

**EXPERIENCIAS SOBRE CULTURA ORGANIZACIONAL, ESTRÉS LABORAL Y
ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN PRACTICANTES DE MEDICINA: UN
ESTUDIO CUALITATIVO**

Presentado por

Juan Pablo Cárdenas Carrillo

Mariana Gómez Quintero

Trabajo de grado dirigido por

Claudia Ligia Esperanza Charry Poveda

Facultad de Psicología

División de Ciencias de la Salud

Universidad Santo Tomás

Bogotá, D.C.

Diciembre de 2025

Experiencias Sobre Cultura Organizacional, Estrés Laboral Y Estrategias De Afrontamiento En Practicantes De Medicina: Un Estudio Cualitativo

Resumen

Objetivo: Comprender la relación entre las percepciones sobre la cultura organizacional, las experiencias de estrés laboral y las estrategias de afrontamiento en estudiantes de medicina durante sus prácticas hospitalarias en Bogotá. **Metodología:** Se realizó un estudio cualitativo con diseño narrativo. Participaron seis practicantes de medicina de noveno a duodécimo semestre de dos universidades, reclutados mediante muestreo no probabilístico. Se utilizaron entrevistas semiestructuradas virtuales, transcritas y analizadas mediante análisis narrativo de tópicos, siguiendo un proceso de codificación descriptiva y analítica. **Resultados:** Los relatos evidenciaron una cultura organizacional hospitalaria jerárquica y rígida, que normaliza el maltrato y limita la comunicación y el apoyo. Esta cultura genera estresores específicos como sobrecarga asistencial, ambigüedad de roles y presión jerárquica. Frente a esto, los practicantes despliegan estrategias de afrontamiento tanto adaptativas (apoyo social entre pares, planificación, reconexión vocacional) como desadaptativas (evitación, resignación), cuya eficacia se ve condicionada por el contexto organizacional. **Conclusiones:** La cultura organizacional actúa como un eje estructurante que no solo define los estresores laborales, sino que también delimita las posibilidades de afrontamiento. Los hallazgos subrayan la necesidad de intervenciones a nivel institucional para transformar las culturas hospitalarias, promoviendo entornos formativos más colaborativos, pedagógicos y sostenibles que protejan el bienestar de los futuros médicos.

Palabras clave: Cultura organizacional, Estrés laboral, Estrategias de afrontamiento, Practicantes de medicina, Estudio cualitativo.

Abstract

Objective: To understand the relationship between perceptions of organizational culture, experiences of work stress, and coping strategies among medical students during their hospital internships in Bogotá. **Methodology:** A qualitative study with a narrative design was conducted. Six medical interns from the ninth to twelfth semesters of two universities were recruited through non-probabilistic sampling. Virtual semi-structured interviews were used, transcribed, and analyzed through narrative analysis of topics, following a process of descriptive and analytical coding. **Results:** The narratives revealed a hierarchical and rigid hospital organizational culture that normalizes mistreatment and limits communication and support. This culture generates specific stressors such as work overload, role ambiguity, and hierarchical pressure. In response, interns deploy both adaptive (social support among peers, planning, reconnection with vocation) and maladaptive (avoidance, resignation) coping strategies, whose effectiveness is conditioned by the organizational context. **Conclusions:** Organizational culture acts as a structuring axis that not only defines work stressors but also delimits the possibilities for coping. The findings underscore the need for institutional interventions to transform hospital cultures, promoting more collaborative, educational, and sustainable training environments that protect the well-being of future physicians.

Keywords: Organizational culture, Work stress, Coping strategies, Medical interns, Qualitative study.

Introducción

El entorno hospitalario, caracterizado por altas demandas emocionales, ritmos acelerados de trabajo y estructuras jerárquicas rígidas, expone a los profesionales en formación a niveles significativos de estrés laboral, afectando su bienestar, aprendizaje y desempeño clínico (Chávez-Rivera et al., 2016; Yates, 2020). En Colombia, estudios como los de Cano-García et al. (2023) evidencian que el 85% de las instituciones carecen de programas estructurados para manejar este fenómeno, lo que contribuye a perpetuar dinámicas organizacionales disfuncionales y a sostener condiciones formativas que no siempre favorecen el desarrollo profesional de los practicantes.

A esto se suma que las estrategias de afrontamiento utilizadas por los estudiantes se convierten en un elemento central para su adaptación al contexto clínico; sin embargo, su eficacia depende de múltiples factores institucionales, como la calidad del acompañamiento docente, la claridad de los roles, la disponibilidad de recursos de apoyo y el clima organizacional que media las relaciones cotidianas (Chaabane et al., 2021; Garcimarrero Espino, 2021). Cuando estos elementos son limitados o se encuentran atravesados por jerarquías rígidas y altos niveles de exigencia, es más probable que los practicantes recurran a estrategias desadaptativas o que experimenten desgaste emocional prolongado.

En este sentido, comprender cómo se entrelazan la cultura organizacional, el estrés laboral y las estrategias de afrontamiento en estudiantes de medicina resulta fundamental para identificar riesgos y recursos protectores presentes en los escenarios de formación hospitalaria. Este estudio se orienta justamente a explorar estas experiencias

desde la voz de los propios practicantes, con el fin de aportar evidencia que permita fortalecer el bienestar estudiantil, mejorar los entornos institucionales y favorecer procesos educativos más humanos, sostenibles y acordes con las necesidades reales del sistema de salud.

Planteamiento del Problema

El entorno hospitalario, en muchos casos, se caracteriza por una cultura organizacional con estructuras jerárquicas y exigencias laborales significativas que facilitan los malos tratos (Chávez-Rivera et al., 2016). Desde la década de 1960 se han documentado prácticas abusivas en la formación médica (Chávez-Rivera et al., 2016). El estrés laboral surge no sólo de la carga académica y asistencial, sino también de dinámicas organizacionales que, en diversas ocasiones, facilitan o dificultan su adaptación (Chaabane et al., 2021). Este, afecta tanto el desempeño profesional como el bienestar psicológico de quienes laboran en estos espacios. Según Cano-García, et al. (2023), existe una correlación directa entre la incidencia del síndrome de estrés laboral y la merma en el bienestar psicológico. Esta problemática no se limita a médicos en ejercicio, sino que también afecta a internos, residentes y otros profesionales en formación en áreas de ciencias de la salud, quienes enfrentan altos niveles de estrés ocupacional (Yates, 2020).

Por otro lado, las estrategias de afrontamiento juegan un papel crucial en la reducción del impacto del estrés. Los practicantes que utilizan estrategias adaptativas, como la resolución de problemas y la búsqueda de apoyo social, muestran menores niveles de agotamiento y mayor satisfacción en su formación (Chaabane et al., 2021). No

obstante, cuando predominan estrategias desadaptativas, como la evitación o la negación del problema, el impacto del estrés se intensifica y puede derivar en problemas psicológicos de largo plazo, como la ansiedad o la depresión (Sehularo et al, 2021). En la misma línea, la falta de apoyo institucional agrava el desgaste emocional y profesional; mientras que, factores como el respaldo institucional y los recursos personales pueden reducir este impacto (Garcimarrero Espino, 2021).

Dado que la cultura organizacional hospitalaria puede, en muchos casos, intensificar y perpetuar el estrés, resulta útil analizar cómo se relaciona con las estrategias de afrontamiento que emplean los profesionales en formación en medicina. Comprender estas dinámicas permitirá generar estrategias que favorezcan su bienestar, optimicen su adaptación al entorno hospitalario y contribuyan a mejorar la calidad del servicio en el sistema de salud. Así, surge la siguiente pregunta de investigación ¿Cómo se relacionan las percepciones sobre la cultura organizacional, las experiencias de estrés laboral y las estrategias de afrontamiento en los relatos de estudiantes de medicina durante sus prácticas realizadas en dos hospitales de la ciudad de Bogotá?

Justificación

La cultura organizacional hospitalaria desempeña un papel fundamental en la manera en que los practicantes perciben y gestionan el estrés. La existencia de estructuras rígidas, comunicación deficiente y falta de apoyo institucional han sido identificadas como factores que exacerban el desgaste emocional y dificultan la adaptación de los profesionales en formación (Wei et al., 2018).

Otro aspecto relevante en este análisis es el papel de las estrategias de

afrontamiento en la gestión del trabajo emocional, entendido como el esfuerzo adicional que los profesionales deben realizar para regular sus emociones y responder adecuadamente a las exigencias del entorno hospitalario. La capacidad de manejar esta carga emocional depende en gran medida de las estrategias que los practicantes empleen para afrontar el estrés.

Estrategias adaptativas, como la reestructuración cognitiva y la búsqueda de apoyo social, han demostrado ser eficaces para reducir el impacto del trabajo emocional, facilitando una mejor regulación afectiva y previniendo el agotamiento (Chaabane et al., 2021). En contraste, el uso predominante de estrategias desadaptativas, como la evitación o la supresión emocional, puede intensificar los niveles de estrés y afectar la estabilidad psicológica de los practicantes, comprometiendo su bienestar y la calidad del servicio que brindan a los pacientes (Sehularo et al, 2021). Además, la falta de estrategias efectivas de afrontamiento en el personal de salud ha sido identificada como un factor de riesgo para el agotamiento profesional y el deterioro de la calidad del servicio asistencial (Yates, 2020). Por lo tanto, comprender la relación entre el trabajo emocional y las estrategias de afrontamiento es fundamental para el diseño de intervenciones que promuevan la regulación emocional efectiva y prevengan el desgaste psicológico en los practicantes de medicina.

En este sentido, el concepto de trabajo emocional también cobra relevancia en la comprensión del bienestar de los practicantes. La necesidad de regular y modular las emociones para mantener una imagen profesional adecuada puede suponer una carga psicológica adicional, sobre todo en entornos donde no se cuenta con el respaldo suficiente para manejar estas exigencias (Yates, 2020). El impacto de esta demanda

emocional no solo afecta la estabilidad psicológica del personal en formación, sino que también influye en su desempeño y en la calidad de la atención que brindan a los pacientes.

Considerando lo anterior, resulta esencial analizar cómo la cultura organizacional hospitalaria, los niveles de estrés y los mecanismos de afrontamiento interactúan en la experiencia de los practicantes en Bogotá. Este estudio busca comprender estas dinámicas para generar estrategias que favorezcan la adaptación de los profesionales en formación, promoviendo su bienestar y optimizando su desempeño en los entornos hospitalarios. Los hallazgos podrían contribuir al desarrollo de intervenciones que no solo benefician a los practicantes, sino que también fortalezcan la calidad del servicio en el sistema de salud.

Por otro lado, una mirada cualitativa del trabajo aporta al estudio al permitir comprender en profundidad cómo los practicantes experimentan y significan la cultura organizacional en este contexto. Este enfoque facilita identificar la manera en que perciben el apoyo, las normas y dinámicas institucionales, y cómo estas influyen en sus experiencias de estrés laboral y en las estrategias de afrontamiento que desarrollan. A diferencia de un enfoque cuantitativo, nos permite captar matices, narrativas personales y relaciones subjetivas entre estos elementos, lo que contribuye a conocer de forma profunda las necesidades reales de los practicantes, pudiendo generar estrategias futuras que permitan fortalecer la calidad del servicio en los entornos de salud.

Objetivos

Objetivo General

Comprender cómo se relacionan las percepciones sobre la cultura organizacional, las experiencias de estrés laboral y las estrategias de afrontamiento, a partir de las narrativas de un grupo de estudiantes de medicina que realizan sus prácticas en dos centros hospitalarios de la ciudad de Bogotá

Objetivos específicos

Describir a través de los relatos de los participantes los componentes centrales de la cultura organizacional hospitalaria percibida, con énfasis en cómo las dinámicas institucionales (jerarquías, comunicación institucional y sistemas de apoyo) facilitan u obstaculizan su adaptación al entorno clínico.

Explorar en las narrativas individuales las manifestaciones del estrés laboral, identificando los contextos y situaciones específicas (sobrecarga asistencial, ambigüedad de roles, exposición al sufrimiento) que los participantes destacan como más significativos en su experiencia formativa.

Identificar las estrategias de afrontamiento predominantes utilizadas por los participantes y cómo se relacionan con su percepción de la cultura organizacional y sus experiencias de estrés en el contexto hospitalario.

Marco Teórico

El presente marco conceptual se estructura en torno a tres ejes fundamentales: el estrés laboral, las estrategias de afrontamiento y la cultura organizacional hospitalaria. A continuación, se desarrollan estos constructos desde sus bases teóricas, sus relaciones y su relevancia en el contexto hospitalario.

Estrés Laboral

El estrés laboral se configura como un fenómeno psicosocial complejo que trasciende una simple respuesta fisiológica ante demandas excesivas para la persona. Este se define como un proceso dinámico de evaluación cognitiva donde el profesional de la salud percibe un desequilibrio entre las exigencias del contexto clínico (caracterizado por alta responsabilidad sobre vidas humanas y toma de decisiones críticas) y sus recursos personales e institucionales para afrontarlas (Yates, 2020). En contextos laborales hospitalarios, no opera como mera reacción individual, sino como síntoma de disfunciones estructurales profundas en los sistemas de salud, donde la precarización laboral y las jerarquías rígidas cronifican la tensión psicológica (Chávez-Rivera et al., 2016).

Este proceso de desequilibrio puede ser explicado a través de modelos teóricos como el Modelo Demandas-Recursos Laborales (JD-R) de Bakker y Demerouti (2016). Según este modelo, las demandas laborales (alta carga mental, presión emocional) agotan la energía mental y física, conduciendo al agotamiento. Por el contrario, los recursos laborales (apoyo social, autonomía, retroalimentación) son motivadores y amortiguan los efectos de las demandas. En el contexto hospitalario, la cronicidad de este desequilibrio

no sólo genera estrés, sino que es el caldo de cultivo para el síndrome de burnout, caracterizado por el agotamiento emocional, la despersonalización y la reducida realización personal (Maslach y Leiter, 2016). Las consecuencias trascienden lo individual, impactando en un deterioro de la calidad asistencial y hasta un incremento en los errores médicos (West et al., 2018).

El estrés laboral, por tanto, no debe entenderse como una condición exclusivamente subjetiva, sino como una consecuencia de desequilibrios estructurales dentro de las instituciones de salud. La cultura organizacional, la ambigüedad de rol, la sobrecarga de trabajo y la escasez de apoyo emocional institucional son elementos que configuran este fenómeno. Además, como argumenta el estudio de Cheng et al. (2024), las instituciones hospitalarias deben reconocer el valor del personal de salud auxiliar y generar entornos laborales que reduzcan la presión emocional, promoviendo condiciones más humanas y sostenibles para todos los integrantes del equipo clínico.

Estrategias de Afrontamiento

Las estrategias de afrontamiento constituyen el repertorio de acciones cognitivas y conductuales que los profesionales despliegan para gestionar este estrés crónico. Dentro de estas estrategias, algunos autores las agrupan en estilos en donde es posible categorizarlos en; afrontamiento centrado en el problema, afrontamiento centrado en la emoción y afrontamiento centrado en la evitación o replanteamiento (Carr, 2007 como se citó en Macías et al, 2013).

Investigaciones en entornos de enfermería muestran que los estudiantes utilizan estrategias de afrontamiento centradas tanto en el problema como en la emoción para

hacer frente al estrés percibido durante su formación clínica. (Chaabane et al., 2021). Sin embargo, la efectividad de estas estrategias está condicionada por el entorno organizacional, como señala Garcimarrero Espino (2021): "El afrontamiento adaptativo sólo es sostenible cuando la institución proporciona recursos estructurales; de lo contrario, incluso las estrategias más funcionales colapsan ante demandas crónicas no mitigadas" (p. 11). Este hallazgo se correlaciona con datos alarmantes: "el 85% de hospitales en Colombia carecen de programas estructurados para entrenar afrontamiento adaptativo en sus profesionales" (Cano-García et al., 2023, p. 35).

Esta idea introduce un concepto fundamental; el afrontamiento organizacional. No solo los individuos, sino también las organizaciones despliegan estrategias para manejar el estrés colectivo (Hartel et al., 2008). Cuando una institución hospitalaria implementa programas de mentoría, establece canales claros de comunicación o reconoce el trabajo bien hecho, está ejerciendo un afrontamiento organizacional que facilita y potencia las estrategias individuales adaptativas. La falta de estos recursos, como señala la cita de Cano-García et al. (2023), deja al profesional solo frente al estrés, forzándolo a depender de recursos personales que pueden estar ya agotados.

En el contexto académico de la formación en salud, se ha evidenciado que no todas las estrategias de afrontamiento son igualmente efectivas para mitigar los efectos del estrés. Aquellos estudiantes que recurren con mayor frecuencia a mecanismos como la autofocalización negativa o el aislamiento emocional tienden a reportar niveles más altos de estrés percibido, ansiedad y malestar psicológico. Por el contrario, el uso de estrategias adaptativas como la solución de problemas, la búsqueda de apoyo social o la conexión con la espiritualidad ha demostrado estar asociado con menores niveles de

malestar emocional, favoreciendo una mejor adaptación al entorno clínico (Bohórquez-Moreno et al., 2022).

Por tanto, comprender el uso y la eficacia de las estrategias de afrontamiento en profesionales en formación resulta esencial no solo para el diseño de intervenciones preventivas, sino también para promover una cultura organizacional hospitalaria que favorezca la regulación emocional, el bienestar psicológico y el desempeño profesional.

Cultura Organizacional

La cultura organizacional hospitalaria constituye un factor estructural que moldea tanto la aparición del estrés como las posibilidades de afrontarlo. Esta se expresa a través de valores, normas y significados compartidos que, mediante la socialización profesional, configuran las prácticas institucionales cotidianas (Schein, 2010). En el contexto latinoamericano, esta cultura suele estar atravesada por dinámicas jerárquicas, maltrato naturalizado y escaso respaldo institucional, lo cual genera entornos adversos para el personal en formación (Bastías-Vega et al., 2021; Garcimarrero Espino, 2021; Real-Delór et al., 2023).

Dichas condiciones no sólo intensifican el estrés, sino que también restringen el acceso a estrategias de afrontamiento saludables, perpetuando patrones disfuncionales. La búsqueda de apoyo psicológico, por ejemplo, se tiende a estigmatizar, mientras que el sufrimiento se normaliza como parte de la experiencia formativa (Shearer et al., 2023). En contraste, entornos con culturas organizacionales colaborativas han demostrado una menor incidencia de agotamiento emocional en el personal sanitario (Wei et al., 2018). Estas culturas colaborativas no son meramente "amables", sino que están

estructuralmente diseñadas para el bienestar. Se caracterizan por: liderazgo transformacional que inspira y apoya (en contraste con el liderazgo autoritario); comunicación bidireccional y respetuosa que valora la voz del personal en formación; políticas de conciliación que reconocen la vida personal; y sistemas de retroalimentación constructiva que permiten el crecimiento en lugar de la sanción (Shanafelt y Noseworthy, 2016).

Estudios recientes han evidenciado que la cultura organizacional no es solo un contexto pasivo, sino un agente activo que incide en la calidad del servicio y en el bienestar del personal. Investigaciones como la de Checa Calderón (2023) y la revisión de López-Botello et al. (2020) destacan cómo factores culturales como la ambigüedad de roles, la sobrecarga laboral y la comunicación deficiente pueden favorecer el desgaste profesional y afectar la atención brindada.

Comprender estas dinámicas en los escenarios de práctica clínica de Bogotá permitirá identificar cómo la cultura institucional influye en la experiencia formativa y en los niveles de estrés del personal en formación, ofreciendo insumos clave para diseñar entornos organizacionales más saludables y sostenibles.

Consideraciones Éticas

Este estudio se clasifica como de riesgo mínimo, de acuerdo con lo establecido en la Resolución 8430 de 1993 (Artículo 11) del Ministerio de Salud de Colombia, dado que se fundamenta exclusivamente en entrevistas semiestructuradas que indagan sobre experiencias narradas en el marco de la práctica hospitalaria. No se aplicarán intervenciones clínicas, experimentales ni procedimientos que impliquen riesgos físicos o

psicológicos directos.

Las entrevistas se centrarán en reconstruir narrativas acerca de la cultura organizacional, las experiencias de estrés laboral y las estrategias de afrontamiento. Tal como señalan Johnson et al. (2020), la investigación cualitativa en salud con poblaciones en formación presenta un riesgo bajo de malestar emocional, el cual, en caso de ocurrir, suele ser transitorio y manejable mediante protocolos de apoyo previamente establecidos.

El diseño metodológico incorpora salvaguardas éticas rigurosas, entre ellas:

- Consentimiento informado, que garantizará la participación voluntaria y el derecho a retirarse en cualquier momento sin consecuencias.
- Anonimización de datos mediante codificación, preservando la confidencialidad de los relatos.
- Almacenamiento seguro de la información en archivos con acceso exclusivo al equipo investigador.

En cuanto a los beneficios para los participantes, pudieron profundizar en la comprensión de su experiencia laboral, identificando los niveles de estrés percibidos y las estrategias de afrontamiento que aplicaban en su práctica clínica. A partir de los resultados obtenidos, se generaron recomendaciones fundamentadas que contribuyeron al fortalecimiento de sus recursos personales frente al estrés, así como a la optimización de las interacciones dentro de los equipos de trabajo hospitalario. De manera complementaria, la información derivada de la investigación constituyó una herramienta útil para poder promover mejoras en la cultura organizacional, fomentando ambientes laborales más saludables y sostenibles. Este estudio se desarrolló en concordancia con lo

establecido en la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia, garantizando el respeto por la dignidad, autonomía y confidencialidad de los participantes, y asegurando que los beneficios se orientaran al bienestar y desarrollo profesional de los sujetos involucrados.

Metodología

El presente estudio se fundamentó en un enfoque cualitativo, el cual se caracteriza por su capacidad para explorar, describir y comprender fenómenos sociales desde la perspectiva de los propios participantes, priorizando la profundidad y el contexto sobre la generalización estadística (Creswell, 2007). Esta investigación se sitúa dentro del paradigma interpretativo, según Vasilachis de Gialdino (2006), este paradigma se sustenta en la necesidad de "comprender el sentido de la acción social en el contexto del mundo de la vida y desde la perspectiva de los participantes" (p. 48). Se caracteriza por cuatro supuestos clave que guían nuestro diseño: (a) la resistencia a la naturalización del mundo social, priorizando el análisis de motivos, normas y significados sobre la búsqueda de causalidad generalizable; (b) la relevancia del mundo de la vida como contexto de entendimiento; (c) el paso de la observación externa a la comprensión interna (verstehen), donde el investigador hace explícita la significación dada por los participantes; y (d) el reconocimiento de la doble hermenéutica, mediante la cual los conceptos interpretativos del investigador son, a su vez, re apropiados por los actores sociales (Vasilachis de Gialdino, 2006). En coherencia con este paradigma, asumimos que el investigador no es un observador neutral, sino un intérprete activo en la co-construcción del conocimiento.

Para comprender la experiencia humana en su complejidad, este estudio adopta el diseño narrativo. De acuerdo con Spector-Mersel (2010), la narrativa constituye una vía privilegiada para captar significados subjetivos y situados. Esta perspectiva encuentra su desarrollo metodológico en la propuesta de Clandinin y Connelly (Clandinin y Connelly 2000, citado en Molina Galvañ et al., 2020), para quienes la narrativa posee una naturaleza dual: es a la vez el fenómeno de estudio (las experiencias vividas) y el método de indagación fundamental, ya que "no sólo contamos historias, sino que vivimos historias y nos vivimos a través de las historias que nos contamos y que nos cuentan" (p. 5). Cada una de estas historias se compone en una trama que considera sus dimensiones temporal, social y de lugar (Clandinin, 2015, citado en Molina Galvañ et al., 2020), lo que exige un análisis contextual y profundo. En este marco, se emplea específicamente un análisis narrativo de tópicos, entendido como un proceso que, al combinar la identificación de temas recurrentes con la preservación de las particularidades de cada relato (Salgado, 2007), asegura un equilibrio riguroso entre la sistematización analítica y la riqueza interpretativa de las experiencias individuales de los practicantes.

Población y muestra

El estudio se enfocará en estudiantes de medicina que se encuentren realizando sus rotaciones clínicas en hospitales de Bogotá y que tengan mínimo un año de experiencia en prácticas hospitalarias. Esta delimitación permitirá explorar narrativas más consolidadas sobre su adaptación a la cultura organizacional, el estrés laboral y las estrategias de afrontamiento en entornos clínicos reales.

La selección de participantes se realizará mediante un muestreo no probabilístico

por conveniencia, complementado con la técnica de bola de nieve para garantizar diversidad en cuanto a año académico, instituciones universitarias de origen y hospitales de práctica. Esta estrategia responde a la lógica intencional del paradigma interpretativo, donde, como señala Vasilachis de Gialdino (2006), los participantes no son una "muestra" representativa, sino informantes claves seleccionados por su capacidad de iluminar el fenómeno de estudio desde dentro de su "mundo de vida". El muestreo por conveniencia permite acceder a esos informantes disponibles, mientras que la bola de nieve enriquece la comprensión al incorporar perspectivas diversas, buscando la saturación teórica (Guest, Bunce y Johnson, 2006) y no la representatividad estadística.

Inicialmente, se planteó determinar el tamaño muestral mediante el principio de saturación teórica (aproximadamente 12 personas). No obstante, en la práctica, este criterio fue ajustado considerando el acceso real a la muestra y la posibilidad de contar con participantes que asistieran al mismo centro hospitalario, lo cual facilitó la identificación y análisis de los elementos propios de la cultura organizacional de los lugares. En consecuencia, la selección final de participantes se centró en aquellos cuya presencia en el hospital permitiera un seguimiento coherente de los fenómenos investigados, garantizando la relevancia y profundidad de los datos obtenidos.

Criterios de inclusión y exclusión

El estudio incluirá exclusivamente estudiantes de medicina matriculados en universidades de Bogotá que cumplan simultáneamente con los siguientes requisitos: (1) estar cursando al menos el cuarto año de la carrera; (2) contar con un mínimo de 12 meses acumulados de rotaciones clínicas hospitalarias en al menos tres servicios

diferentes (ej. medicina interna, cirugía, pediatría); (3) llevar al menos 12 semanas en su rotación actual al momento de su participación en el estudio; (4) encontrarse activamente en período de prácticas durante la recolección de datos; y (5) firmar el consentimiento informado completo. Quedarán excluidos los estudiantes con rotaciones limitadas a ambulatorios, quienes estén en período de exámenes finales o licencias médicas, practicantes con diagnóstico de trastornos mentales graves no compensados, individuos con formación especial en manejo de estrés laboral, o quienes no puedan completar al menos el 80% de la entrevista. Esta selección garantiza participantes con experiencia clínica consolidada, capaces de proporcionar narrativas sustantivas sobre la adaptación al entorno hospitalario.

Instrumentos

Se emplearon entrevistas semi--estructuradas diseñadas con base en los marcos teóricos de Schein (2010) para cultura organizacional. El guión integró tres dimensiones clave: (1) percepciones sobre la cultura hospitalaria (valores compartidos, jerarquías y comunicación), (2) experiencias de estrés laboral (evaluación cognitiva de demandas y recursos según el modelo transaccional), y (3) estrategias de afrontamiento implementadas (centradas en el problema, la emoción o la reevaluación). Cada entrevista (cuya duración promedio fue de entre 45 y 60 minutos) exploró no solo las dinámicas explícitas institucionales, sino también los procesos de estrés y adaptación.

Las sesiones fueron realizadas y grabadas mediante la plataforma Microsoft Teams, transcritas literalmente y validadas mediante triangulación con dos investigadores, las cuales fueron codificadas en una matriz de excel, garantizando la

captura integral de los constructos teóricos. Este diseño permite analizar cómo los practicantes interpretan y negocian su experiencia en el marco de la cultura organizacional, el estrés percibido y sus mecanismos de regulación.

Procedimiento

El desarrollo del estudio se llevó a cabo en varias fases sucesivas. En primer lugar, se realizó la convocatoria de estudiantes de medicina en práctica hospitalaria en Bogotá, utilizando un muestreo no probabilístico por conveniencia y complementado con la técnica de bola de nieve. Los participantes recibieron información clara sobre los objetivos, alcances y condiciones éticas de la investigación, procediendo posteriormente a la firma del consentimiento informado, en el cual se garantizó la participación voluntaria, el derecho al retiro en cualquier momento y la confidencialidad de la información.

En la fase de recolección de datos, se llevaron a cabo entrevistas semiestructuradas de carácter individual, en modalidad virtual. Cada entrevista fue grabada en audio y video con autorización previa, únicamente para fines de transcripción y análisis.

Una vez finalizadas las entrevistas, las grabaciones fueron transcritas de manera textual, asegurando la anonimización de la información mediante el uso de códigos alfanuméricos. Se realizó la categorización y codificación mediante una matriz, permitiendo distinguir hallazgos relevantes.

Finalmente, los hallazgos fueron organizados en informes académicos, y se realizó una devolución general a los participantes que lo desearon, a través de un documento síntesis que resume los principales resultados. Esta estrategia buscó no solo

garantizar la transparencia del proceso, sino también fomentar la reflexión de los estudiantes sobre sus propias experiencias.

Interpretación de Datos

El análisis se efectuó bajo el enfoque de análisis narrativo de tópicos (Spector-Mersel, 2010; Salgado, 2007), identificando temas recurrentes en las narrativas, pero preservando las particularidades de cada relato. Este proceso se realizó bajo los principios del paradigma narrativo, el cual constituye una visión de investigación integral que conecta los fundamentos ontológicos y epistemológicos con la estrategia metodológica (Spector-Mersel, 2010). El proceso se diseñó para responder a los objetivos del estudio, permitiendo una comprensión profunda de la relación entre cultura organizacional, estrés laboral y estrategias de afrontamiento desde la voz de los participantes.

En coherencia con el diseño de análisis narrativo de tópicos (Salgado, 2007), el proceso articuló dos niveles interpretativos: por un lado, la comprensión de cada relato en su singularidad y estructura interna, y por otro, la identificación de temas transversales (tópicos) que emergen en el conjunto de narrativas. La lógica del análisis siguió un movimiento iterativo en tres fases:

Fase 1: Inmersión y Descubrimiento.

Se realizaron transcripciones literales y lecturas repetidas de las entrevistas para familiarizarse con las historias en su integridad, siguiendo el principio de análisis holístico característico de la metodología narrativa (Spector-Mersel, 2010).

Fase 2: Análisis y Codificación Intra-Caso.

Se procedió a una interpretación narrativa de cada relato, reconstruyendo su secuencia, contexto y voz propia, para luego identificar y codificar los segmentos significativos relacionados con la vivencia del estrés y las estrategias de afrontamiento (Taylor & Bogdan, 1990, citados en Salgado, 2007, p. 74). Esta codificación se realizó de manera independiente por dos investigadores, con posterior triangulación analítica para asegurar la consistencia.

Fase 3: Síntesis Temática Inter-Caso y Categorización.

Se compararon y contrastaron las codificaciones de todas las entrevistas para construir categorías analíticas y temas consolidados, interpretándose siempre en relación con los contextos inmediatos, sociales y culturales en que las narrativas fueron producidas (Salgado, 2007; Spector-Mersel, 2010).

Una vez identificados los temas recurrentes y preservando las particularidades de cada relato, se procedió a categorizar los datos encontrados. Flores-Kanter y Medrano (2019) entienden el término “categorizar” como un proceso mediante el cual se organizan las diferentes secciones del texto asignando etiquetas y agrupando los datos similares para conceptualizarlos.

Este proceso se desarrolló en etapas sucesivas que buscan incrementar el nivel de abstracción de la información (Flores-Kanter & Medrano, 2019). El análisis inició con una reducción inicial mediante la fragmentación, remarcando aquellos segmentos significativos de las respuestas. Posteriormente, se implementó una Agrupación de Primer Nivel (o codificación descriptiva), la cual implica la asignación de una etiqueta o

código a cada fragmento marcado. Finalmente, se avanzó hacia la Agrupación de Segundo Nivel (o codificación analítica), donde las categorías iniciales se conceptualizaron e interconectaron, siguiendo el esquema propuesto por los autores para pasar de una codificación ligada al dato a una de mayor abstracción.

Impacto esperado

Este estudio busca aportar una comprensión más profunda sobre la relación entre cultura organizacional, estrés laboral y estrategias de afrontamiento en practicantes de ciencias de la salud. Se espera identificar patrones y factores clave que inciden en la experiencia formativa de los estudiantes en contextos hospitalarios, visibilizando tanto riesgos como recursos protectores.

En cuanto al impacto, los hallazgos podrán orientar la formulación de recomendaciones institucionales para mejorar las condiciones de práctica clínica, favorecer el bienestar psicológico de los practicantes y fortalecer la calidad del proceso formativo. Asimismo, se prevé un aporte al campo académico al ampliar el conocimiento sobre dinámicas organizacionales en el sector salud.

Resultados

Los hallazgos directos de esta investigación se obtuvieron de seis participantes; de los cuales tres pertenecen a la “Universidad 1” y los otros tres a la “Universidad 2”, realizando sus prácticas en el Hospital 1 y Hospital 2, respectivamente. La totalidad de los participantes cursa entre noveno y duodécimo semestre, cuentan con un mínimo de doce meses acumulados de rotaciones clínicas hospitalarias, llevan al menos doce

semanas en su rotación actual, se encuentran activamente en período de prácticas y firmaron el consentimiento informado completo. Todos cumplieron los criterios de inclusión establecidos y, para garantizar la confidencialidad, fueron identificados como Persona 1 a Persona 6, acompañados del hospital correspondiente.

A partir del análisis narrativo de las entrevistas, se identificaron y codificaron 163 segmentos significativos, los cuales se organizaron en cuatro categorías analíticas principales, cada una con sus respectivos códigos, como se presenta en la Tabla 1.

Tabla 1.
Códigos y Categorías

Categoría	Código	Cantidad de citas
Cultura Organizacional y del Gremio	Apoyo Institucional (Percepción)	8
	Cambio Performativo Post-Tragedia	3
	Canales de Denuncia Percibidos como Ineficaces	9
	Falta de Formación Pedagógica en Docentes	7
	Gajes del Oficio (Normalización de la Dureza)	6
	Jerarquías Marcadas	14
	Maltrato Verbal y Comentarios Despectivos	8
Estrategias de Afrontamiento		38

	Afrontamiento Asertivo	2
	Apoyo Social	11
	Motivación por el Logro	6
	Organización y Planificación	5
	Reencuadre ("No Tomarlo Personal")	4
	Resistencia Pasiva / Cumplimiento Forzado	6
	Desahogo Emocional	4
Factores Estresantes		48
	Abuso de Poder por Parte de Superiores	8
	Ambiente Laboral Pesado/Tenso	6
	Carga Asistencial	11
	Horarios Extensivos e Indefinidos	13
	Invalidación del Conocimiento del Estudiante	5
	Teoría vs. Práctica	5
Impacto en el Bienestar y Aprendizaje		21
	Alteraciones del Sueño	3
	Impacto en el Aprendizaje Positivo	3
	Sentimientos de Insuficiencia	8
	Impacto Negativo	7
Total general		163

Nota. En esta tabla se encuentra la cantidad de menciones encontradas por cada variable

La categoría más frecuente fue Cultura Organizacional y del Gremio (55 citas), seguida de Factores Estresantes (48 citas), Estrategias de Afrontamiento (38 citas) e Impacto en el Bienestar y Aprendizaje (21 citas). Dentro de estas, los códigos con mayor recurrencia fueron Jerarquías Marcadas (14 citas), Horarios Extensivos e Indefinidos (13 citas), Carga Asistencial (11 citas) y Apoyo Social (11 citas), lo cual señala que la estructura jerárquica y las demandas laborales extremas constituyen el núcleo de la experiencia estresante, mientras que la búsqueda de apoyo entre pares emerge como el principal recurso de afrontamiento.

La cultura organizacional hospitalaria se describe de manera consistente como un entorno profundamente jerarquizado, donde las relaciones de poder no sólo organizan el trabajo, sino que se manifiestan simbólicamente en la interacción cotidiana. Los participantes se perciben a sí mismos como el “último eslabón de la cadena”, una posición que condiciona su autonomía, su voz y, en muchos casos, su dignidad. Por ejemplo, la Persona 1 del Hospital 1 señaló que “la jerarquía es súper evidente... no es necesario que lo nombren para uno saber, aunque hay veces que muchos sectores te recuerdan ‘acuérdate que tú estás en el último eslabón’”, evidenciando cómo esta estructura se internaliza y naturaliza. Esta jerarquía se hace visible incluso en detalles como el orden en las rondas médicas, donde, según el mismo participante, “primero va el especialista, después van los residentes, después van los internos y después de últimas en la fila van los estudiantes”. No se trata sólo de una organización funcional, sino de un orden social que asigna valor, visibilidad y responsabilidad de manera descendente, generando un clima de inferioridad y vigilancia constante.

Dentro de este marco jerárquico, emergen con fuerza prácticas de maltrato verbal y descalificación pública, que los participantes tienden a normalizar como parte de los “gajes del oficio”. El código de Maltrato Verbal y Comentarios Despectivos apareció en ocho ocasiones, a menudo vinculado a situaciones de humillación frente a colegas y pacientes. la Persona 1 relató una experiencia en quirófano donde una doctora “me gritó al frente todo el quirófano”, mientras que la Persona 6 narró cómo una médica le dijo, frente a un paciente, que “no iba a servir para ser doctora”. Estos episodios no son percibidos como anomalías, sino como manifestaciones de una cultura que tolera y, en ocasiones, fomenta la degradación como herramienta de enseñanza o control. Esta normalización se refleja en el código Gajes del Oficio, expresado por la Persona 2 cuando afirma que “al final uno ya se acostumbró... netamente para nosotros son gajes del oficio”. La naturalización del sufrimiento opera así como un mecanismo de adaptación pasiva, que si bien permite la supervivencia en el corto plazo, erosiona el bienestar y limita la posibilidad de cuestionar las condiciones de trabajo.

Paralelamente, la percepción de un apoyo institucional limitado y de canales de denuncia ineficaces refuerza la sensación de desprotección. Aunque algunos participantes reconocen la existencia física de espacios de bienestar o direcciones estudiantiles, predominan los relatos que cuestionan su utilidad real. La Persona 4 mencionó que “uno siente miedo de quejarse... piensa que después los doctores lo van a coger en contra”, mientras que la Persona 5 señaló que los canales existen, pero “no son tan visibles”. La falta de confianza en estos mecanismos institucionales consolida un ciclo de silencio y resignación, donde el maltrato se reporta poco y las consecuencias para los agresores son percibidas como inexistentes. Esto se agrava por la percepción de

una Falta de Formación Pedagógica en Docentes, ya que, como indicó la Persona 1, “muchos de ellos nunca jamás han estudiado para ser profesor... ni tienen paciencia para enseñar”. La combinación de una docencia despreparada, un sistema de apoyo débil y una jerarquía rígida configura un escenario formativo donde el aprendizaje depende más de la resistencia individual que de un diseño pedagógico institucional.

Las demandas objetivas del trabajo hospitalario se erigen como la fuente más tangible y repetida de estrés. Los códigos Horarios Extensivos e Indefinidos (13 citas) y Carga Asistencial (11 citas) dominan esta categoría, describiendo jornadas que frecuentemente superan las catorce horas, sin límites claros ni compensación. La Persona 2 describió rotaciones en las que “entraba a las 6:00 de la mañana, salía a las 7-8 de la noche” con turnos nocturnos incluidos, mientras que la Persona 4 detalló servicios con “60, 70, 80 pacientes” que debían ser atendidos por un número insuficiente de estudiantes. Esta sobrecarga no es solo cuantitativa; está ligada a un Abuso de Poder por Parte de Superiores (8 citas), donde la autoridad se ejerce de manera arbitraria y coercitiva. La Persona 1 narró cómo una doctora le exigió realizar un esquema a mano bajo la amenaza de reportarla al coordinador, ilustrando cómo la presión jerárquica se suma a la demanda laboral. A esto se une la Invalidación del Conocimiento del Estudiante (5 citas), donde sus aportes son desestimados, y la brecha entre la Teoría vs. Práctica (5 citas), que genera un sentimiento de incompetencia. El estrés, por tanto, no surge únicamente del volumen de trabajo, sino de la combinación de este con un trato deshumanizante y una constante sensación de ineptitud.

Frente a este escenario demandante, los practicantes despliegan un repertorio de estrategias de afrontamiento donde destaca, como la más frecuente y valorada, la

búsqueda de Apoyo Social (11 citas). Este apoyo se busca principalmente en los compañeros de estudio, quienes comparten la misma experiencia y ofrecen un espacio de validación emocional. La Persona 1 afirmó que “nadie te va a entender además de ellos”, mientras que la Persona 4 y la Persona 5 relataron cómo se apoyaban mutuamente para quejarse y organizarse frente a la carga. La familia también aparece como un pilar fundamental, especialmente como espacio de desahogo. Otras estrategias adaptativas incluyen la Organización y Planificación del tiempo, la Motivación por el Logro vinculada a la vocación “yo amo lo que hago”, dijo la Persona 4, y el Reencuadre cognitivo para “no tomar las cosas personales”. Sin embargo, también emergen respuestas menos adaptativas, como la Resistencia Pasiva o Cumplimiento Forzado (6 citas) y el Desahogo Emocional inmediato y solitario (4 citas). La Persona 2 admitió que su mecanismo ante el estrés es “evadirlo”, y la Persona 1 describió un ciclo de “estrés, llanto y luego hacer lo que haya que hacer”. La coexistencia de estas estrategias muestra que los practicantes navegan entre la resistencia activa y la resignación, y que la efectividad del afrontamiento depende en gran medida de si el entorno ofrece espacios seguros para la contención

El impacto acumulado de esta dinámica se manifiesta con claridad en la categoría de Impacto en el Bienestar y Aprendizaje. El código más citado aquí fue Sentimientos de Insuficiencia (8 citas), donde los participantes expresan dudas profundas sobre su capacidad y vocación. La Persona 4 compartió un monólogo interno devastador: “¿serviré para esto?... Realmente tiene razón. Estoy haciéndole perder la plata a mis papás”. Estos pensamientos suelen intensificarse por la comparación con los pares y por la invalidación constante. Junto a esto, se reporta un Impacto Negativo

general (7 citas) en el estado de ánimo y la motivación, y Alteraciones del Sueño (3 citas) directamente vinculadas a la ansiedad por el rendimiento y los horarios. La Persona 4 confesó que “no dormía, no podía dormir... cada hora me despertaba asustada diciendo ‘llegué tarde’”. No obstante, en contraste, también existen relatos de un Impacto en el Aprendizaje Positivo (3 citas), asociado exclusivamente a aquellos momentos en que los médicos asumen un rol pedagógico activo y respetuoso. La Persona 5 valoró positivamente cuando en Pediatría “los propios doctores se sentaban con nosotros a mirar qué era lo que había que corregir”. Esta dualidad subraya que el potencial formativo de la práctica clínica no se anula, pero sí se ve severamente condicionado por la calidad de las interacciones pedagógicas y el clima organizacional que las enmarca.

Los resultados indican una cultura organizacional hospitalaria jerárquica y normalizadora del maltrato establece las reglas del juego. Dentro de este marco, factores estresantes crónicos como la sobrecarga extrema y el abuso de poder se experimentan de manera aguda. Para hacer frente a esta realidad, los practicantes activan estrategias de afrontamiento que oscilan entre la búsqueda de apoyo social (su principal recurso) y la resignación silenciosa. Finalmente, esta cadena de experiencias deja una huella clara en el bienestar y el aprendizaje, generando secuelas emocionales significativas, pero también, en aquellos espacios donde la docencia se ejerce con respeto, la posibilidad de un aprendizaje enriquecedor y motivador. Los hallazgos confirman así que la experiencia formativa del practicante de medicina está profundamente moldeada por la estructura cultural del hospital, y que cualquier

esfuerzo por mejorar su bienestar debe, necesariamente, abordar la transformación de dicha cultura.

Discusión

Los hallazgos de este estudio confirman que el estrés laboral experimentado por los practicantes de medicina no puede comprenderse como una reacción individual aislada, sino como el resultado de una configuración organizacional específica que estructura la experiencia formativa en los hospitales universitarios. En este sentido, los resultados dialogan directamente con los tres ejes teóricos desarrollados en el marco conceptual: la cultura organizacional hospitalaria, el estrés laboral como fenómeno psicosocial y las estrategias de afrontamiento.

En primer lugar, la alta recurrencia de la categoría Cultura Organizacional y del Gremio evidencia que las experiencias de los practicantes están profundamente mediadas por normas implícitas, valores y relaciones de poder naturalizadas dentro del entorno hospitalario. Tal como plantea Schein (2010), la cultura organizacional se manifiesta en aquellas reglas no escritas que orientan el comportamiento cotidiano y definen lo que es esperado, permitido o sancionado dentro de una institución. En los relatos analizados, las jerarquías marcadas aparecen como un eje estructurante que no solo organiza las funciones clínicas, sino que también asigna valor simbólico a los actores, posicionando a los practicantes como el “último eslabón de la cadena”. Esta jerarquización internalizada limita su autonomía, su voz y su reconocimiento, confirmando que la cultura hospitalaria opera como un sistema de significados que moldea la experiencia formativa más allá de lo pedagógico.

La normalización del maltrato verbal y de la dureza como “gajes del oficio” refuerza lo documentado por Chávez-Rivera et al. (2016) y Bastías-Vega et al. (2021), quienes señalan que en la formación médica el maltrato suele legitimarse como una herramienta formativa. En este estudio, el maltrato no emerge como un evento excepcional, sino como una práctica recurrente y culturalmente aceptada, sostenida por la idea de que el sufrimiento es inherente al proceso de aprendizaje. Esta lógica refuerza dinámicas de poder asimétricas y contribuye a la reproducción de una cultura organizacional que tolera la deshumanización del estudiante, dificultando el cuestionamiento y la denuncia de estas prácticas.

Desde el modelo Demandas–Recursos Laborales (JD-R) de Bakker y Demerouti (2016), los resultados muestran un contexto caracterizado por altas demandas laborales crónicas, particularmente la carga asistencial excesiva, los horarios extensivos e indefinidos y la presión jerárquica constante. Estas demandas se ven agravadas por la ambigüedad de rol y la invalidación del conocimiento del estudiante, lo que incrementa la percepción de incompetencia y vulnerabilidad. Al mismo tiempo, los recursos laborales identificados son limitados, especialmente en términos de apoyo institucional, acompañamiento pedagógico y retroalimentación constructiva. Esta combinación —altas demandas y escasos recursos— configura el escenario de desequilibrio que el modelo identifica como propicio para el desarrollo de estrés crónico y agotamiento emocional.

Los efectos de este desequilibrio se evidencian claramente en la categoría Impacto en el Bienestar y Aprendizaje, donde predominan los sentimientos de insuficiencia, el impacto negativo en el estado emocional y las alteraciones del sueño.

Estos hallazgos se alinean con la conceptualización del burnout propuesta por Maslach y Leiter (2016), quienes explican que el desgaste emocional se intensifica cuando el malestar se vuelve persistente, normalizado e inevitable. En este estudio, la cronificación del estrés no solo afecta el bienestar psicológico de los practicantes, sino que también compromete su proceso de aprendizaje, debilitando la confianza profesional y la motivación vocacional.

En relación con las estrategias de afrontamiento, los resultados muestran un uso predominante del apoyo social entre pares como principal recurso adaptativo, lo cual coincide con lo señalado por Chaabane et al. (2021) y Bohórquez-Moreno et al. (2022) respecto al papel protector del acompañamiento social en contextos formativos exigentes. Sin embargo, la presencia simultánea de estrategias menos adaptativas, como la evitación, la resistencia pasiva y el desahogo emocional solitario, evidencia que el afrontamiento individual se encuentra tensionado por las condiciones organizacionales. Tal como advierte Garcimarrero Espino (2021), el afrontamiento adaptativo no es sostenible cuando la organización no ofrece recursos estructurales que lo respalden.

En este sentido, la escasa confianza en los canales de denuncia y la percepción de un apoyo institucional meramente formal refuerzan lo planteado por Shearer et al. (2023) sobre el silencio organizacional. Cuando las instituciones no garantizan respuestas claras, seguras y efectivas frente al maltrato, se perpetúa un ciclo de silenciamiento que protege las prácticas disfuncionales y expone a los practicantes a mayores niveles de estrés y desprotección. Aunque algunos participantes reconocen cambios posteriores a eventos críticos o mediáticos, estos son vividos como

transformaciones performativas más que como modificaciones profundas de la cultura institucional.

En conjunto, los resultados confirman que el estrés laboral en los practicantes de medicina es un fenómeno estructuralmente producido, sostenido por una cultura organizacional jerárquica, normalizadora del maltrato y deficitaria en recursos de apoyo. Así, los hallazgos respaldan la necesidad de trascender explicaciones centradas en la responsabilidad individual y avanzar hacia intervenciones organizacionales que transformen las dinámicas culturales, pedagógicas y relacionales dentro de los hospitales universitarios.

Conclusiones

El presente estudio permitió comprender cómo la cultura organizacional hospitalaria, los factores estresantes inherentes a la práctica clínica y las estrategias de afrontamiento se articulan para configurar la experiencia formativa de los practicantes de medicina en dos hospitales universitarios de la ciudad de Bogotá. Desde un enfoque cualitativo narrativo, se evidenció que el estrés laboral no emerge como una vivencia individual aislada, sino como el resultado de condiciones organizacionales estructurales que atraviesan la formación clínica.

Los resultados muestran que la cultura organizacional hospitalaria se caracteriza por jerarquías marcadas, relaciones de poder asimétricas y la normalización del maltrato como parte del proceso formativo. Estas dinámicas no solo organizan el trabajo clínico, sino que también condicionan el bienestar emocional, la percepción de competencia y las posibilidades de aprendizaje de los practicantes. La naturalización de la dureza como

“gajes del oficio” opera como un mecanismo de adaptación resignada que permite la permanencia en el sistema, pero al costo de invisibilizar el malestar y cronificar el desgaste emocional.

Asimismo, se identificó que las principales fuentes de estrés están asociadas a demandas laborales extremas, como la carga asistencial excesiva, los horarios extensivos e indefinidos y el abuso de poder por parte de figuras de mayor jerarquía. Estas demandas, en ausencia de recursos institucionales suficientes, generan un desequilibrio que impacta negativamente en el bienestar psicológico y en el aprendizaje, manifestándose en sentimientos de insuficiencia, alteraciones del sueño y disminución de la motivación académica.

En cuanto a las estrategias de afrontamiento, los practicantes recurren principalmente al apoyo social entre pares y a recursos personales como la organización, la motivación vocacional y el reencuadre cognitivo. No obstante, la efectividad de estas estrategias se ve limitada por la falta de un afrontamiento organizacional real, evidenciado en la percepción de canales de denuncia ineficaces, apoyo institucional poco visible y una docencia clínicamente competente pero pedagógicamente insuficiente. Esta situación obliga a los estudiantes a sostener su bienestar casi exclusivamente desde recursos individuales, lo cual resulta insostenible frente a demandas crónicas.

Finalmente, los hallazgos confirman que mejorar el bienestar de los practicantes de medicina requiere intervenciones que trasciendan el fortalecimiento de habilidades individuales y se orienten a transformar la cultura organizacional hospitalaria. Revisar

críticamente las jerarquías, fortalecer la formación pedagógica de los docentes clínicos, garantizar canales de apoyo y denuncia efectivos y promover entornos formativos más humanos y colaborativos son acciones indispensables para construir experiencias de práctica clínica que favorezcan tanto el aprendizaje como la salud mental de quienes se están formando como futuros profesionales de la salud.

Aportes a los investigadores

El presente estudio contribuye a la comprensión cualitativa del estrés laboral en la formación médica al integrar las experiencias subjetivas de los practicantes con marcos teóricos propios de la psicología organizacional. En este sentido, los hallazgos permiten visibilizar cómo la cultura organizacional hospitalaria opera como un determinante estructural del malestar psicológico, aportando evidencia empírica que fortalece el análisis del estrés más allá de explicaciones centradas exclusivamente en características individuales.

Aportes a la línea de investigación

La investigación amplía la línea de estudios sobre salud mental y formación médica al enfatizar la necesidad de abordar el estrés laboral y las estrategias de afrontamiento desde una perspectiva organizacional. De este modo, se fortalece el diálogo interdisciplinar entre la psicología organizacional, la psicología de la salud y la educación médica, aportando una mirada integradora que reconoce el papel de las estructuras institucionales en la configuración del bienestar psicológico durante la práctica clínica.

Limitaciones del estudio

Entre las principales limitaciones se encuentra el carácter contextual del estudio, dado que se circunscribe a un grupo específico de practicantes de medicina y a entornos hospitalarios particulares, lo cual limita la transferibilidad de los hallazgos a otros contextos formativos. Asimismo, el uso de relatos retrospectivos puede implicar sesgos de memoria o de deseabilidad social en las narrativas de los participantes.

En una eventual replicación del estudio, sería pertinente incorporar múltiples instituciones hospitalarias y complementar la información con la perspectiva de otros actores del sistema, como docentes clínicos, residentes o directivos, lo que permitiría una comprensión más amplia y sistémica del fenómeno estudiado.

Recomendaciones para futuros estudios

Se recomienda el desarrollo de investigaciones longitudinales que permitan analizar la evolución del estrés laboral y de las estrategias de afrontamiento a lo largo del proceso formativo en medicina. Asimismo, resulta relevante evaluar el impacto de intervenciones organizacionales orientadas a la mejora del clima institucional, la formación pedagógica de los supervisores clínicos y la prevención de prácticas de maltrato en contextos hospitalarios.

Nuevas preguntas de investigación

A partir de este ejercicio investigativo surgen, entre otras, las siguientes preguntas de investigación:

- ¿Cómo influyen las intervenciones organizacionales en la transformación de la cultura hospitalaria y en el bienestar psicológico de los practicantes de medicina?
- ¿De qué manera la formación pedagógica de los supervisores clínicos modifica las dinámicas jerárquicas y las experiencias de estrés durante la práctica médica?

Referencias

- Bakker, A. B., & Demerouti, E. (2016). Job demands–resources theory: Taking stock and looking forward. *Journal of Occupational Health Psychology*, 22(3), 273–285. <https://doi.org/10.1037/ocp0000056>
- Bastías-Vega, N., Pérez-Villalobos, C., Alvarado-Figueroa, D., Schilling-Norman, M., Espinoza-Riffo, M., Parra-Ponce, P., Matus-Betancourt, O., & Toirkens-Niklitschek, J. (2021). Maltrato en el pregrado de la carrera de Medicina: percepción de los estudiantes. *Revista Médica de Chile*, 149(4), 617-625. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872021000400617>
- Bohórquez-Moreno, C., Hernández-Escolar, J., Muvdi Muvdi, Y., Malvaceda Frías, E., Mendoza Sánchez, X., & Madero Zambrano, K. (2022). Asociación entre estrés percibido y estrategias de afrontamiento en estudiantes de enfermería en tiempos de COVID-19. *Metas de Enfermería*, 25(5), 50–57. <https://doi.org/10.35667/MetasEnf.2022.25.1003081942>
- Cano-García, M., Ruiz-Blandón, D. A., Vergara-Vélez, I., & Chaverra-Gil, L. C. (2023). Impacto del estrés laboral en el bienestar psicológico del personal de un hospital público de Medellín, Colombia. *Ciencia y Enfermería*, 29, 31. https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532023000100223&script=sci_arttext
- Chaabane, S., Chaabna, K., Bhagat, S., Abraham, A., Doraiswamy, S.,

Mamtani, R., & Cheema, S. (2021). Perceived stress, stressors, and coping strategies among nursing students in the Middle East and North Africa: An overview of systematic reviews. *Systematic Reviews*, 10(1), 1–15. <https://doi.org/10.1186/s13643-021-01691-9>

Chávez-Rivera, A., Ramos-Lira, L., & Abreu-Hernández, L. F. (2016). Una revisión sistemática del maltrato en el estudiante de medicina. *Gac Med Mex*, 152(6), 796-811.
https://www.anmm.org.mx/GMM/2016/n6/GMM_152_2016_6_796-811.pdf

Checa Calderón, V. N. (2023). Cultura organizacional y la calidad del servicio del hospital Universitario de Guayaquil en el 2022. *Espiritu Emprendedor TES 2023*, 7(2), 68-87.
<https://doi.org/10.33970/eetes.v7.n2.2023.335>

Cheng H. M., Yu, H. Y., Hsieh, Y. H., & Lou, M. F. (2024). *Correlations of factors associated with job values, job stress, and job satisfaction among hospital nursing assistants*. *BMC Health Services Research*, 24(1), 114. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38978197/>

Creswell, J. W. (2007). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches* (2th ed.). SAGE Publications.
<https://revistapsicologia.org/public/formato/cuali2.pdf>

Flores-Kanter, P. E., & Medrano, L. A. (2019). Núcleo básico en el análisis de datos cualitativos: pasos, técnicas de identificación de temas y formas de presentación de resultados. *Interdisciplinaria*, 36(2), 203-215.

<https://www.redalyc.org/journal/180/18060566010/html/>

Garcimarrero Espino, E. (2021). Factores protectores de Salud Mental en *Métodos de investigación en ciencias sociales* (4.^a ed.). McGraw-Hill.

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8143601>

Guest, G., Bunce, A. y Johnson, L. (2006). ¿Cuántas entrevistas son suficientes? Un experimento con saturación y variabilidad de datos. *Métodos de Campo*, 18 (1), 59–82.

<https://doi.org/10.1177/1525822X05279903>

Hartel, C. E., Gough, H., & Hartel, G. F. (2008). Work-group emotional climate, emotion management skills, and service attitudes and performance. *Asia Pacific Journal of Human Resources*, 46(1), 21–37.

<https://doi.org/10.1177/1038411107086541>

Johnson, J. L., Adkins, D., & Chauvin, S. (2020). Ethical challenges and emotional safety in qualitative health research with vulnerable populations. *Qualitative Health Research*, 30(3), 340-355.

<https://bmcpalliatcare.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12904-025-01850-y>

Labrague, L. J., & De Los Santos, J. A. A. (2020). COVID-19 anxiety among front-line nurses: Predictive role of organisational support, personal

resilience and social support. *Journal of nursing management*, 28(7), 1653–1661. <https://doi.org/10.1111/jonm.13121>

Lazarus, RS, y Folkman, S. (1984). *Estrés, evaluación y afrontamiento*. Editorial Springer.
<https://www.scribd.com/document/750495376/Libro-Lazarus-y-Folkman>

López-Botello, C. K., Segovia-Romo, A., & Morán-Huertas, A. J. (2020). Las Jornadas laborales y la cultura organizacional como desencadenantes del Síndrome de Burnout en el personal de salud: una revisión de literatura. *Vinculatégica*, 6(2), 967-975.
<https://doi.org/10.29105/vtga6.1-644>

Macías, M. A., Madariaga Orozco, C., Valle Amarís, M., & Zambrano, J. (2013). Estrategias de afrontamiento individual y familiar frente a situaciones de estrés psicológico. *Psicología desde el Caribe*, 30(1), 123-145. <https://www.redalyc.org/pdf/213/21328600007.pdf>

Maslach, C., & Leiter, M. P. (2016). Understanding the burnout experience: Recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry*, 15(2), 103–111. <https://doi.org/10.1002/wps.20311>

Ministerio de Salud de Colombia. (4 de octubre de 1993). Resolución 8430 de 1993: Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud.
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/D>

E/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF

Ministerio de la Protección Social & Pontificia Universidad Javeriana. (2010).

Cuestionario para la evaluación del estrés (pp. 369–372). En Batería de instrumentos para la evaluación de factores de riesgo psicosocial.

Bogotá, Colombia: Ministerio de la Protección Social

Molina Galvañ, M. D., Quiles-Fernández, E. y Garzón Poyatos, A. (2020).

Entre la escuela y la universidad: la indagación narrativa como pasaje formativo. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 34(1), 213-226.

<https://www.redalyc.org/journal/274/27467982013/27467982013.pdf>

Montero, I., & León, O. G. (2007). Guía para nombrar los estudios de

investigación en Psicología. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(3), 847–862

<https://www.redalyc.org/pdf/337/33770318.pdf>

Real-Delor, R. E., Acosta Torreani, M. L., Aguilar Vergara, E. Y., Benítez

Delasgracias, L. F., Benítez González, F. J., Bordón Lezcano, L. A.,

Delgado Caballero, L., Encina Villagra, I. M., Escobeiro de la Cruz, M.

M., Maidana Barboza, R. M., Quintana Vargas, C. H., Ramírez

Fernández, B. E., & Vázquez Vega, R. A. (2023). Maltrato a

estudiantes de medicina del Paraguay en 2022: Estudio multicéntrico.

Medicina Clínica y Social, 7(3), 100-110.

<https://doi.org/10.52379/mcs.v7i3.305>

Patton, M. Q. (2015). *Qualitative research & evaluation methods* (4th ed.).

Sage.

Salgado, Lévano, A. C. (2007). Investigación cualitativa: diseños, evaluación del rigor metodológico y retos. *Liberabit*, 13(13), 71-78.

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1729-48272007000100009&script=sci_arttext&tlng=en

Schein, E. H. (2010). *Organizational culture and leadership* (4th ed.). Jossey-Bass.

https://ia800805.us.archive.org/9/items/EdgarHScheinOrganizationalCultureAndLeadership/Edgar_H_Schein_Organizational_culture_and_leadership.pdf

Sehularo, L. A., Molato, B. J., Mokgaola, I. O., & Gause, G. (2021). Coping strategies used by nurses during the COVID-19 pandemic: A narrative literature review. *Health SA Gesondheid*, 26, 1652.

<https://doi.org/10.4102/hsag.v26i0.1652>

Shanafelt, T. D., & Noseworthy, J. H. (2016). Executive leadership and physician well-being. *Mayo Clinic Proceedings*, 92(1), 129–146.

<https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2016.10.004>

Shearer, C., Thomson, C., Sutherland, L., & Bowes, D. (2023). Addressing medical resident mistreatment: A resident-centred approach. *Medical Teacher*, 45(6), 769-775.

<https://doi.org/10.1080/0142159X.2023.2279903>

Spector-Mersel, G. (2010). Narrative research: Time for a paradigm. *Narrative Inquiry*, 20(1), 204-224 <https://doi.org/10.1075/ni.20.1.10spe>

Vargas-Manzanares, S. P., Herrera-Olaya, G. P., Rodríguez-García, L., & Sepúlveda-Carrillo, G. J. (2010). Confiabilidad del cuestionario Brief COPE Inventory en versión en español para evaluar estrategias de afrontamiento en pacientes con cáncer de seno. *Investigación en enfermería: Imagen y Desarrollo*, 12(1), 7-24.
<https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/imagenydesarrollo/article/view/1622>

Vasilachis de Gialdino, I. (2006). Estrategias de investigación cualitativa. Gedisa Editorial S A.
<https://www.famg.org.ar/documentos/herramientas-investigacion/03-investigacion-cualitativa-Vasilachis-2017.pdf>

Wei, H., Sewell, K. A., Woody, G., & Rose, M. A. (2018). The state of the science of nurse work environments in the United States: A systematic review. *International Journal of Nursing Sciences*, 5(3), 287-300.
<https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2018.04.010>

West, C. P., Dyrbye, L. N., & Shanafelt, T. D. (2018). Physician burnout: contributors, consequences and solutions. *Journal of Internal Medicine*, 283(6), 516–529. <https://doi.org/10.1111/joim.12752>

Yates, S. W. (2020). Physician stress and burnout. *American Journal of Medicine*, 133(2), 160–164.

<https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2019.08.034>

Zeladita-Huaman, J. A., Flores-Rodríguez, C. C., Zegarra-Chapoñan, R.,
Carpio-Borja, S. J., Franco-Chalco, E., Vivas-Durand, T. D. J., &
Mariñas-Acevedo, O. (2024, August). Psychometric Evaluation of the
Brief-COPE Inventory and Exploration of Factors Associated with
Perceived Stress among Peruvian Nurses. In *Healthcare* (Vol. 12, No.
17, p. 1729). MDPI.