

Ética y relaciones de poder en la formación de médicos residentes e internos: Algunas reflexiones a la luz de Foucault y Bourdieu

Carolina Consejo,* Carlos Viesca- Treviño**

RESUMEN

Los años de práctica clínica que conforman el internado y la residencia médica, además de ser fundamentales para que los médicos en formación desarrollen prácticas y conjuguen la teoría con la práctica, son años también esenciales en la formación de su identidad profesional. De esa manera se consolidan, transforman y crean la identidad y eticidad del médico general y el especialista; además se forjan códigos morales y normativos que propiciarán la modificación de su interpretación del mundo y la forma en la que se sitúan en él. Sin embargo, existen pocos estudios que exploran los factores que conducen a que la profesión y la actitud médicas adopten estas características. En este trabajo se pretende ampliar la discusión, con una revisión de la literatura en torno al ambiente laboral en el que se forman los médicos y al impacto que tienen los episodios de abuso a los que en ocasiones son sometidos, para luego hacer algunas reflexiones que retomamos a dos autores de la sociología y filosofía francesas de finales del siglo veinte (Foucault y Bourdieu).

ABSTRACT

The years of clinical practice that constitute the medical internship and residence, besides of been essential to doctors in training, help them develop abilities that combine theory and practice, that are fundamental for their professional identity training. Here is where the identity and ethics of the general doctor and the specialist are consolidated, transformed and created are and where the moral and normative codes are forged and modify their interpretation of the world. Nevertheless, few studies exist that explore the factors that lead to their medical professional attitude and characteristics. This paper tries to expand that discussion, reviewing the literature around the atmosphere labor in which the doctors are trained and the impact that have the episodes of abuse they sometimes suffer. Finally we explore some reflections that take us back to two French sociology and philosophy authors at the end of 20th the century.

El Internado de pregrado y la residencia médica como espacio de formación

Idealización y contradicción¹

El medio y su relación con el estudiante son determinantes en la última etapa de su educación formal. Durante estos años, el alumno se enfrenta a la tarea de aprender a ejercer una profesión, a relacionarse con los pacientes y a asumir la responsabilidad que se desprende del ejercicio de la misma. Existen diferentes factores provenientes del entorno laboral que afectan el desarrollo de esta identidad y que determinan la forma en la cual se desempeñarán como profesionistas. Desde hace varias décadas se ha realizado una crítica hacia la deshumanización de la medicina y a la actitud del médico.² Algunos autores afirman que los médicos a lo largo de su formación se vuelven *cada vez más y más cínicos y menos humanitarios*.³

Al iniciar los años de práctica clínica en las instituciones hospitalarias, el interno de pregrado y el médico residente siguen

siendo sujetos morales en formación. Los sistemas formales de conocimiento con los que cuenta para la interpretación de esta nueva realidad a la que se enfrenta son los adquiridos desde la infancia, en su casa, durante la escuela elemental y durante los primeros años de la universidad.

El médico en formación inicia su práctica clínica con un legado de máximas deontológicas aprendidas en los libros y de sus maestros. Sin embargo, ante los conflictos éticos, iatrogenia y mala praxis, el contraste entre estos principios y lo que sucede ante sus ojos en su nuevo cotidiano, puede llegar a ser muy violento. El alumno, al ingresar a una institución médica y al integrarse como parte de su estructura, tiene que enfrentar el modelo del médico y la profesión médica que ha idealizado y preconcebido, en contraste con la realidad que se le devela.

En muchos casos, el médico en formación ve al médico como un personaje privilegiado en la sociedad, al que se le atribuyen una serie de características de sabiduría, liderazgo y poder, así como un modo de vida y nivel económico deseables. Muchas veces la idea de convertirse en médico funciona como un mecanismo de resolu-

- * Profesora del Departamento de Historia y Filosofía de la Medicina, Facultad de Medicina Universidad Nacional Autónoma de México
- ** Jefe del Departamento de Historia y Filosofía de la Medicina, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México. Ex presidenta de la Sociedad Mexicana de Historia y Filosofía de la Medicina.

Palabras clave: Bioética, educación médica, educación ética, relaciones de poder.

Key words: Bioethic, medical training, ethical training, power relationships.

ción de conflictos sociales, como forma de compensar carencias percibidas, y como medio para la adquisición de poder.

Los médicos en proceso de formación se enfrentan a una realidad que suele resultar contradictoria y difícil. Kay explica este fenómeno como una *desidealización traumática*⁴ y utiliza este concepto para hablar del impacto que generan la frustración, la desilusión, los malos entendidos e irritaciones menores, que el estudiante de medicina vive de forma cotidiana en los hospitales durante su práctica clínica, sobre su autopercepción, la disminución en su aprendizaje, su autoestima, sus expectativas de convertirse en médico y especialista, factores que en su conjunto le pueden conducir a un sentimiento de desilusión y menosprecio hacia sus maestros e incluso hacia la profesión misma. Para Kay, existe una necesidad de afirmación no sólo en la niñez sino también en la edad adulta, la cual es reforzada al adoptar modelos idealizados como referentes de sí mismos.⁵

Se ha descrito el efecto que tienen la conducta y el comportamiento de los médicos en la formación ética de los estudiantes de medicina, demostrando cómo la exposición de éstos a eventos *antiéticos* realizados por los médicos de mayor jerarquía, en los que incluso los mismos médicos en formación pueden llegar a participar, pueden influir en la formación o deformación de sus sistemas de valores y en la creación de sus códigos de ética. Para el autor, existe una lucha interna que lo confronta como sujeto y como médico con el medio hospitalario.

Lyoid define al ambiente hospitalario como hostil, en el cual existe una creciente carencia de modelos médicos a seguir.⁶ Esto contrasta con las viejas definiciones hipocráticas vigentes por lo menos hasta el siglo XX, en las que el paciente era considerado como el punto central de referencia, y el profesor, la figura que encarna un modelo tanto de conocimiento como de actitud moral.

Espacios de trabajo

Existen muchos trabajos publicados en revistas médicas y no médicas que analizan el ambiente en el cual se desarrollan los estudiantes de medicina de pre y posgrado. Se ha hecho énfasis en las situaciones de exceso de trabajo y agotamiento que producen las largas horas de trabajo. Se ha señalado en particular el exceso de labor burocrática y “de papelería” que ocupa el tiempo que debería de estar destinado a la práctica clínica y a la enseñanza teórica. Algunos autores han demostrado cómo la privación del sueño disminuye la capacidad de juicio clínico y cómo es necesario evaluar el impacto que esto tiene no sólo en la calidad de atención a los pacientes,⁷ sino también en su seguridad.⁸

Ante estas evidencias se han realizado reformas en varios países del mundo, que pretenden regular las horas de trabajo a favor de los médicos en formación. Sin embargo, para Reshma y colaboradores, los resultados de estas reformas han sido insuficientes ya que los efectos sobre la calidad de la atención médica, el bienestar de los médicos en formación y la calidad de la educación médica han sido mínimos.⁹

Por lo tanto, es necesario estudiar qué otros factores pueden influir durante la formación médica, en el desarrollo de actitudes negativas así como en sus resultados relacionados con la atención al paciente.

Los ambientes de trabajo en los cuales se forman los médicos, son fundamentales para la calidad de la educación en la carrera de medicina. En las instituciones de salud mexicanas existe un fenómeno de desinterés y apatía ante el trabajo, a raíz del exceso de trabajo rutinario rígido y repetitivo, del indivi-

dualismo y de la *especialización excluyente del trabajo*. Existe un *desarrollo de un horizonte reflexivo estrecho*, en el cual el trabajador es *ajeno a su contexto laboral, a sus contextos cultural, social e histórico* a los que considera *ajenos a su quehacer y hacia los que ha desarrollado creciente desinterés*.¹⁰

Es en este escenario en el que el médico en formación tiene que buscar su identidad como profesionista y enfrentarse a un mundo laboral que le puede ser hostil.

Abuso, hostigamiento y maltrato

En la última década, el impacto del abuso, maltrato, discriminación, acoso y hostigamiento, ha cobrado creciente importancia en la discusión dentro del campo de la educación médica. Silver, en 1992, acuñó el término de *abuso sobre los estudiantes de medicina (Medical Student Abuse)*. Fue el primero en sugerir que los cambios en la actitud de los médicos podrían ser resultado del trato hostil y punitivo recibido en la escuela de medicina.¹¹ Por su parte, Uhary define al abuso sobre los estudiantes de medicina como un fenómeno global, haciendo énfasis en la necesidad de realizar un debate internacional sobre la *actitud clínica* del personal médico hacia los estudiantes y hacia la misma medicina.¹²

Spiegel y colaboradores encontraron que el estrés –al cual son sometidos los médicos en formación–, es percibido por los mismos como inversamente proporcional a su rendimiento académico.¹³ Quine encontró, en un estudio realizado en Gran Bretaña, un mayor hostigamiento hacia estudiantes asiáticos y de raza negra,¹⁴ señalando un componente de discriminación. Algunos autores como Lubitz y Nguyen, encontraron una influencia significativa que ejercía el abuso experimentado por los médicos internos durante su rotación por las diferentes especialidades, sobre el tipo de especialidad elegida, resultando favorecidas especialidades como medicina familiar y rechazadas especialidades quirúrgicas, en las que se vivió un mayor abuso.¹⁵

En el caso específico de estudios de género, Silver y Glicken¹⁶ afirman que el insulto, discriminación, hostigamiento sexual y maltrato diarios son particularmente importantes sobre las médicas estudiantes, quienes reportaron la disminución de la confianza en sí mismas, como resultado de la suma cotidiana de eventos traumáticos acumulativos.

Silver y Glicken, así como Sheehan¹⁷ y colaboradores reportaron que la mayoría de los estudiantes que interrogaron, experimentaron episodios de maltrato y abuso por parte de sus profesores, como el maltrato físico, psicológico y sexual, en donde el abuso y la crítica continua, desmedida e infundada hacia ellos, llega a tener repercusiones de gran trascendencia. Ambos estudios reportaron que este abuso tuvo un impacto de tal magnitud que les generó una inestabilidad emocional significativa. En cuanto al origen del maltrato, los autores revelan una relación entre el proveniente de los médicos adscritos y la historia de maltrato al que ellos mismos fueron sometidos de estudiantes.

Se ha intentado dilucidar los factores que contribuyen a este ambiente laboral, identificándose algunos como el exceso de pacientes, la carga de trabajo, las escasas horas de sueño y descanso de los miembros del equipo médico.¹⁸

Una aproximación a Bourdieu y a Foucault: relaciones de poder, identidad y conocimiento

Se puede entender al proceso educativo tanto en una dimensión formal –que se puede ejemplificar con la educación escola-

rizada–, como en una dimensión informal, que es la adquirida a lo largo de toda la vida en cada momento de la interacción con la familia y la sociedad. El sociólogo francés Pierre Bourdieu (1930-2002) identifica a la educación como procesos de socialización que se lleva a cabo como socialización primaria –en la familia–, secundaria –en la escuela y centros de trabajo–, y terciaria – en la interacción con otras formas de transmisión de significados, como la televisión.¹⁹

El hospital puede considerarse como la representación de un espacio de socialización secundaria para el personal de salud y el que está en formación y terciaria para los usuarios.

El hospital como una comunidad de intercambio de capital

Pierre Bourdieu explica a la sociedad como el resultado de intercambio de *capital* al cual define como todo aquello que tenga valor simbólico en una sociedad determinada. Existen diferentes tipos de *capital*. Se pueden señalar como ejemplos al *capital* cultural, *capital* material y al *capital* simbólico, los cuales pueden tener un valor simbólico de intercambio. Un individuo que tenga el *capital* con el valor simbólico exigido por una comunidad específica, podrá pertenecer a la misma y formar parte de esta red de intercambio, siendo la sociedad una red de redes.²⁰

El estudiante de medicina ingresa a una comunidad –a una red de intercambio de *capital*–, con características específicas: la comunidad médica perteneciente a una institución específica, con códigos, normas y valores particulares, a la cual va a intentar pertenecer y en la que buscará ser aceptado. Cuando existe una diferencia importante entre estos códigos, normas y valores y los que el estudiante posee, el alumno no se somete plenamente a los de la comunidad; el *capital* del estudiante no tiene valor en esa red específica, resultando en la generación de conflicto. El ambiente médico hospitalario puede rechazarlo, el médico en formación no logra formar parte de esta red de intercambio y finalmente, podrá no tener otra salida que renunciar a la carrera, a la especialidad, o al año académico, teniéndose que alejar de esa comunidad, de esa red de intercambio de *capital*.

El hospital como formador de sistemas de pensamiento, percepción y acción: la formación del *habitus*

Para Bourdieu, el *habitus* es el conjunto de sistemas de pensamiento, percepción, apreciación y acción del individuo, adquiridos en el espacio social e interiorizado a lo largo de su experiencia.²¹ La estructura jerárquica tradicional del medio hospitalario y de la organización médica da lugar al establecimiento de relaciones de poder nuevas para el médico en formación, el cual se enfrenta a un sistema de valores, normas y códigos diferentes a los conocidos durante su experiencia previa.

En el hospital, el entorno les plantea al interno y al residente dilemas y contradicciones. Inicialmente este entorno puede llegar a ser intimidante. Esta amenaza percibida se transforma con el tiempo, y conforme el interno y el residente transitan por los años de formación clínica llega a desaparecer, se “adaptan” paulatinamente al medio. El enfrentamiento con esta red particular de intercambio de *capital* exige que adopten sistemas de percepción y pensamiento que determinarán nuevos sistemas de acción y participación en el medio hospitalario. Si el médico en formación logra hacerse de *capital* con el valor simbólico necesario, podrá formar parte integral de esta pequeña sociedad, acomodándose como un nudo más en la red de intercambio.

La interacción cotidiana con este medio, el reforzamiento o anulación de formas específicas de pensamiento, percepción y acción, llevarán a la construcción de un *habitus* característico, en el que se podrían identificar los rasgos comunes de la red específica de intercambio de *capital*, de la que ahora el médico en formación hace parte.

El hospital y el moldeamiento de la “doxa”

Se define al conocimiento, como el producto de la relación que el sujeto mantiene con el objeto. Los sistemas de pensamiento, percepción y acción, sistematizados e interiorizados a lo largo de la experiencia del sujeto, es decir el *habitus*, son resultado de la relación que éste tiene con la producción de conocimiento.

Según el mismo autor, el conocimiento puede existir tanto de forma consciente como inconsciente. A la entidad que adopta ese conocimiento inconsciente, Bourdieu la denomina *doxa*.²² Esta *doxa* es moldeada y determinada por la interacción que mantiene el sujeto con el medio, por las características del *habitus*, que el sujeto adopta a lo largo de su experiencia, pero también determina la morfología del *habitus*, estableciéndose una interacción dinámica entre la *doxa*, el *habitus* y las redes de intercambio de *capital* que constituyen a la sociedad y que atraen a cada uno de sus miembros.

De esta manera, el intercambio de *capital*, la interacción con el medio social y la interiorización de sistemas de pensamiento percepción y acción, pueden entenderse como relaciones de fuerza, es decir –según Foucault–, como relaciones de poder.²³

La aproximación a Foucault

Para el filósofo francés Michael Foucault (1926–1984), el poder no se considera como una propiedad o una posesión, ni como algo exclusivo de una clase dominante, estado o soberano, al que puede aspirar una clase oprimida, sino más bien como una estrategia.²⁴ Los efectos de la dominación no surgen de la apropiación del poder por un sujeto, sino de sus maniobras, tácticas, técnicas y funcionamiento. Una relación de poder no se constituye como una obligación o una prohibición que los más poderosos imponen a los menos poderosos, sino que los involucra, los envuelve y es transmitido por ellos y a través de ellos.²⁵

Foucault no conceptualiza el poder como una institución, ni como una estructura, sino como *Una situación estratégica compleja, como una multiplicidad de relaciones de fuerza... simultáneamente intencionales y a la vez no subjetivas*.²⁶

A diferencia del análisis del poder economicista que realizan los filósofos del siglo XVIII, un concepto jurídico-liberal en el que el poder se considera un derecho –una posesión que puede ser transferida, cedida o alienada a través de un acto contractual–, Foucault plantea la necesidad de crear una forma alternativa, no economicista, de análisis del poder. Un ejemplo de esta aproximación economicista es el concepto marxista del poder, en el cual, aunque en forma algo diferente, el poder se conceptualiza en términos de su función, en el mantenimiento simultáneo de relaciones de producción y una forma de dominación de clases.

Otros autores como Nietzsche y Reich representan un antecedente de un análisis no economicista del poder. Nietzsche planteó que “*El poder es una relación de fuerza*”, asumiendo un esquema de “*dominación-represión*”, mientras que Reich postuló que “*El poder es igual a represión*”.²⁷ De acuerdo con estos

esquemas, las relaciones de poder son conceptualizadas en términos de lucha y fuerza, así como los mecanismos a través de los cuales el poder es ejercido en términos de represión. Sin embargo, para Foucault estos puntos de vista son inadecuados para alcanzar el entendimiento de las relaciones de poder modernas.²⁸ De forma muy simple: el problema con el esquema “dominación-represión” radica en que, al reducir los mecanismos y efectos del poder o la represión, se niegan los elementos positivos y productivos de las relaciones de poder, es decir, esos factores que podrían identificarse como elementos constitutivos de las sociedades modernas.

Foucault, al abordar el cuestionamiento de ¿cómo se ejerce el poder?, parte de dos puntos de referencia. En primer lugar el discurso del derecho, que fundamentalmente ha delimitado y legitimado el ejercicio del poder en el mundo occidental desde la Edad Media. En segundo, los efectos de la verdad producidos y transmitidos por esta forma de poder que a su vez reproducen formas de poder. En cualquier sociedad existen relaciones de poder que permean y dan a la vez cohesión y forma al cuerpo social. El establecimiento y puesta en práctica de tales relaciones está directamente correlacionado con la producción y circulación del *Discurso de la verdad*.²⁹

Para Foucault, el análisis debe de ubicarse dentro del ejercicio o práctica del poder, en el campo de sus aplicaciones y efectos y no en torno a posiciones o intenciones conscientes. Debe de enfocarse en la forma en la que las cosas funcionan al nivel de la subyugación activa (en el acto de), al nivel en el que se llevan a cabo *esos procesos continuos e ininterrumpidos que subyugan nuestros cuerpos, gobiernan nuestras expresiones, dictan nuestros comportamientos*.

El poder no es una “comodidad” o posesión de un individuo, grupo o clase, sino que circula a través del cuerpo social. Funciona como una cadena y se ejerce a través de una organización constituida como una red en la que todos estamos inmersos, la que llega a determinarnos y a la que a su vez determinamos. Desde este punto de vista, los individuos no son agentes del poder, ni poseen el poder, su potencial no es “alienado” ni “oprimido” por él, al contrario, uno de los principales efectos del poder es que ciertos cuerpos, gestos, discursos, deseos, llegan a ser identificados y constituidos como individuos. El individuo es tanto efecto del poder como elemento de su articulación.

Foucault argumenta que el análisis debe de proceder desde un micronivel, de ahí el concepto de microfísica del poder. Esta forma ascendente de análisis permite revelar las historias particulares, técnicas y tácticas del poder, para revelar cómo sus mecanismos han sido apropiados, transformados, colonizados y extendidos por formas más generales o globales de dominación.³⁰

Como regla metodológica, Foucault involucra la relación entre conocimiento y poder. Su posición radica en que los mecanismos del poder han sido acompañados, a lo largo de la historia, por la producción de instrumentos efectivos para la creación y acumulación de conocimiento; así como de métodos de observación, técnicas de registro, procedimientos para la indagación e investigación, para finalmente crear aparatos de control. Por lo tanto, el ejercicio del poder necesariamente pone en circulación aparatos de conocimiento, creando sitios en los que se genera el conocimiento.

Aunque el análisis de Foucault intenta revelar las interconexiones existentes entre los mecanismos del poder y las instituciones económicas y políticas, no asume en ningún momento la existencia de una teoría general ni intenta formularla. Para él,

las conexiones deben de ser determinadas en cada instancia a través del análisis.

La necesidad de analizar al Hospital como un espacio de poder

Es de suponer que las diferentes relaciones de poder que se generan en los espacios hospitalarios, junto con el tipo de *capital* simbólico, así como las formas que adquieren las redes en el intercambio de este *capital*, influyen en el moldeamiento del conocimiento “*doxático*” de los médicos residentes e internos. La forma que adopta la *doxa*, así como el tipo de *hábitus* que desarrollan los médicos en formación, se verá reflejada en la forma en la cual se relacionan con los pacientes en un ambiente institucional determinado. En la literatura se pueden encontrar diferentes abordajes en torno a las condiciones en las cuales, tanto los internos de pregrado, como los residentes de las diferentes especialidades, enfrentan su proceso de formación.

Se han analizado las condiciones de exceso de trabajo y privación del sueño que enfrentan residentes e internos.³¹ También se abordan en varios estudios los fenómenos de hostigamiento sexual³² y abuso³³ en el ambiente hospitalario. Se ha analizado superficialmente el “hostigamiento laboral” (*Workplace Bullying*) en el ámbito hospitalario.³⁴ Sin embargo, son pocos los estudios realizados en ambientes hospitalarios de países latinoamericanos.³⁵⁻³⁷ Por otro lado, existe un enorme vacío en el análisis de las relaciones de poder que se desarrollan en estos espacios, así como de trabajos sobre la forma en la cual estas relaciones determinan la formación de los estudiantes y, finalmente, la forma en la cual se desempeñarán como profesionistas.

Dado el análisis anterior, es posible –tomando al hospital como universo de análisis–, identificar redes y estructuras de poder, así como tipos de *capital* simbólico en intercambio, que determinen el tipo y magnitud de las relaciones de poder, formando estructuras normativas formales e informales e influyendo en la transformación del *conocimiento doxático* de los médicos en formación. Para esto, es indispensable la realización de un análisis cualitativo detallado, de la forma en la cual se establecen y existen estas relaciones de poder, así como la relación que estas mismas guardan con el moldeamiento de la *doxa* y cómo esto, así mismo, puede incidir en la formación ética de los internos y residentes, teniendo que manifestarse, en consecuencia, en la forma en la que desempeñan su papel ante los pacientes.

Finalmente, es necesario valorar la creación de espacios para la promoción de la construcción de herramientas de reflexión y el cuestionamiento ético, epistemológico y estético fundamentales, para que tanto médicos residentes como internos se enfrenten de forma crítica³⁸ al espacio hospitalario en el que están inmersos, buscando una mejor preparación para el encuentro con ambientes adversos y para la identificación y aprovechamiento de los factores positivos del mismo.

Fomentar la adquisición de la conciencia y razón de sí, como sujetos en formación, permitiría una mayor reflexión filosófica que podría reflejarse en la formación de sujetos críticos que cuestionen su entorno y mejor aún, en sujetos creativos que no sólo aporten un servicio a una institución, sino que ayuden a transformar su medio laboral como parte fundamental de su desempeño profesional.

Referencias

1. La primera parte de este trabajo puede leerse en: Consejo CC y Viesca TC. Ética y poder: formación de residentes e internos. *Rev Med IMSS* 2005 43(1): 1-3.
2. Orgaz J. El humanismo en la formación del médico. Buenos Aires, Losada, 1977.
3. Eron LD. The effect of medical education on attitudes: a follow up study. *J Med Edu* 1958; 33: 25-33.
4. Kay J. Traumatic Deidealization and the Future of Medicine. *JAMA* 1990; 263: 572-573.
5. Kay J., 1990.
6. Lyoid C. A thurther assesment of medical school stress. *Med Educ* 1983; 58:964-967.
7. Ozuah PO and Neuspiel DR. Trends in Residents Perceptions of Working conditions: 1989-1999. *Arch Ped & Adol Med* 2001; 155(9): 1073-1074.
8. Gaba DM; Howard SK. Patient Safety: Fatigue among Clinicians and the Safety of Patients. *N Engl J Med* 2002; 347: 1249-1255.
9. Reshma J, Surender R. Regulation of junior doctors work hours: an analysis of British and American doctors experiences and attitudes. *Social Science & Medicine* 2004; 58: 2181-2191.
10. Viniegra VL. Las gestiones de las instituciones privadas y públicas de salud ¿Por qué deben ser distintas? *Rev Med IMSS* 2004; 42: 37-53.
11. Silver HK. Medical Students and medical school. *JAMA* 1992; 155: 140-145.
12. Uhary M. Medical Student Abuse: An International Phenomenon. *JAMA* 1994; 271: 1049.
13. Spiegel DA. Medical student stress and clerk ship performance. *Med Educ* 1986; 61: 929-931.
14. Quine L. Workplace bullying doctors: questionnaire survey. *Br Med J* 2002; 324: 878-879.
15. Lubitz RM and Nguyen, DD. Medical Student Abuse During Tirad Year Clerkships. *JAMA* 1996; 275: 414-416.
16. Silver HK, Glick AD. Medical student abuse: incidence severity, and significance. *JAMA* 1990; 263: 527-532.
17. Sheehan KH. A pilot study of medicine student abuse: student perceptions of mistreatment and misconduct in medical school. *JAMA* 1990; 263: 533-537.
18. El tema ha sido estudiado también por: Rubio Andrade A. Percepción de abuso en el médico interno de pregrado. Tesis de Maestría en Ciencias de la Salud con énfasis en Educación Médica. México, Facultad de Medicina, División de Estudios de Posgrado, Universidad Nacional Autónoma de México, 2000.
19. Bourdieu P, Passeron JC. *Reproduction in Education, Society and Culture* 2nd ed. London, SAGE 1990: 69-107.
20. Bourdieu P, Passeron JC., 1990; Bourdieu P y Wacquant L. *An invitation to reflexive sociology*. Oxford, Polity Press, 1992; Bourdieu P. *Outline of a theory of practice*. Cambridge, Cambridge University Press, 1997.
21. Bourdieu P, Passeron JC. , 1990, pp.69-107; Bourdieu, P. *Practical Reason*. Oxford, Polity Press, 1998.
22. Bourdieu P. *Outline of*, 1997.
23. Foucault M. *El discurso del poder*. México, Folios editores, 1984; Foucault M. *El orden del discurso*. Barcelona, Tusquets, 1973.
24. Foucault M. *Discipline and punishment*. New York, The birth of prison, Vintage Books, 1977 ; Foucault M. *Tecnologías del Yo*. Comp de Morey M, Barcelona, Paidós Iberica, 1996, pp. 9-44 y 48-55.
25. Foucault M. *The eye of power*. En: *Power/knowledge: selected interviews and other writings 1972-1977*. Gordon C. (editor). New York, Pantheon Books, 1980, pp. 146-165.
26. Barry S. Michael Foucault. London, Routledge 1985, pp. 73.
27. Foucault M. *Microfísica del Poder*. 3^a ed. Madrid, La Piqueta, 1992.
28. Barry S. Michael Foucault, pp. 76-78.
29. Barry S. Michael Foucault, p. 79.
30. Reshma J, Surender R. Regulation of junior doctors work hours: an analysis of British and American doctors experiences and attitudes. *Social Science & Medicine* 2004; 58: 2181-2191.
31. Ozuah PO and Neuspiel DR. Trends in Residents Perceptions of Working conditions: 1989-1999. *Arch Ped & Adol Med* 2001; 155(9): 1073-1074; Komaromy MB and Andrew B. *Sexual Harassment In Medical Training*. *N Engl J Med* 1993; 328: 322-326.
32. Frank E. et al. Prevalence and Correlates of Harassment Among US Women Physicians. *Arch Intern Med* 1998; 158: 352-358; Carr PL, Ash AS, Friedman R, y cols. Faculty Perceptions of Gender Discrimination and Sexual Harassment in Academic Medicine. *Am Col Phys* 2000; 132(11): 889-896; Daugherty T. Learning, Satisfaction and Mistreatment during Medical Intership. *A National Survey of Working Conditions*. *JAMA* 1998; 279: 1194-1199.
33. Field T. Work place bulling. The silent epidemic. *Br Med J* 2003; 326: 776-777.
34. Quine L. Workplace bullying doctors: questionnaire survey. *Br Med J* 2002; 324: 878-879; Aguilar E, Viniegra L. Autoestima y rendimiento académico en estudiantes de medicina. *Rev Med IMSS* 1997; 35: 221-225.
35. Herrera JC, Treviño A, Acosta C. Aproximación a la evaluación de la violencia en los cursos de especialización médica que se imparten en el Instituto Mexicano del Seguro Social. Premio "Dr. Alfonso Robinson Bours" Educación Médica. Premios FUNSALUD 2003. Documento presentado como parte de un compendio de resúmenes de trabajos premiados. Sin más referentes editoriales; Vázquez D y Viniegra L. La capacidad crítica de los estudiantes de medicina ante el quehacer médico. *Educ Med Sal* 1994; 28: 249-261.

Dirección para correspondencia:

Dra. Carolina Consejo

caronline99@hotmail.com