% para la ansiedad. Estas cifras superan las prevalencias en la población general de nivel socioeconómico y educativo similar. Entre el 6,7% y el 25% de los residentes presentan ideación suicida. Los síntomas de ansiedad y depresión tienden a aumentar con la mayor responsabilidad durante la residencia, aunque algunos estudios sugieren que el malestar emocional es más fuerte al inicio del programa (17).

El consumo de alcohol varía entre el 20% y el 81,4%, siendo el consumo de riesgo más cercano al 20%. El uso de psicofármacos para manejar el malestar se encuentra entre el 2% y el 13,4%, y el consumo de sustancias, principalmente cannabis, va del 2,7% al 14% (17). Los síntomas emocionales de ansiedad y depresión se asocian con mayor consumo de alcohol, drogas ilegales y fármacos psicotrópicos, y el consumo de alcohol se vincula a la ideación suicida y los intentos de suicidio (14,16,17).

En las mujeres residentes, la combinación de síntomas ansiosos y depresivos con el uso de sedantes está relacionada con la internalización de conflictos psíquicos y dificultades para equilibrar la vida personal y profesional. En los varones, el consumo de alcohol y drogas ilícitas es más frecuente (14,16,17). Algunas especialidades médicas, como psiquiatría, anestesiología, medicina interna y medicina familiar, presentan un mayor riesgo de malestar emocional y conductas adictivas (14,16,17).

El ambiente académico y social influye en la salud emocional de los residentes. Los entornos laborales tradicionales y poco reflexivos pueden generar conflictos y disminuir el desarrollo de habilidades. Es crucial redefinir las características de estos entornos para promover un ambiente propicio para el bienestar del médico residente y la mejora de la calidad de los servicios prestados (1,3,8,14,16,17). Los residentes perciben un entorno de trabajo marcado por abusos, violaciones de derechos y la deshumanización, lo que impacta negativamente en su motivación y desempeño. La carga de trabajo, la falta de sueño, y el maltrato contribuyen al desgaste profesional, afectando su capacidad para brindar servicios de calidad y aumentando el riesgo de errores médicos (1,3,8,14,16,17).

El sistema de residencias médicas enfrenta problemas estructurales que han sido ignorados durante años. La utilización de los residentes como fuerza laboral incondicional es una práctica arraigada que limita la posibilidad de realizar reformas en las condiciones laborales. A medida que los residentes avanzan en



su formación, algunos reproducen prácticas abusivas, lo que crea un ciclo difícil de romper (1,3,8,14,16,17).

Es necesario revisar profundamente la estructura y normatividad de las residencias médicas, garantizando los derechos laborales de los residentes y asegurando condiciones adecuadas para su desarrollo. Mejorar el sistema de residencias médicas contribuirá a la educación integral de los médicos residentes y mejorará la calidad de los servicios de salud, lo que, a su vez, garantizará el derecho a la salud para los pacientes (1,3,8,14,16,17).

## **METODOLOGÍA**

### **Enfoque**

El estudio tiene un enfoque **cualitativo**, dado que busca explorar de manera profunda las experiencias y vivencias de los médicos residentes en su formación profesional, sin buscar generalizar los resultados.

### **Diseño**

Se trata de un **estudio fenomenológico**, cuyo propósito es comprender e interpretar los fenómenos desde la perspectiva subjetiva del médico residente. Este diseño permite explorar en profundidad las experiencias de los residentes durante su formación, sus conflictos biopsicosociales y las afectaciones a su salud mental.

### **Descripción del contexto**

El estudio se llevará a cabo con médicos residentes de Medicina Familiar que se encuentren en su formación académica en las diferentes sedes de León, Guanajuato, específicamente en las UMF 47, UMF 53 y UMF 56. Las Unidades Médicas de Familia (UMF) son unidades de primer nivel de atención con una carga importante de consultas, lo que implica que los residentes pasen gran parte de su formación en estas unidades, tanto en la consulta médica como en la realización de actividades académicas.

### **Población en estudio**

La población estará conformada por **médicos residentes de Medicina Familiar** en su formación académica en las diferentes sedes del IMSS en León, Guanajuato, específicamente en las UMF 47, UMF 53 y UMF 56. Los participantes serán residentes dispuestos a participar en entrevistas y que firmen el **consentimiento informado**.





## **Muestra y muestreo**

Se utilizará un **muestreo homogéneo**, donde se incluirán médicos residentes de diferentes jerarquías, tanto hombres como mujeres. Se espera contar con una muestra de entre **5 y 10 residentes**, seleccionados hasta alcanzar la  **saturación de datos**, es decir, hasta que ya no surjan nuevas categorías de análisis.

## **Limitaciones**

Las posibles limitaciones del estudio incluyen la **disponibilidad de tiempo y espacio** para las entrevistas, así como la  **complejidad del fenómeno** biopsicosocial a estudiar, lo cual podría afectar la capacidad de obtener respuestas completas o de identificar todos los factores involucrados.

## **Instrumento de recolección de datos**

El instrumento principal será una **entrevista estructurada**, que consta de 31 ítems distribuidos en diferentes categorías. Las preguntas serán principalmente abiertas para permitir profundizar en los temas relevantes y ajustar los temas según el flujo de la entrevista. La duración aproximada de cada entrevista será de entre **45 y 60 minutos**.

## **Procedimiento de recolección de datos**

- **Aprobación ética:** El protocolo de investigación será aprobado por el **Comité de Ética** y el **Comité de Investigación en Salud**.
- **Selección de participantes:** Se contactará a los profesores titulares de las diferentes sedes para obtener su permiso para realizar entrevistas a los residentes.
- **Entrevistas:** Se explicará claramente a los residentes los objetivos y el proceso de la investigación. Se les informará que la entrevista será grabada (audio o video, según su preferencia) y que toda la información será confidencial. Posteriormente, se les solicitará firmar el consentimiento informado.
- **Espacios para entrevistas:** Las entrevistas se realizarán en **espacios privados** dentro de las sedes, previamente autorizados por los profesores titulares, de manera que no interfieran con las actividades académicas.

## **Procesamiento y análisis de la información cualitativa**

La información obtenida será procesada y analizada utilizando el software **ATLAS.ti**. El análisis se llevará a cabo siguiendo un proceso organizado en las siguientes etapas:



- **Preparación y organización de los datos:** Transcripción de las entrevistas y organización de la información.
- **Lectura y segmentación:** Lectura detallada de las entrevistas para identificar categorías y patrones relevantes.
- **Reducción de datos:** Identificación de patrones o códigos dentro de los datos transcritos.
- **Condensación de datos:** Uso de análisis recursivos y meta códigos para simplificar la información y encontrar los elementos más significativos.
- **Representación de los datos:** Los datos se presentarán por escrito y se podrán ilustrar con gráficos para una mejor comprensión.

### Aspectos Éticos

El presente estudio se apegó a lo dispuesto en el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud de 2015. Se respetaron los principios éticos y científicos establecidos, especialmente en los artículos 13, 14 y 23, y se obtuvieron las autorizaciones correspondientes del Comité de Ética e Investigación. Los participantes fueron informados detalladamente sobre el propósito de la investigación, su voluntariedad, la confidencialidad de la información proporcionada, y el derecho a abandonar la entrevista en cualquier momento. Se garantizó que los datos obtenidos se utilizarían exclusivamente para los fines del estudio y se mantendrían confidenciales.

El estudio fue considerado de **riesgo mínimo** para los participantes, de acuerdo con el artículo 17 del reglamento. Además, se cumplió con las disposiciones éticas internacionales, como la **Declaración de Helsinki**, asegurando que la información personal de los participantes fuera protegida. En caso de que se identificara alguna vulnerabilidad en los participantes, fueron referidos a su médico familiar para un seguimiento adecuado.

El **consentimiento informado** fue obtenido de cada participante antes de su inclusión en el estudio, y se les ofreció una explicación clara y completa sobre los objetivos, los métodos de investigación y sus derechos, incluyendo el derecho a retirarse del estudio en cualquier momento sin temor a represalias. Los principios éticos fundamentales de **justicia, beneficencia, no maleficencia** y **autonomía** fueron priorizados en todo momento, garantizando la integridad y los derechos de los participantes.



Este protocolo fue revisado y aprobado por un comité independiente, asegurando que el estudio cumpliera con todos los estándares éticos y científicos necesarios para su realización.

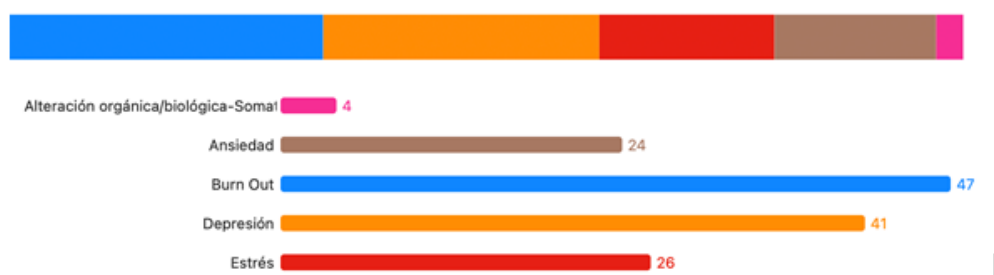
## RESULTADOS

El estudio identificó varios conflictos biopsicosociales en los médicos residentes, con énfasis en los aspectos **biológicos/psicopatológicos**, **sociales** y **psicológicos/emocionales**.

### Biológicos/Psicopatológicos

- **Burn Out** fue el conflicto más prevalente, mencionado 47 veces, caracterizado por agotamiento emocional y despersonalización debido a la sobrecarga laboral y la presión académica.
- La **depresión** también se mencionó frecuentemente (41 veces), reflejando el impacto emocional acumulativo.
- La **ansiedad** y el **estrés** fueron mencionados en menor medida, pero aún significativos. La **somatización** fue el conflicto menos mencionado (4 veces), y se percibió como influenciada por factores personales previos a la residencia.
- Un comentario reflejó la presencia de pensamientos suicidas pasivos, aunque no se materializó en intentos.

Diagrama 1. Distribución de las subcategorías Biológica/psicopatológica



### Social

- Las malas **relaciones interpersonales** entre compañeros fueron mencionadas en 18 ocasiones, mostrando un entorno de trabajo tenso, lo que contribuye al estrés emocional.

- La falta de **apoyo de superiores** fue citada en 15 comentarios, donde los residentes perciben que no reciben el soporte necesario para abordar problemas emocionales y físicos

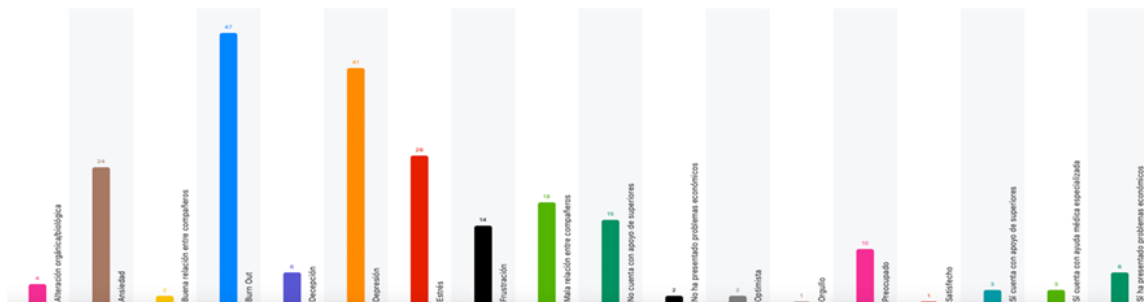
**Gráfico 2.** Relaciones interpersonales / Social



**Psicológicas/Emocionales**

- **Depresión, frustración y decepción** fueron las emociones negativas más comunes, asociadas directamente con la formación académica.
- Las emociones positivas, como **alegría y orgullo**, se mencionaron en menor medida y generalmente relacionadas con logros personales ajenos a la residencia.

**Gráfico 4.** Se muestran todas la subcategorías.



## DISCUSIÓN

Los resultados del estudio confirman que el **Burn Out**, la **depresión**, el **estrés** y la **ansiedad** son los conflictos más prevalentes en los médicos residentes, lo que coincide con estudios previos que destacan la correlación entre sobrecarga laboral y deterioro de la salud emocional. Este estudio refuerza la idea de que las **extensas jornadas laborales**, la **falta de sueño** y las **relaciones interpersonales adversas** son factores clave en el desarrollo de estos problemas.

Estudios previos, como los de Álvarez et al. (2020), ya habían señalado que el **Burn Out** es una de las principales problemáticas en los residentes, vinculada a la falta de descanso y la presión académica. De manera similar, Martínez et al. (2019) subrayan que las buenas relaciones interpersonales son fundamentales para manejar el estrés, pero en este estudio, las malas relaciones con compañeros aumentaron el estrés y el aislamiento emocional.

La **falta de apoyo institucional** también fue un hallazgo clave. Según López y Rodríguez (2021), la ausencia de un seguimiento emocional adecuado por parte de las autoridades académicas agrava la ansiedad y el estrés de los residentes. Nuestro estudio respalda esta idea, mostrando que los residentes se sienten desamparados y con poca atención a su salud mental.

En el ámbito social, como señalaron Ramírez et al. (2018), el aislamiento social derivado de largas jornadas laborales y la desconexión de la familia agravan los problemas emocionales. Esto se vio reflejado en la percepción de los residentes sobre la falta de apoyo de sus superiores y la mala relación con sus compañeros, lo que intensifica el malestar emocional.

En conclusión, los resultados de este estudio, en línea con investigaciones previas, destacan la necesidad urgente de **intervenciones institucionales integrales** que aborden los conflictos biopsicosociales de los médicos residentes. Esto incluye la **regulación de horarios laborales**, el **apoyo psicológico regular** y la promoción de un ambiente colaborativo en el trabajo, elementos que podrían reducir el impacto del **Burn Out**, la **depresión** y la **ansiedad**, mejorando el bienestar de los residentes y su desempeño profesional.



## CONCLUSIÓN

La salud mental de los médicos residentes es crucial para su bienestar y desempeño académico y profesional. Este estudio destaca la necesidad urgente de abordar los efectos negativos del **Burn Out**, la **depresión**, el **estrés** y la **ansiedad**, los cuales son comunes durante su formación.

Para mitigar estos problemas, es esencial fortalecer las **relaciones interpersonales** entre los residentes, promoviendo la cohesión grupal y el trabajo en equipo como factores protectores contra el estrés y el aislamiento. Actividades de integración y comunicación asertiva deben ser parte del plan de formación.

Se observó una repetida falta de motivación y ganas de hacer tareas, lo que se relaciona con el agotamiento físico y mental. Las propuestas de intervención incluyen:

**Programas de bienestar psicológico:** Sesiones de apoyo psicológico individual y grupal.

**Regulación de horarios laborales:** Estrategias para equilibrar trabajo y descanso adecuado.

**Capacitación en manejo del estrés:** Talleres para enseñar técnicas de relajación y manejo de la ansiedad.

**Fortalecimiento del liderazgo institucional:** Programas de mentoría y supervisión emocional por parte de autoridades superiores.

**Atención en situaciones de emergencia:** Protocolos para abordar crisis emocionales graves.

Otras estrategias incluyen la **creación de espacios recreativos**, **promoción de actividades físicas** y **evaluaciones periódicas** de salud mental. Estas intervenciones no solo mejorarán la calidad de vida de los residentes, sino también su desempeño profesional y el ambiente laboral. El bienestar de los médicos residentes debe ser una prioridad para las instituciones encargadas de su formación.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fernando Quijano-Pitman\*. (1999). Origen y desarrollo de las residencias hospitalarias . *Gac Méd Méx*, 135(1), 73–76.
2. Rodríguez Weber, F. L. R. A. J. Luis. (2016). ¿Tenemos claro lo que es la residencia médica? *Acta Med.* , 14(3), 183–184.
3. Jácome Valencia, S., Villquirán Hurtado, A. F., & Meza Cabrera, M. D. M. (2019). Estilo de vida y nivel de actividad física en estudiantes de residencia médica. *Ces Medicina*, 33(2), 78–87. <https://doi.org/10.21615/cesmedicina.33.2.1>



4. Vázquez Martínez, F. D. (2017). Apuntes históricos sobre la formación de médicos especialistas en México desde la evolución educativa. *Investigación En Educación Médica*.  
<https://doi.org/10.1016/j.riem.2017.03.003>
5. Akaki Blancas, J. L., & López Bárcena, J. (2018). Formación de médicos especialistas en México. *Educación Médica*, 19, 36–42. <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2018.03.007>
6. Eymann, A., & Facioni, C. (2020). ¿Qué priorizan los médicos recién graduados al momento de elegir la institución para realizar la residencia? *Rev. Hosp. Ital. B.Aires*, 40(3), 127–131.
7. Juan José Mezzadri, N. T. J. G. M. S. (2020). Residencia médica: el camino hacia la confección de un marco de referencia en neurocirugía. *REV ARGENT NEUROCI*, 34(1).
8. Derive, S., Casas Martínez, M. de la L., Obrador Vera, G. T., Villa, A. R., & Contreras, D. (2017). Percepción de maltrato durante la residencia médica en México: medición y análisis bioético. *Investigación En Educación Médica*. <https://doi.org/10.1016/j.riem.2017.04.004>
9. Huarcaya-Victoria, J., & Calle-González, R. (2021). Influencia del síndrome de burnout y características sociodemográficas en los niveles de depresión de médicos residentes de un hospital general. *Educación Médica*, 22, 142–146.  
<https://doi.org/10.1016/j.edumed.2020.01.006>
10. Rangel Ramírez, L. E., & Ramírez, C. I. (2019). Deterioro cognitivo, síntomas de depresión y calidad de sueño en médicos residentes de posgrados clínicos y quirúrgicos. *Neurología Argentina*, 11(4), 183–191. <https://doi.org/10.1016/j.neuarg.2019.09.003>
11. PAGOTTO, V. L., & GIUNTA, D. H. (2020). ENFOQUE DE GÉNERO EN LAS RESIDENCIAS MÉDICAS DE UN HOSPITAL UNIVERSITARIO. *MEDICINA Departamento de Investigación, Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina*, 80(3), 219–228.
12. Mihailescu, M., & Neiterman, E. (2019). A scoping review of the literature on the current mental health status of physicians and physicians-in-training in North America. *BMC Public Health*, 19(1), 1363. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7661-9>
13. Vargas-Cáceres, S., Mantilla, M. F., Ortega, G., Bruguera, E., Casas, M., Ramos-Quiroga, J.-A., & Braquehais, M. D. (2020). Diagnóstico dual en médicos residentes: una revisión sistemática. *Adicciones*, 32(4), 281. <https://doi.org/10.20882/adicciones.1253>



14. Hernández Pérez, F., & Bustillos Hernández, D. Z. (2020). Percepción del ambiente educativo y el maltrato de médicos residentes de medicina familiar. *Revista CONAMED*, 25(1), 10–15.  
<https://doi.org/10.35366/92890>
15. González Mariño, M. A. (2019). Factores que influyen en el rendimiento académico de residentes de Obstetricia y Ginecología de una universidad en Bogotá, Colombia. *Revista U.D.C.A Actualidad & Divulgación Científica*, 22(2).  
<https://doi.org/10.31910/rudca.v22.n2.2019.1377>
16. Guía nacional para la integración y el funcionamiento de los Comités Hospitalarios de Bioética. Comisión Nacional de Bioética  
[https://www.conbioeticamexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/registrocomites/Guia\\_CHB\\_Final\\_Paginada\\_con\\_forros.pdf](https://www.conbioeticamexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/registrocomites/Guia_CHB_Final_Paginada_con_forros.pdf)
17. Vázquez Martínez, F. D., Sánchez Mejorada Fernández, J., Delgado Domínguez, C., Luzanía Valerio, M. S., & Mota Morales, M. de L. (2020). La educación médica desde el enfoque de la salud basado en derechos humanos. *Investigación En Educación Médica*, 36, 30–40.  
<https://doi.org/10.22201/fm.20075057e.2020.36.20233>
18. *Plan Único de Especializaciones Médicas (PUEM). Normas operativas. Disponible en:*  
[http://www.facmed.unam.mx/deptos/familiar/invest/Normas\\_Operativas.pdf](http://www.facmed.unam.mx/deptos/familiar/invest/Normas_Operativas.pdf)
19. *NORMA Oficial Mexicana NOM-001-SSA3-2012, Educación en salud. Para la organización y funcionamiento de residencias médicas. (n.d.).*
20. Bautista C, N. P. (2022). *Proceso de la investigación cualitativa: Epistemología, metodología y aplicaciones* (2da ed.). Manual Moderno.
21. Cerrón Rojas, W. (2019). La investigación cualitativa en educación. *Horizonte de La Ciencia*, 9(17). <https://doi.org/10.26490/uncp.horizonteciencia.2019.17.510>
22. Maxwell, J. A. (2019). *Diseño de investigación cualitativa: un enfoque interactivo* (1st ed.). Gedisa, S.A.
23. Hernández Sampieri, R., & Fernández-Collado, C. (2014). *METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN* (6ta.). Mc Graw-Hill,.





24. Castillo, E., & Vásquez, M. L. (2003). El rigor metodológico en la investigación cualitativa. *Colombia Médica*, 34(3).
25. Castillo Sanguino, N. (2020). Fenomenología como método de investigación cualitativa: preguntas desde la práctica investigativa. *Revista Latinoamericana de Metodología de La Investigación Social* , 20(10), 7–18.
26. Residencias médicas en América Latina, OPS (2011).

