

ARTÍCULO ORIGINAL

Características de la violencia en residentes de dos instituciones formadoras de pediatras en el estado de Sonora

Mtro. en EE. Jorge Carlos Herrera-Silva¹, QB. Aida Treviño-Moore², Dr. Carlos Germán Acosta-Corona³

¹Departamento de Oncología Pediátrica, ²Laboratorio de Análisis Clínicos, ³Departamento de Terapia Intensiva Pediátrica, Hospital de Especialidades No. 1 del Centro Médico Nacional del Noroeste, Instituto Mexicano del Seguro Social, Cd. Obregón, Sonora, México.

Resumen

Introducción. El fenómeno de la violencia en la educación médica se manifiesta con patrones consistentes, afectando el desarrollo de los cursos de especialización.

Material y métodos. Mediante un censo, se aplicó un instrumento validado a residentes de pediatría de 2 hospitales-escuela, indagando la posibilidad de haber sido víctima de violencia física, psicológica, verbal o sexual, por 4 fuentes potenciales, en circunstancias o situaciones académico-laborales y por su apariencia personal, ser o pensar. Para el análisis de los datos utilizamos estadística no paramétrica.

Resultados. Participaron 45 residentes, 11 (25%) de la sede A y 34 (75%) de la sede B; 93% refirió haber sido víctima de alguna forma de violencia, 9 (20%) en niveles de máxima a extrema. Predominó la violencia física, la fuente más común fueron los propios residentes durante las guardias. Existió diferencia significativa ($P = 0.0001$) entre ambas sedes, determinada por una mayor violencia en la sede A.

Conclusiones. La violencia en los cursos de pediatría que se imparten en estas instituciones, tiene un perfil predominantemente físico, durante las guardias y entre compañeros, contemplando características específicas dependientes de cada contexto.

Palabras clave. Residentes; violencia; educación médica; especialistas; pediatras.

Solicitud de sobretiros: Mtro. en EE. Jorge Carlos Herrera Silva, Departamento de Oncología, Hospital de Especialidades No. 1 del Centro Médico Nacional del Noroeste, Instituto Mexicano del Seguro Social, Sahuaripa y Guerrero S/N, Col. Bellavista, 85000, Cd. Obregón, Sonora, México.

Fecha de recepción: 11-07-2005.

Fecha de aprobación: 10-01-2006.

Introducción

El fenómeno de la violencia al interior de la educación médica se encuentra introyectado a manera de “tradición”, mostrando patrones de conducta tan “naturales” a la vista de todos, que llega a pasar inadvertido en sus formas sutiles de presentación. Esto crea una serie de conflictos en las formas de convivencia, entre los que participan: profesores, alumnos y autoridades académicas. Su revelación por primera vez en 1961, hace evidente la presencia de conductas abusivas por parte de profesores y residentes en contra de los estudiantes de medicina en las universidades de la unión americana.¹⁻³

A partir de ese momento se ha encontrado un patrón de referencia consistente en la violencia al interior de la educación médica donde destacan: a) la presencia en cerca de la mitad o virtualmente en todos los alumnos de los cursos a todos los niveles, dependiendo del sitio donde se realice la indagación, b) la evidencia de estrés, particularmente poco manejable por parte de los estudiantes, resultado de esta violencia, c) la clarificación de los tipos y las circunstancias o situaciones más comunes de presentación de la violencia, predominando la verbal, en las situaciones institucionales-académicas y educativas, la violencia sexual, la discriminación y por último la violencia física, y d) el incremento significativo en su incidencia durante los años de entrenamiento clínico.⁴

Desafortunadamente, para víctimas y agresores, la mayoría de las conductas violentas son consideradas como parte de una “tradición” muy especial de la educación médica. Con ello no alcanzan a percibirse de los altos costos resultantes, la disminución en el desarrollo de sus aptitudes, tanto clínicas como para la investigación, y la escasa motivación para contribuir a mantener un medio ambiente favorable para el aprendizaje.⁵

Aunado a estos problemas, se presentan los programas de los cursos de postgrado en medicina como una fuente inagotable de experiencias estresan-

tes, las cuales predisponen a que las interrelaciones entre autoridades académicas-profesores-alumnos y otros miembros del equipo de salud, como enfermeras, trabajadoras sociales y asistentes médicas, estén matizadas por la presencia de acciones violentas. Las largas horas de trabajo, las crecientes cargas de atención, la exigencia en el cumplimiento de los reglamentos y normas, la carga académica, muchas veces desprovista de toda relación con la realidad de los estudiantes, configuran un terreno fértil para el ejercicio de un control disciplinario jerárquico, altamente autoritario. Ejercido así el poder, las relaciones interpersonales se tornan ríspidas, grotescas, ante la sensación por parte de los alumnos de una falta de adaptación al medio ambiente, exacerbado por la competitividad implícita en el curso y la intimidación natural que acarrea el participar cotidianamente en actividades asistenciales y académicas, especialmente en los hospitales formadores de especialistas. Las constantes confrontaciones en las visitas hospitalarias entre alumnos y profesores derivadas de los cuestionamientos acerca del cuidado de los pacientes, acarrean potencialmente desacuerdos entre ellos que acaban por dirimirse a través de acciones agresivas, abusivas, mismas que por “naturales” llevan a construir realidades poco pertinentes para el desarrollo integral de los futuros especialistas.^{6,7}

Inclusive, el problema parece no ser una condición determinada por un tipo de educación predominante, o de grupos específicos, al contrario, la educación médica en sus modelos de práctica médica inculcados, sus rituales de aceptación, evaluación y acreditación en los cursos, establecen condicionantes precisas para que la violencia se manifieste como un fenómeno de alcances mundiales. La presencia en países como Finlandia⁸ reafuerza este hecho, mostrando matices poco comunes a los encontrados en otros sitios,^{9,10} donde las tradiciones de trabajo son diferentes.

Reconociendo así la inscripción de la educación médica en una red de interacciones com-

plejas, donde sobresale la distintiva misión de los hospitales-escuela para formar médicos con un alto sentido de responsabilidad, es que el objetivo de este estudio fue el caracterizar el perfil epidemiológico de la violencia de que son víctimas los residentes participantes en los cursos de pediatría médica impartidos en dos instituciones del sector salud formadoras de especialistas en el estado de Sonora.

Material y métodos

Se realizó, a través de un diseño factorial *ex post facto*, un estudio multicéntrico, sin intervención, explicativo y comparativo, en dos unidades receptoras de médicos en período de adiestramiento intensivo (residencia) de los cursos de pediatría médica en el estado de Sonora. Mediante comunicación personal se convocó a través de la coordinación de enseñanza de la sede A, ubicada en la región sur del estado, a la participación por parte de los residentes adscritos a ella y de manera telefónica con la coordinación de educación e investigación de la sede B localizada en la capital estatal, se invitó a participar a los alumnos ahí inscritos. Entablada esta comunicación, se realizó por escrito una invitación, para que desde la coordinación se estableciera en comunión con los investigadores, la fecha y hora en que se aplicarían los cuestionarios construidos *ex profeso* para esta indagación.

Instrumento

Se utilizó un instrumento denominado “Abuso en los cursos de especialización médica” (ABEM), que fue construido y validado por los autores de este artículo, en colaboración con cuatro expertos en investigación educativa y cuatro profesores de postgrado de los cursos de especialización médica, a quienes se les solicitó que mediante rondas (cuatro en total) emitieran su opinión acerca de la pertinencia de los conceptos vertidos de la violencia y su tipolo-

gía, así como la representatividad de cada uno de los enunciados. Ello se llevó a cabo con el propósito de obtener a través de este procedimiento un consenso mayoritario (siete de ocho expertos) o unánime (ocho de ocho) acerca de las características del instrumento, considerando desde nuestra perspectiva, tener así la validación de concepto, contenido y criterio necesaria para su aplicación a la población blanco, capaz de medir episodios de violencia sufridos durante el curso de especialización. Para ello se requirió de etapas que incluyeron: a) determinación conceptual de lo que se consideró como abuso físico, verbal, psicológico y sexual, de acuerdo a lo reportado en la literatura y a la propia experiencia, tanto de los investigadores como de los expertos, establecido el consenso de los conceptos se decidió operacionalizar los términos de acuerdo a su pertinencia y caracterización semántica, sintáctica y pragmática, con la finalidad de que los enunciados fueran accesibles al lenguaje común utilizado por los estudiantes, b) de un trabajo asesorado, que permitió contar con enunciados que recrearan la realidad desde una perspectiva de la cotidianidad, excluyendo aquellos que por sus manifestaciones expresaran más de una excepción, o fueran representaciones consideradas como únicas o irrepetibles, c) de entrevistas no estructuradas a residentes ajenos al estudio y de instituciones diferentes a la participante en el estudio, donde se plasmaron experiencias que por sus características los alumnos hubieran percibido como abuso o violencia, para posteriormente ser llevadas a rondas de análisis por los expertos y profesores, con la finalidad de conformar enunciados que por su pertinencia y relevancia permitieran abordar el problema de una manera más completa, d) de la aplicación de una prueba piloto a 25 residentes elegidos al azar, adscritos a la institución a la que pertenece la sede A, a los que se citó en la coordinación médica nacional para la resolución del instrumento, pidiéndoles expresaran sus dudas, inquietudes y modificacio-

nes que consideraran adecuadas para el mejoramiento del mismo. De esta prueba se obtuvo un coeficiente de confiabilidad, utilizando la prueba 20 de Kuder-Richardson de 0.93, con lo que se consideró se contaba con un instrumento válido y confiable para los fines planteados para la investigación. Realizado esto, se consideraron cuatro fuentes de violencia: profesores, compañeros, autoridades y otro tipo de personal, este último incluyó a: administradores, jefes de enfermeras, jefes de trabajo social, jefes de personal y representantes sindicales. De la misma manera, se tuvo en cuenta a seis situaciones preponderantes durante los cursos, motivo por los cuales los alumnos pudieran haber sido víctimas de abuso o violencia alguna: actividades académicas, actividades laborales en el horario normal, actividades laborales en las guardias, programación de actividades administrativas, asignación de calificaciones, desarrollo de tesis, incluidas para profesores y autoridades. Cuando se refirió a los compañeros, se eliminaron los motivos: asignación de calificaciones y desarrollo de tesis, añadiendo la convivencia entre nosotros (residentes). Igualmente, en cuanto se trató de otro tipo de personal, se consideró prudente sólo indagar acerca de las manifestaciones de violencia en dos situaciones: actividades laborales durante el horario normal y en las guardias excluyendo el resto, tratando así de lograr un equilibrio entre cada uno de los tipos de violencia, fuentes y motivos. De esta forma, el cuestionario final quedó constituido en 89 enunciados, con opciones de respuesta en una escala similar a Likert que incluyó respuestas desde nunca, hasta múltiples ocasiones, con una sección para comentarios y sugerencias.

Construido así el instrumento, se consideró necesario establecer, de acuerdo a las puntuaciones obtenidas por los residentes y posterior a calcular el índice de potencialidad de las respuestas, con base a cada enunciado explorado, los siguientes niveles de violencia y su correlación en cuanto al ejercicio del poder se refiere:

Puntuación	
Nivel de violencia	Ejercicio del poder
0 puntos	Prudencial
Nulo	
1 - 40 puntos	Negociado
Mínimo	
41 - 80 puntos	Autoritario
Habitual	
81 - 120 puntos	Coercitivo
Máxima	
> 120 puntos	Punitivo
Extrema	

Aplicación del instrumento

Previamente establecida la comunicación con los coordinadores de educación en cada sede, se estableció la hora y fecha para la aplicación por uno de los investigadores en las unidades receptoras de residentes participantes, a través de un censo. En la sede A, previo *rapport*, los cuestionarios fueron aplicados por el investigador principal sin permitir la presencia de ninguna autoridad administrativa o educativa en el área, con el propósito de evitar al máximo alguna duda acerca de las opciones de respuesta, o cualquier manifestación de intimidación o represalia futura por aceptar participar. Entregados los cuestionarios al investigador, éstos fueron almacenados, para posteriormente ser entregados a una persona entrenada previamente para realizar la evaluación de los mismos, y conformar una base de datos en un sistema computarizado SPSS 12.0, con el propósito de realizar el análisis estadístico. La aplicación en la sede B se llevó a cabo 45 días después que en la sede A, en el auditorio de la unidad médica participante, siendo los cuestionarios entregados por el coordinador de enseñanza, sin estar presente en el área durante la contestación, siguiendo las instrucciones enviadas por los investigadores (similares a la

sede A: ausencia de autoridades administrativas o educativas), sólo se contó con la presencia de una persona entrenada previamente en la sede A para la aplicación de este tipo de instrumentos, pero sin participación en el estudio. Al recabar los cuestionarios, éstos fueron enviados por correo al investigador principal, para ser entregados a la misma persona que en la sede A llevó a cabo las puntuaciones y conformó la base de datos para su análisis posterior.

Análisis de los datos

Para el análisis de los datos se consideraron grupos de acuerdo a la sede en donde se aplicaron los cuestionarios, género y año de residencia. Se utilizaron medidas de tendencia central y se realizaron comparaciones mediante la prueba de ji cuadrada, con corrección de Yates o la prueba exacta de Fisher, según fuera el caso, para la proporción de alumnos de acuerdo al nivel de violencia referido, la tipología de la violencia, la fuente agresora y la circunstancia o situación en que se presentaron las acciones violentas. La prueba de U-Mann-Whitney se aplicó para comparar, entre las sedes, las puntuaciones globales obtenidas en el cuestionario y la prueba de Kruskal-Wallis para las puntuaciones globales por año de residencia. Finalmente, para la prevalencia se consideró el

número total de episodios, utilizando como denominador el total de individuos participantes, menos la proporción de sujetos no participantes y que no sufrieron episodios de violencia.

Resultados

Participaron 45 médicos residentes, 11 de la sede A, que correspondieron a 90% de los residentes adscritos en ese momento al curso, y 34 de la B que conformaron 95% de los alumnos, con un promedio de edad de 27 años.

El cuadro 1 muestra la distribución por género, año de residencia y tipo de universidad de donde procedían los participantes, destacando la gran proporción de residentes provenientes de universidades públicas.

La prevalencia del fenómeno denominado violencia en los residentes del estudio fue de manera global de 93%.

En el cuadro 2 se observa el nivel de violencia sufrido, referido por los residentes de ambas sedes, sobresaliendo la mínima proporción de alumnos que dijeron no haber sufrido ningún episodio de violencia.

Cuando se realizó la comparación entre ambas sedes, de la frecuencia de alumnos que fueron ví-

Cuadro 1. Distribución por género, año de residencia y universidad de procedencia de los participantes de cada sede

Sede	Género		1º	Año de residencia		Universidad de Procedencia	
	Femenino (%)	Masculino (%)		2º (%)	3º (%)	Pública (%)	Privada (%)
Sede A *n = 11	4 (36)	7 (64)	---	7 (64)	4 (36)	10 (90)	1 (10)
Sede B *n = 34	17 (50)	17 (50)	10 (29)	19 (56)	5 (15)	32 (94)	2 (6)
Global	24 (53)	21 (47)	10 (22)	26 (58)	9 (20)	42 (93)	3 (7)

*Número de residentes

timas de violencia y los que no la sufrieron, no se encontró diferencia estadísticamente significativa ($P = 0.63$).

La comparación de las puntuaciones obtenidas en el ABEM entre alumnos de cada sede, de acuerdo al año de residencia tampoco mostró diferencia estadística (sede A, $P = 0.788$; sede B, $P = 0.07$).

Lo que contrastó cuando se compararon las puntuaciones del ABEM entre residentes de segundo y tercer año de ambas sedes, donde existió diferencia estadísticamente significativa ($P = 0.03$) determinada por los residentes de menor jerarquía.

De la misma manera, se compararon las puntuaciones de los residentes de la sede A y B de

acuerdo a sus años de permanencia en el curso, encontrando significación estadística entre los residentes de primer año de la sede B y los de segundo y tercer año de la sede A ($P = 0.03$ y $P = 0.02$), determinada por las menores puntuaciones de los participantes de la sede B. Igualmente se encontró diferencia significativa entre los residentes de segundo año de la sede B y los de tercero de la sede A ($P = 0.002$), determinada por las puntuaciones más altas de estos últimos alumnos.

Se encontraron de manera global 5 446 episodios de violencia sufridos por los residentes de ambas sedes, predominando los de tipo físico (1 863/34%) y psicológico (1 830/34%), sobre los verbales (1 561/29%) y sexuales (192/3%).

Cuadro 2. Nivel de violencia referido por los residentes en ambas sedes

*n =45

Nivel de violencia	Núm. de sujetos	%	% acumulado
Nulo 0 puntos	3	7	7
Mínimo 1 - 40 puntos	15	33	40
Habitual 41 - 80 puntos	18	40	80
Máxima 81 - 120 puntos	8	18	98
Extremo > 120 puntos	1	2	100

* Número de residentes

Cuadro 3. Comparación entre las sedes del número de episodios de violencia sufridos por tipología y fuente agresora

Tipo de violencia	Profesores		Autoridades académicas		Residentes		Otro tipo de personal		Total
	Sede A *n =1 213	Sede B *n =591	Sede A *n =686	Sede B *n =447	Sede A *n =1 023	Sede B *n =1 067	Sede A *n =309	Sede B *n =110	
Física	331 (27%)	227 (38%)	252 (37%)	158 (35%)	373 (36%)	386 (36%)	105 (34%)	30 (27%)	1 863 (34%)
Psicológica	403 (33%)	187 (32%)	202 (29%)	132 (30%)	354 (35%)	408 (38%)	105 (34%)	39 (36%)	1 830 (34%)
Verbal	387 (32%)	177 (30%)	204 (30%)	157 (35%)	279 (27%)	245 (23%)	71 (23%)	41 (37%)	1 561 (29%)
Sexual	92 (8%)	----	28 (4%)	----	16 (2%)	28 (3%)	28 (9%)	----	192 (3%)
P**	0.008		***NS		NS		NS		

*Número de episodios de violencia; ** χ^2 ; ***no significativo

La comparación entre ambas sedes, del número de episodios de violencia sufridos referidos por los residentes, de acuerdo a la fuente agresora y la situación, circunstancia o condición de su presentación, sólo mostró diferencia significativa, determinada por la sede A, en el rubro de calificaciones ($P =0.009$) y tesis ($P =0.003$), preferentemente ocasionados por los profesores y autoridades administrativas.

Por otro lado, al realizar el análisis comparativo del número de episodios de violencia sufridos con relación a la tipología de la violencia y la situación, circunstancia o condición de su presentación, se encontró únicamente significación estadística ($P =0.03$), determinada por la sede A, por un mayor número de episodios de tipo físico durante las guardias.

De interés para los autores de este trabajo fue llevar a cabo la diferenciación entre ambas sedes, de la tipología de la violencia sufrida por los residentes con relación a la fuente de la misma, lo que se puede observar en el cuadro 3, destacando la diferencia determinada por los profesores de la sede A.

Finalmente, el cuadro 4 muestra la comparación de episodios de violencia sufridos de acuerdo a la situación, circunstancia o condición de la presentación, de manera global entre las sedes participantes, donde se aprecia que la diferencia está determinada por la sede A.

Discusión

La función primaria de los cursos de especialización en pediatría, no solo se fundamenta en proveer a los alumnos que en ellos participan, de los conocimientos necesarios para desempeñar las actividades propias de la profesión, sino también de formar en ellos un espíritu de respeto interrelacional, muy pocas veces desarrollado en los profesionales de la medicina. La justificación bien pudiera estar determinada por la necesidad de establecer una conexión entre el conocimiento y las formas de vida que se vislumbre en cada uno de los alumnos. Sin embargo, esto debe de conformarse en atmósferas de trabajo académico-laboral plenos de miradas morales e intelectuales, muy diferentes a las que prevalecen en la actualidad al interior de las instituciones formadoras de especialistas.⁹

Cuadro 4. Comparación global entre ambas sedes de los episodios de violencia referidos de acuerdo a la situación, circunstancia o condición de su presentación

Situación, circunstancia o condición	Sede A n =11	(%)	Sede B n =34	(%)	Núm. de episodios
Actividades académicas	525	(61)	340	(39)	865
Horario normal	723	(56)	564	(44)	1 287
Guardias	747	(56)	591	(44)	1 338
Actividades administrativas	444	(66)	228	(34)	672
Calificaciones	237	(77)	72	(23)	309
Tesis	120	(95)	6	(5)	126
Convivencia entre residentes	153	(45)	186	(55)	339
Por ser mujer	144	(62)	87	(38)	231
Por apariencia física	132	(58)	96	(42)	228
Por preferencias sexuales	6	(12)	45	(88)	51
Total	3 231	(60)	2 215	(40)	5 446
P*		0.0001			

* χ^2

Es por ello que los resultados encontrados en este estudio sugieren de una manera preocupante cómo un número significativo de jóvenes médicos, durante los cursos de especialización en pediatría médica que se imparten en el estado de Sonora, indistintamente de la institución de que se trate, son objeto de acciones violentas durante su entrenamiento. Los estudiantes, en nuestra aproximación, reportan una alta prevalencia de violencia (93% de los estudiantes), lo que difiere de las experiencias realizadas en otros lados.^{4,8,9} La explicación que se puede dar, hasta el momento, es la falta de atención que tradicionalmente prestan las autoridades académico-laborales a la existencia de los episodios de maltrato que sufren los residentes durante los cursos, derivada del pasado educativo en donde participaron sus profesores, sustentado en formas “antediluvianas” de concebir la educación médica, sus tradiciones y sus rituales y que se manifiestan en frases tan estereotipadas como: “...cuando yo era residente, aguantábamos todo esto y más, y así aprendí...”.

La prevalencia encontrada en el estudio puede considerarse, inclusive, como una estimación conservadora del problema. Lo cual podría ser desestimado por algunos investigadores; sin embargo, desde nuestra perspectiva, no reflejan sino una forma de ver la educación de la pediatría basada en la obediencia, sumisión y abnegación; valores atribuibles a una “buena” educación. Los estándares así establecidos son percibidos como “naturales”, “habituales”, como únicos, y sus consecuencias no alcanzan a percibirse por los profesores o autoridades académicas; niveles de aptitud clínica poco desarrollados, interés por la investigación pobre o nulo, competitividad desleal, ambientes académicos matizados de autoritarismo y privilegios para “algunos”. Situación que hasta ahora no ha sido explorada, ya que el énfasis se ha enfocado hacia las consecuencias psicológicas de la violencia sufrida durante el desarrollo de los cursos de especialización.^{11,12}

Un punto digno de mención es el hecho de no haber encontrado, de manera global, diferencia en

los niveles de violencia mostrados entre mujeres y hombres; sin embargo, cuando se analizan por separado las puntuaciones de las mujeres de la sede A con el resto de los participantes, sí se encontró diferencia estadísticamente significativa ($P =0.002$) determinada por este grupo de médicas, quienes, cabe reconocer, sufren de niveles de violencia muy superiores a los que se encuentran en otros estudios.^{4,8,10,13}

Y la explicación que se puede ofrecer a estos resultados, parte de una mirada a través de la discriminación oculta, velada, que en los inicios de este siglo aún se hace del trabajo de las mujeres al interior de la educación médica. Esto se refuerza cuando se reconoce que el total de los episodios de violencia sexual (192) fue llevado a cabo sobre las residentes, ninguno de los hombres refirió haber sufrido un acto de violencia sexual. Ratifica esta posición la presencia de 51 episodios de maltrato físico, psicológico y verbal relacionado con las preferencias sexuales de los alumnos, sin un solo caso de violencia sexual, y el hecho de que se presentara en 60 ocasiones este tipo de agresión, atribuible sólo al hecho de ser mujeres o por la apariencia física de las médicas.

Por otro lado, las raíces de este tipo de discriminación, aquí manifestada, por el trato al que son sujetas las mujeres y la poca tolerancia a las preferencias sexuales alternativas –representación de una postura homofóbica– que predispone a las acciones violentas, bien puede considerarse como efecto de una sociedad con patrones de consumo de los bienes para la salud masculinizados. Los estudios¹⁴⁻¹⁶ sobre preferencias de los pacientes hacia la atención médica, revelan de manera consistente que éstas son determinadas por el género de los médicos en una proporción que va en ocasiones por arriba de 57%. La historia de relaciones poco saludables entre pacientes y médicas es rica en este tipo de experiencias,^{17,18} y los resultados obtenidos en este estudio deben considerarse, ya que no se vislumbra un cambio, a menos de que se tomen medidas académico-laborales orientadas a rescatar el papel de

la mujer en el quehacer cotidiano de la práctica médica en las sedes participantes.

Otro hallazgo interesante es el hecho de haber encontrado un número muy similar de episodios violentos en las actividades diarias de los residentes, tanto en un horario normal (1 287) como en las guardias (1 338), sin mostrar diferencia entre ambas sedes. Ello conduce a reflexionar acerca de la “uniformidad” o “generalización” en las formas de llevar los cursos de especialización, independientemente de la unidad o de la institución donde éstos se realicen. Aquí se reconoce la regionalización del problema, y a su vez se incrementan los datos acerca de la violencia al interior de la educación médica como un fenómeno universal.⁸ Sin embargo, es necesario aceptar el papel que tiene cada uno de los contextos, es decir, el medio ambiente para el aprendizaje y el trabajo, creado durante el desarrollo de los cursos. Está comprobado¹⁹⁻²¹ que el concepto de organización para el aprendizaje es aplicable al medio ambiente conformado durante el entrenamiento clínico intensivo de las residencias médicas, en virtud de que es indispensable tener experiencias académico-laborales significativas para lograr desarrollar en los alumnos aptitudes clínicas de niveles refinados. Los resultados mostrados en el estudio, permiten considerar –hasta cierto punto– los contextos de cada una de las sedes e interpretar sus particularidades.

Tal es el caso de la diferencia mostrada por el número mayor de episodios violentos referidos para las actividades académicas, las calificaciones y las tesis en la sede A, a pesar de tratarse de un número significativamente menor de residentes. Contrasta esto con lo presentado en la sede B, donde las acciones violentas fueron más en el rubro de convivencia entre los residentes y las preferencias sexuales. La hipótesis que se puede ofrecer ante los resultados observados es la siguiente: en la sede A el sistema no es piramidal, de tal forma que el ejercicio del poder se ve determinado prácticamente de iguales en la relación entre residentes y sus profesores, quienes temerosos de perder el poder,

ejercen sobre los alumnos todos los medios necesarios para establecer el control disciplinario jerárquico que la institución legitima a través de ellos, por eso es que utilizan las calificaciones y tesis, así como las actividades académicas, como elementos privilegiados de ese propósito, el de controlar a sus alumnos, sus aparentes “iguales”.

En cuanto a lo que sucede en la sede B, el sistema es piramidal, lo que hace que el ambiente de competitividad sea entre iguales –los residentes–, aquí no hay por qué establecer comparaciones con los profesores, el sistema los excluye de esa posibilidad, los profesores son superiores *“a priori”*, no importa si cuentan con las aptitudes o no, el sistema los avala, de tal manera que el contraste, y por tanto, la confrontación entre dominantes y subordinados no existe, y si la hay, se conforma en el espacio de relación entre residentes de diferentes jerarquías. Lo anterior explica –de cierta forma– los hallazgos de este estudio, un número mayor, casi el doble, de episodios de violencia referidos en situaciones o circunstancias del trabajo cotidiano llevadas a cabo por los residentes de esta sede (1 002), al compararlos con los referidos a los profesores de la misma sede (534), lo que prefigura un contexto diferente al de la sede A. Explicando por otro lado, el menor número de eventos violentos referidos en relación con las calificaciones y el desarrollo de las tesis por los residentes de la sede A, para lo que no existe comparación con otras experiencias en otros países, ya que es –hasta donde se conoce– el primer estudio de violencia que hace mención de las circunstancias o situaciones predominantes bajo las que estas acciones se presentan.

Todo lo anterior permite considerar que a pesar de los recientes avances en los derechos humanos, existen condicionantes en las actividades académico-laborales de los residentes que a pesar de la proyección que se hace en los discursos educativos de respeto a la diversidad, a las capacidades diferentes, en realidad los roles de los estudiantes, de las mujeres y de las minorías representadas por las pre-

ferencias sexuales alternativas, se enfrentan a actitudes de resistencia por parte de los participantes en los cursos de especialización a todos los niveles, desde las autoridades institucionales hasta los compañeros, lo que hace que proliferen las relaciones entre ellos de tipo violento.

Cabría por tanto, reflexionar acerca de la realidad a la que nos enfrentamos en la formación de pediatras en el estado de Sonora. ¿Si la violencia ocurre tan frecuentemente al interior de los cursos de especialización en pediatría, independientemente de donde se lleven a cabo, ¿cómo es que no existe un solo reporte de estos episodios reconocido por las instituciones? Algunas de las posibles respuestas a esto pueden incluir: miedo a que no se les crea a los alumnos –por qué habrían de creerle, si ocupan el último eslabón en la cadena de mando jerárquico de la institución–; el temor a las represalias, siempre existente, mediante las guardias de castigo –supuestamente ilegítimas–; los cambios de rotaciones; la negación de permisos para asistir a Congresos o Cursos; la obstaculización para continuar con estudios a nivel de subespecialidades o maestrías; las modificaciones en las calificaciones o la imposición de proyectos de tesis; la exposición al ridículo público, tan socorrido en las actividades cotidianas de la educación médica, calificándolos como incompetentes, frustrados, o como jóvenes inmaduros incapaces de resistir las exigencias de un trabajo académico de alta responsabilidad.²²

Para esto, en algunos sitios,^{23,24} se han sugerido métodos para prevenir y combatir la violencia que sufren los alumnos durante los cursos de especialización. Entre ellos se incluyen el hacer claro, tanto a profesores como a los alumnos, los criterios a través de los cuales los residentes deben ser tratados, llevando a cabo estrategias educativas con los miembros del equipo de salud, profesores y resto del personal, acerca de los derechos de los residentes, permitiendo que sea posible reportar a los agresores y éstos sean castigados, independientemente de su posición en la jerarquía institucio-

nal. También se ha considerado el ofrecer consejo y soporte jurídico para aquellas víctimas de maltrato, creando sistemas de recompensas para aquellos que sean especialmente sensibles en reconocer las necesidades de atención de los residentes. Esto último representaría reconstituir los modelos organizacionales de las instituciones, lo que es poco probable en medios ambientes, como los aquí explorados, matizados por un autoritarismo y distribución jerárquica del control disciplinario.

Sin embargo, a pesar de que esto fuera posible, es difícil obtener evidencia clara de la existencia de violencia en los cursos de pediatría ya que, si se hace, las denuncias habitualmente serían anónimas. Lo que representa un serio problema para la búsqueda de solución de los conflictos ya que, la violencia oculta, la no detectada, la que no se denuncia, es extrema, se presenta en frecuencias tal vez mayores a las aquí reportadas. El silencio, por “respeto” a una cultura médica ancestralmente constituida, hace que los residentes no reporten los episodios de violencia de que son víctimas, inclusive habría que pensar si los hallazgos de nuestro estudio no están sub-representando una realidad de magnitudes aún mayores. Los alumnos en ocasiones, prefieren manejar los conflictos por ellos mismos, sin acudir a nadie para que los ayude, ya que se les ha inculcado un sentimiento de culpabilidad tal que no creen ni en ellos mismos. Confundidos, prefieren desistir en sus intentos por reportar a los agresores, los rituales del grupo al que pertenecen o luchan por pertenecer, les hacen esperar la retribución a su silencio, el ejercicio de un poder jerárquico que tarde o temprano les ha de conferir su posición ante los que vienen detrás, la larga espera bien vale la pena, sin importar las humillaciones, las vejaciones que para obtenerlo sufran. Por eso es que los residentes tienen que hacer por ellos mismos, lo que otros no han hecho para ayudarlos, sin portavoces, sin intermediarios, de manera colectiva. Se deben establecer organizaciones locales y nacionales de residentes para buscar reformas de fondo a la reglamentación vigente

en los cursos de especialización en pediatría, con el propósito de mejorar las condiciones del medio ambiente académico-laboral, no sólo en lo económico, sino principalmente para contar con apoyos para su autoprotección. Un ejemplo podría ser, incluir en los aspectos curriculares de la residencia en pediatría médica, módulos relacionados con los derechos de los residentes desde una perspectiva transdisciplinaria. Otro pudiera estar relacionado con el desarrollo de estrategias educativas orientadas hacia la búsqueda por reconocer la importancia de tener actitudes diferentes acerca de la violencia interpersonal, como los episodios de violencia intra-residentes lo exigen. También debe de enfatizarse en el papel que juegan las estrategias de enseñanza-aprendizaje para que los residentes estén atentos ante la probabilidad de ser víctimas de violencia, el cómo reconocerlo, qué tipos son los más comunes en el contexto en el que se desenvuelven, y cuáles van a ser las soluciones que ellos les van a dar a los conflictos. Además, se debe insistir más que nunca, en contar con los apoyos psicológicos o psiquiátricos pertinentes al interior de las unidades, para aminorar los efectos que derivados de la violencia se presenten, todo esto ya se lleva a cabo de manera exitosa en otros lugares.^{5,12,25}

Finalmente, sería fácil desacreditar los resultados aquí presentados, iniciando por las limitaciones del diseño empleado, pasando por el instrumento utilizado, hasta llegar a la dificultad que representa conocer una realidad tan compleja a través de una sola aproximación. Se puede decir, inclusive, que los episodios de violencia aquí referidos, son un hecho aislado en la educación médica de nuestra región, que forma parte de una mirada del problema a través de un grupo de residentes enojados, perturbados por las exigencias del curso, por una *desidealización traumática* de la medicina en tiempos de alta competitividad, de que se trata de un grupo de jóvenes médicos emocionalmente inmaduros, por encontrarse –la mayoría de ellos– lejos de sus hogares, sin sus fami-

liares, con una remuneración económica que apenas satisface las necesidades de su estancia en las ciudades donde se encuentran las sedes receptoras de residentes incluidas en este estudio. Sin embargo, uno puede ser razonable al suponer que el número de episodios de violencia detectados, así como el alto número de residentes que manifestaron haber sido víctimas de episodios violentos, son experiencias dignas de tomarse en cuenta para buscar alternativas de solución a la problemática. Que los contextos bajo los cuales en este momento se están llevando a cabo los cursos de especialización para la formación de pediatras en el estado de Sonora, no son los más propicios para el desarrollo de médicos con el más alto sentido de responsabilidad profesional, ya que están matizados por relaciones entre los protagonistas, que se sustentan en acciones violentas para mantener el control disciplinario. Que mientras los contextos se perfilan bajo estos matices de violencia, la calidad de los cursos declina, incrementando la percepción desfavorable que los derechohabientes tienen de los servicios de salud pública en nuestro país, aumentando la percepción de que se trata de profesionales deshonestos, cínicos, carentes de humanismo, pero, sobre todo, que son proclives al maltrato. Es importante, por lo mismo, que si se desea seguir atrayendo a esos jóvenes médicos, llenos de ilusiones, motivaciones, capacidades y talentos, a los cursos de pediatría que se imparten en las sedes ubicadas en el estado de Sonora, se deben encaminar los esfuerzos en construir medios ambientales académico-laborales menos hostiles o violentos. De lo contrario, estaremos enfrentando, en un futuro, a cursos de especialización poco atractivos para los residentes, lo que ocasionará que se consolide, por un lado, un círculo vicioso de acciones de resistencia por parte de los alumnos participantes en los cursos, y por otro lado, favoreciendo mecanismos de control disciplinario basados en el poder coercitivo que los modelos jerárquicos de control disciplinario emplean para continuar vigentes.

VIOLENCE EPIDEMIOLOGICAL PROFILE INSIDE TWO PEDIATRICIANS SCHOOLS IN SONORA STATE

Introduction. The phenomenon of the violence in the medical education programs ranging from verbal, psychological, physical, and sexual follows different patterns and has a negative influence on training.

Material and methods. A validated questionnaire was applied to 2 pediatrics residency training programs, to investigate whether during the course training a resident had been a victim of physical, psychological, verbal or sexual harassment. In academic-work situations due to their personal appearance, how they behaved or the expression of their personal views. For the analysis of the data we used nonparametric statistics.

Results. Forty five residents, 11 in hospital A and 34 in hospital B participated. The 93% referred to have been victim of some form of harassment, 9 in levels of maximal to extreme. The physical harassment predominated, the commonest setting was while being on call. Significant difference ($P = 0.0001$) was found between both hospitals, as determined by a greater harassment in hospital A.

Conclusions. Harassment between fellow residents during the course of pediatric residency training is not uncommon and in this study had a predominantly physical profile.

Key words. Residency, medical, training; internship and residency; harassment; education, medical; specialties, medical; pediatricians.

Referencias

1. Becker HS, Geer B, Hughes EC, Straus AL. Boys in white. Student Culture in medical school. Chicago IL: University of Chicago Press; 1961.
2. Silver HK. Medical students and medical school. JAMA. 1982; 247: 309-10.
3. Rosenberg DA, Silver HK. Medical student abuse: an unnecessary and preventable cause of stress. JAMA. 1984; 251: 739-42.
4. Kassebaum DG, Cutler ER. On the culture of student abuse in medical school. Acad Med. 1998; 73: 1149-58.
5. Heru AM. Using role playing to increase residents awareness of medical student mistreatment. Acad Med. 2003; 78: 35-8.
6. McCall TB. The impact of long working hours on resident physicians. N Engl J Med. 1988; 318: 775-8.
7. Strohl KP. The need for a knowledge system in sleep and chronobiology. Acad Med. 2000; 75: 819-21.
8. Uhari M. Medical student abuse: an international phenomenon. JAMA. 1994; 271: 1049-51.
9. Sheehan KH, Sheehan DV, White K, Leibowitz A, Baldwin DC Jr. A pilot study on medical student abuse: student perceptions of mistreatment and misconduct in medical school. JAMA. 1990; 263: 533-7.
10. Silver HK, Glicken AD. Medical student abuse incidence. Severity and significance. JAMA. 1990; 263: 527-31.
11. Richman JA, Flaherty JA, Rosponda KM, Christensen ML. Mental health consequences and correlates of reported medical student abuse. JAMA. 1992; 267: 692-4.
12. Pitt E, Rosenthal MM, Gay TL, Lewton E. Mental health services for residents: more important than ever. Acad Med. 2004; 79: 840-4.
13. Baldwin DC, Daugherty SR, Rowley BD. Residents and medical students' reports of sexual harassment and discrimination. Acad Med. 1996; 71: S25-7.
14. Emmons SL, Adams KE, Nichols M, Cain J. The impact of perceived gender bias on obstetrics and gynecology skills acquisition by third-year medical students. Acad Med. 2004; 79: 326-32.
15. Elstad JL. Womens's priorities regarding physician behavior and their preference for female physician. J Womens Health (Larchmt). 1994; 21: 1-19.
16. Fennema K, Meyer DL, Owen N. Sex of physician: patients' preferences and stereotypes. J Fam Pract. 1990; 30: 441-6.
17. Van den Brink-Muinen A, Bensing JM, Kersens JJ. Gender and communication style in general practice: differences between women's health care and regular health care. Med Care. 1998; 36: 100-6.

18. Roter DL, Hall JA, Aoki Y. Physician gender effects in medical communication: a meta-analytic review. *JAMA*. 2002; 288: 756-64.
19. Hoff TJ, Bartfield J. Creating a learning environment to produce competent residents: the roles of culture and context. *Acad Med*. 2004; 79: 532-9.
20. Kim SC, Giardino AP, Casey R, Magnusson MR, Pinto-Martin JA. Experiences and reflections of former pediatric chief residents. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 1994; 148: 518-21.
21. Edmondson A. Psychological safety and learning behavior in work teams. *Adm Sci Q*. 1999; 44: 350-83.
22. Kay J. Traumatic deidealization and the future of medicine. *JAMA*. 1990; 263: 572-3.
23. Greenberg LW. Abuse of medical students. *JAMA*. 1990; 264: 1657-60.
24. Kleinerman MJ. Elucidating and eradicating medical student abuse. *JAMA*. 1992; 267: 738-42.
25. McCauley J, Jenckes MW, McNutt LA. Assert: The effectiveness of a continuing medical education video on knowledge and attitudes about interpersonal violence. *Acad Med*. 2003; 78: 518-24.

