

Las relaciones de género y el maltrato en las escuelas de medicina: una agenda pendiente en México y el mundo

Luz María Ángela Moreno-Tetlacuilo^{1*}, Harumi Quezada-Yamamoto¹, Elsa Susana Guevara-Ruiseñor², Nora Ibarra-Araujo³, Nora Liliana Martínez-Gatica¹ y Roberto Pedraza-Moreno¹

¹Facultad de Medicina, UNAM; ²Facultad de Psicología FES «Zaragoza», UNAM; ³Universidad Intercultural del Estado de México. México

Resumen

El objetivo de esta revisión es describir y analizar el estado que guarda la violencia de género (VG) en las escuelas de medicina en el mundo, y sus consecuencias en la salud y la trayectoria académica del estudiantado de pregrado, principalmente femenino. Se presentan diferentes modalidades reportadas en la literatura: discriminación de género (DG), sexismo, hostigamiento sexual (HS), etc. El incremento de mujeres en las escuelas de medicina no ha mejorado transcendentalmente su condición en estas instituciones, donde se reproducen los regímenes de género y androcentrismo, favoreciendo la VG, que constituye un problema de salud pública, académico y de derechos humanos.

PALABRAS CLAVE: Violencia. Género. Educación médica. Pregrado.

Abstract

The purpose of this review is to describe and analyze the status of gender violence in medical schools around the world, and its consequences in undergraduate students' health and academic development, mainly on female students. The different modalities reported in the literature are presented: gender discrimination, sexism, and sexual harassment, among others. The increase of women in medical schools has not transcendently improved their condition in these institutions, where androcentrism and gender regimes that favor gender violence reproduce. This type of violence is a public health, human rights, and academic problem. (Gac Med Mex. 2016;152:812-8)

Corresponding author: Luz María Ángela Moreno-Tetlacuilo, luztetla@gmail.com

KEY WORDS: Gender. Medical Education. Undergraduate. Violence.

Correspondencia:

*Luz María Ángela Moreno-Tetlacuilo
Departamento de Salud Pública
Facultad de Medicina
UNAM
Circuito Interior, s/n, 6.o piso, edificio B
Ciudad Universitaria
Col. Copilco el Alto, Del. Coyoacan
C.P. 04510, Ciudad de México, México
E-mail: luztetla@gmail.com

El trabajo se realizó en el Departamento de Salud Pública de la Facultad de Medicina de la UNAM.

Fecha de recepción: 16-03-2016

Fecha de aceptación: 30-04-2016

Introducción

La emergencia del movimiento feminista despertó el interés por la VG y el sexismo. En 1981 Silver publicó el primer estudio sobre violencia en estudiantes de medicina (EM) y describió el deterioro gradual en el ánimo y la salud del estudiantado por los abusos que sufría¹. A la fecha se han realizado numerosas investigaciones, principalmente en países desarrollados, que reportan la existencia de VG hacia los EM, que en este trabajo se concibe como la violencia que se ejerce contra personas derivada de los regímenes de género en cada sociedad, es decir, se refiere a cualquier acto que lesione la dignidad o autoestima de las personas en el plano físico, psicológico y/o sexual. Este proceso implica el ejercicio de relaciones asimétricas de poder que se traducen en diferentes formas de dominación/subordinación entre grupos o personas y son socialmente instituidas, inestables, dispersas y modificables. Se estructuran, a nivel macro, desde las distintas instituciones sociales y se expresan, a nivel micro, en el ámbito escolar, tanto en la relación entre pares como en la relación entre el personal docente y el alumnado. Es un proceso estructural, sedimentado y legitimado en un orden sociocultural que dota a las personas que ocupan el campo social masculino de condiciones de posibilidad para ejercer esa violencia, reforzarla y legitimarla como un comportamiento deseable; es un medio de control, y no un fin en sí mismo^{2,3}.

La necesidad de conocer más ampliamente esta problemática nos condujo a profundizar en la situación que guarda esta problemática a nivel global, incluyendo América Latina y México. Por ello, el objetivo de este trabajo es mostrar el panorama de VG que vive el estudiantado de medicina y los diferentes ejes que la configuran.

Metodología

A través de PubMed, Ovid, Scielo y varios libros, se revisaron las investigaciones publicadas entre 1993 y 2015 sobre VG y sexismo hacia las estudiantes de medicina mujeres (EMM) y los estudiantes de medicina varones (EMV), en diversas regiones e instituciones educativas. Se incluyeron únicamente textos que contenían datos sobre estudiantes de pregrado y que desagregaban los datos por sexo.

Resultados

Se encontró un total de 40 artículos sobre el tema que referían investigaciones realizadas principalmente en países desarrollados; en América Latina las publicaciones son más bien escasas, como se muestra en la tabla 1.

La revisión mostró la existencia de VG, DG, sexismo y HS como una práctica frecuente en el ámbito escolar de las EM; se reportan también las consecuencias de dicha violencia, así como el papel que juegan los roles de género como obstáculos para el desarrollo académico del estudiantado. A continuación se profundiza en todo ello.

Violencia de género

Se observa que existe reflexión e introspección en el estudiantado sobre su propia situación como mujeres y hombres frente a la violencia, y ésta se relaciona con aspectos culturales, familiares y sociales de los contextos donde han crecido⁴, pero también con su origen social y condición étnica. Tanto las mujeres como los varones reportan altos índices de violencia verbal y emocional (70 vs. 66%), que resulta un poco

Tabla 1. Artículos sobre VG hacia el estudiantado de medicina por países según su nivel de desarrollo

| Países desarrollados | | Países en desarrollo | |
|----------------------|----|----------------------|----|
| EE.UU. | 17 | Colombia | 5 |
| Canadá | 5 | México | 7 |
| Reino Unido | 3 | Chile | 1 |
| Finlandia | 1 | | |
| Japón | 1 | | |
| Subtotal: | 27 | Subtotal: | 13 |
| Total: | 40 | | |

más alta entre los varones, así como violencia física (8 vs. 6%)⁵, pero las mujeres sufren más VG (47-63 vs. 17-30%)⁶⁻⁹ y presentan la mayor prevalencia, independientemente de la etnia, pues, como pudieron observar en 2011 Rees, et al., el 9.4% de los EMV negros y el 16.8% de las EMM negras reportaron hostigamiento racial y de género⁹.

Discriminación de género y sexismo

Es el tipo de VG más común en las EMM y el que ellas más reportan. El 10-33% de los EMV refirieron ser afectados frente al 15.5-69% de las EMM^{6,8,10-12}. En 2014 un metaanálisis mostró una prevalencia significativamente mayor en las mujeres que en los varones ($p < 0.05$)¹³. Estas modalidades de violencia se manifiestan como comentarios despectivos o insultos sexistas (EMM: 11.5%; EMV: 3.4%), favoritismo del personal académico (EMM: 9.0%; EMV: 2.9%)⁸, burlas, autoritarismo y humillación¹⁴⁻¹⁷. En general, el 16-25% del estudiantado ha escuchado nombres o comentarios sexistas¹⁸, que frecuentemente tienen un tinte homofóbico o degradante para las EMM lesbianas¹¹.

Tales expresiones provienen de profesores, médicos de base, residentes y pacientes durante toda la carrera; algunos hacen referencia a que el lugar de las mujeres es el ámbito doméstico, y no la escuela de medicina, con afirmaciones como que las mujeres deberían estudiar peluquería o diseño, y no medicina, o el profesor les pregunta qué hacen ahí si deberían estar vendiendo verdura en el mercado^{11,17-21}.

También se minusvalora su inteligencia: «¡Ustedes hembras y sus cerebros del tamaño de un guisante!», «Las mujeres tienen pelusa en sus cabezas». Se les dice que son incapaces de hacer los trabajos considerados masculinos: «Eres... una niña... No es posible que sepas... hacer esta técnica quirúrgica»^{11,15}. Se les asigna «preparar un pastel para el turno» o «lavar la loza por ser la única mujer»²¹, o el profesor manda a las mujeres que ocupen los asientos traseros del salón¹⁹. No les dan la misma atención en su aprendizaje que a sus compañeros, que son más alentados al estudio y al cuestionamiento²². Asimismo, la percepción de las EMM es que las enfermeras las aborrecen^{9,11,23}.

Se reporta una modalidad de discriminación que ellas mencionan como sigue: «No me dejan participar»²⁴. Hay médicos-docentes que desalientan a las EMM que quieren hacer una especialidad²⁵: «Mejor ponga un consultorio de medicina general junto a su casa, para que pueda atender a su familia»¹⁹. Los y

las pacientes también las discriminan, las identifican como personal de apoyo o enfermería, llamándolas señoritas o enfermeras, en lugar de doctoras, en contraposición con los EMV, a quienes tratan como médicos desde el inicio^{22,25}. Tienen menos recompensas por hacer el mismo trabajo que sus compañeros varones sólo por limitaciones estructurales y las evalúan más bajo sólo por ser mujeres^{18,23}, al grado que a principios del milenio el 21% de las evaluaciones más bajas de las EMM se debían al género (en 2012 se reportó un 7%¹⁸).

Por su lado, los EMV consideran que las residentes y las médicas, principalmente del Servicio de Obstetricia, favorecen a las EMM, pues a ellos les dan más carga y trabajos más pesados o muestran desagrado por ellos^{11,23}. También creen que los residentes y médicos favorecen a sus compañeras.

Hostigamiento y abuso sexual

El HS es cualquier acercamiento, asedio o presión de naturaleza sexual, física o verbal que se ejerce en una relación desigual de poder y que no es deseado por quien lo recibe, derivado de la posibilidad de condicionar beneficios e imponer sanciones²⁶. Las situaciones de hostigamiento ocurren en ciclos básicos (26.34%) y clínicos (73.66%)²⁷. Las EMM son más afectadas^{11,21} y su ocurrencia aumenta con el número de años de estudio^{8,13,27}; se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las EMM, sobre todo en el cuarto y el quinto años²⁷. Su frecuencia varía entre el 22.4 y el 70% en las EMM y tiene un promedio del 33% en los EMV. Del porcentaje de EMM, hasta el 30% experimentan amenazas y solicitudes sexuales con violencia^{6,9-11,15,18}. En los estudios que no desagregan por sexo, su frecuencia varía entre el 3 y el 59.6%^{13,14,28}.

El hostigamiento se manifiesta como invitaciones a salir por parte de un docente, bromas poco delicadas, miradas incómodas, preguntas a las estudiantes por sus hábitos sexuales, pláticas sexuales no deseadas, piropos obscenos, insinuación de relaciones sexuales, atención sexual no deseada o chantaje académico^{15,17,21,29}. Algunos ejemplos citados en las investigaciones son los siguientes: al atender un parto el profesor se coloca por detrás de las EMM y se acerca demasiado¹⁵; una alumna que había exentado un examen, al negarse a pasar al frente para que el maestro «admirara su figura», fue obligada a presentar el examen¹⁹.

El abuso sexual se presenta en el 7-28% del estudiantado; el 46-54% son mujeres y el 19-39%, hombres^{5,10,15}.

Las formas de abuso referidas son: ser espiado/a en los baños, ser forzado/a a desnudarse, exhibición de órganos sexuales, observar masturbación, presión para practicar sexo oral, manoseos, tocar los hombros, la espalda o las piernas, caricias en la espalda, pellizcar la cintura, caricias en las manos, frotar o masajear y agarrar los pechos^{11,15}.

Escenarios donde ocurre la violencia

El espacio más común son las rotaciones clínicas, especialmente durante el internado^{6,9,15,28,30,31}. En el Servicio de Cirugía es donde ocurre más VG y otras formas de violencia^{6,11,12,32}, seguido por la rotación de Ginecoobstetricia, y, en general, se ejerce sobre las mujeres. Los EMV son los más afectados en el Servicio de Ginecología³³. Las EMM refirieron mayor violencia ($p < 0.001$) en los Servicios de Cirugía, Urgencias, Medicina Interna y Neurología^{4,6,15,16}.

Perpetradores

Un estudio reportó que el 50% de las EMM hostigadas fueron agredidas por médicos, frente al 23% de los EMV. Durante los primeros años los agresores son los compañeros y a partir del cuarto año lo son los médicos⁵. Otros estudios señalaron a los hombres con alguna posición de poder como los principales perpetradores^{9,14,16}, principalmente profesores de clínica, médicos de base o residentes, primordialmente del Servicio de Cirugía^{11,13-16,23,27,28,32,34,35}, seguidos de los docentes o instructores de ciclos básicos^{13,14,21,27,28,35}, del personal de enfermería^{13,16,23,28,34} y, en menor medida, de los internos o estudiantes^{13,15,23,32,34}. Los profesores fueron señalados mayoritariamente por ejercer abuso verbal, psicológico y sexual^{21,25}, y los pares, por practicar agresiones físicas²¹. En ocasiones la agresión provino de los pacientes o sus familiares^{11,13,28}.

Percepción

Más mujeres (48.6-92.8%) que varones (50.7-83.2%) han experimentado, observado o escuchado incidentes relacionados con estudiantes que han sufrido HS, DG o algún otro tipo de violencia. Los EMV reportan más experiencias acerca de otros y las EMM, más experiencias propias en diferentes etapas de la carrera^{6,11,36-38}. Para los EMV es más difícil identificar ciertos comportamientos como agresivos o violentos⁴, mientras que para las mujeres es más difícil reconocerse como víctimas de violencia, a pesar de tener información.

Además, ellas perciben menor DG y HS conforme avanzan en la carrera³⁹. Ambos perciben el maltrato como parte del entrenamiento médico^{34,35}.

Efecto en el desempeño académico, la salud y otras consecuencias

En las escuelas de medicina a nivel global se acepta el castigo como un recurso «natural» para la formación de los EM, y, según Castro¹⁹, se utiliza como una «herramienta didáctica». Este maltrato crónico afecta negativamente a los EMV y las EMM. El abuso verbal, sexual y académico se asocia con un puntaje significativamente menor en las escalas de autoconfianza, autoestima, habilidad para aprender y habilidad para proveer un efectivo cuidado de los y las pacientes³². En la evaluación académica, los efectos del abuso verbal y la discriminación afectan principalmente a la función estudiantil y al deseo de continuar en la misma institución en años posteriores³². El maltrato tiene una influencia significativa para seleccionar ciertas especialidades en la residencia^{28,26}.

Las EMM que han experimentado HS y discriminación están menos satisfechas con la calidad de su educación, tienen menos seguridad en sus habilidades clínicas^{10,40} y son afectadas negativamente para seleccionar la especialidad aun sin que ellas los hayan padecido en carne propia³⁶. Un número significativo ha pensado en abandonar la carrera. Alrededor del 8% creen que el efecto será permanente²¹.

Las EMM son desalentadas a seguir especialidades etiquetadas como «masculinas». Abiertamente se proclama que la cirugía y la urología no son para las mujeres^{25,35}. Esto, sumado a la menor cantidad de mentores que admiten EMM en sus clases, constituye una importante barrera para su avance profesional^{41,42}.

Las EMM que se encuentran en un grupo exclusivo de hombres consideran que deben poner mayor empeño, no equivocarse, demostrar que tienen el derecho de estar en esa posición, mostrar seriedad y profesionalismo, y constantemente se consideran menos capaces que sus compañeros²³, en contraste con los EMV, que cuentan con mayor libertad para expresarse y actuar²².

El maltrato también repercute en la salud en forma de estrés, tristeza, depresión, nerviosismo, tensión, insatisfacción en las actividades, culpa, susto/sobresalto, impulsos violentos, dificultades para dormir y/o problemas emocionales^{19,21,28,34,40,42,43}. Cook, et al. observaron un alto grado de *burnout* entre los estudiantes que habían experimentado un maltrato recurrente

por parte de los profesores y residentes ($p < 0.01$). El estudiantado expuesto al maltrato por parte de sus superiores no mostró recuperación y presentó mayor depresión y estrés³⁴. Las mujeres aparecieron significativamente más afectadas en su salud mental y física; las que sufrieron discriminación presentaron menor autoconfianza y autoestima y más aislamiento^{19,21,42}.

Respuesta institucional y estrategias de afrontamiento del estudiantado

En general, se resta importancia a este problema⁴. Hay una pobre respuesta de las autoridades ante esta situación, e incluso llegan a mostrar cierta desaprobación para difundir el problema, pues consideran que ello puede afectar a la imagen institucional^{15,42}. La mayoría del estudiantado no busca apoyo institucional por varias razones: miedo a las represalias de alguien que está en una posición de poder, desconocimiento del reglamento, falta de tiempo, vergüenza, temor de que no les crean, creencia de que el perpetrador tiene derecho a agredirles, porque son «lo más bajo», ideas de que no es posible desafiar a un superior, falta de confianza en las autoridades y creencia de que estos comportamientos son parte necesaria de la formación médica^{9,13,19,22}. El estudiantado afronta el conflicto de diferentes formas: aceptándolo pasivamente, evitando la acción, utilizando la defensa verbal o buscando un mediador para solucionarlo^{28,37}, pero en este escenario las mujeres son las que perciben menos apoyo²⁷.

Discusión

Esta revisión muestra que la VG y la DG, así como otros tipos de violencia, son prácticas frecuentes en el contexto de la educación médica a nivel global, México incluido. Todas las investigaciones coinciden en que su magnitud y severidad son mayores en las mujeres que en los varones, que se presenta de manera generalizada en los diferentes servicios y que proviene de diversos agentes.

Las investigaciones también muestran que dichas prácticas se han «naturalizado» e incluso adoptado como una herramienta «necesaria» para la formación médica⁴⁴, que se transmite mediante el currículum oculto y se legitima material y simbólicamente mediante un *habitus* médico que reproduce la desigualdad genérica. Esto indica la persistencia de una estructura jerárquica en las escuelas de medicina y una visión tradicional de la educación que emplea el castigo como un medio de control y dominio mediante

relaciones asimétricas de poder en todo el proceso educativo⁴⁵. En esta estructura el estudiantado ocupa una posición subalterna y sus mecanismos de resistencia suelen tener un bajo impacto ante el peso que adquiere su actuar en una sociedad altamente jerarquizada. Si bien todo acto de resistencia beneficia al estudiantado al deslegitimar la estructura de poder, existe una tendencia a negarlo y juzgarlo negativamente⁴⁶, porque frecuentemente recrudece la violencia de los docentes hacia aquellas personas que tienden a desafiar su poder.

Si bien la presencia de la violencia en las escuelas de medicina y en los hospitales-escuela forma parte de un contexto social que legitima las asimetrías de género, las prácticas que ahí se reproducen cotidianamente forman parte de una cultura académica, transmitida por generaciones, que reproduce formas de percepción, pensamiento y acción tendientes a mantener a las mujeres y lo femenino en el espacio subvaluado del no poder. Por tanto, la violencia es el resultado, según Castro⁴⁴, de la conformación de un *habitus* médico que se ha legitimado por generaciones mediante una estructura educativa y una cultura académica donde la VG forma parte del logos institucional que se transmite desde los primeros años de formación del estudiantado hasta el ejercicio de la práctica médica.

Las escuelas de medicina también reproducen las relaciones jerárquicas de poder entre los géneros que se manifiestan en la DG y VG contra las mujeres y los hombres que no cumplen con los estándares sociales de la masculinidad. Esta violencia perdura abiertamente como parte de la cultura institucional universitaria⁴⁷ y subsiste en las escuelas de medicina como un rechazo manifiesto de algunos profesores que todavía consideran que las mujeres deben permanecer en el espacio doméstico y cuidar de la familia u optar por profesiones afines.

El incremento numérico de mujeres en las escuelas de medicina no ha mejorado de manera trascendente su posición en estas escuelas⁷, lo que puede atribuirse al carácter altamente jerarquizado y androcéntrico del campo médico. La violencia y discriminación que ellas viven es consecuencia de la posición de inferioridad y subordinación que se otorga a las mujeres en los regímenes de género bajo la norma de la superioridad masculina sobre lo femenino y que permea el campo médico en forma de androcentrismo, que instituye lo masculino como la norma para todas las actividades humanas y minimiza lo femenino^{48,49}.

Además, la discriminación y rechazo hacia los EMV y las EMM homosexuales en estas instituciones reverbera la homofobia existente en la sociedad. Homofobia que se originó al instaurarse en el siglo XIX la heterosexualidad como lo «normal»⁵⁰, situando la diferencia como socialmente inaceptable. La aceptación de la diversidad sexual sería parte de la solución de esta problemática.

El HS que ejercen algunos docentes, principalmente varones, hacia las EMM es el resultado de un sistema inequitativo de género, y no un acto individual como a menudo se concibe⁴⁷. La violencia sexual se considera un dispositivo de la corporalidad cuya existencia obedece a una necesidad estratégica de controlar los cuerpos femeninos⁵¹, y se ejerce contra las mujeres por el solo hecho de serlo, porque sus agresores las consideran carentes de los derechos mínimos de libertad y respeto. En su ejercicio, también interviene la subjetividad masculina estructurada socialmente desde el orden de género para desear y poseer a las mujeres a cualquier costo, pero que escapa a la conciencia de los actores⁵². Todo ello ocurre en un contexto de relaciones de género jerárquicas y asimétricas que conforman cuerpos socialmente vulnerables «como lugar de deseo y de vulnerabilidad física»⁵¹.

Por esta razón, los estudiantes varones reciben más violencia física y verbal, resultante de la socialización masculina en que los varones aprenden a resolver sus conflictos mediante la agresión física. Esto hace más difícil que los varones consideren ciertos comportamientos como agresivos o violentos, pues les adjudican un valor convencional de costumbre o tradición. Por su lado, las mujeres perciben menos la violencia porque conciben muchos de estos actos como normales dentro de su cultura; son conductas legitimadas socialmente que no se consideran incorrectas (violencia simbólica). Incluso se condena más que la agresión el que no se tenga lo necesario para tolerarla^{23,39}. Es necesario hacer visibles los factores subjetivos que apuntalan esta violencia y transformar las relaciones asimétricas de poder que colocan a las mujeres y a algunos hombres en una posición de vulnerabilidad.

El escaso involucramiento de las instituciones educativas en la generación de políticas públicas y preventivas que resuelvan esta problemática y la desconfianza del estudiantado para su denuncia posiblemente se originen en la aceptación institucional tácita de la disciplina como formativa y necesaria en la educación⁵³ y en la reproducción de los regímenes de género y las concepciones genéricas del cuerpo y la sexualidad femenina en estas escuelas.

Conclusiones

La VG en las escuelas de medicina constituye un problema de derechos humanos, de salud pública y académico, por sus efectos en la salud física y mental del estudiantado y por sus consecuencias en la trayectoria académica, principalmente de las estudiantes, en quienes las secuelas son más profundas, severas y percederas. Es indispensable generar políticas públicas que desnaturalicen y visibilicen la violencia, y modificar las relaciones de género asimétricas en las escuelas/facultades de medicina y en los hospitales-escuela. Resulta ineludible resignificar el cuerpo y la sexualidad de las EMM y darles el estatus de sujetos de derecho. Es necesario crear centros especializados y confiables para la denuncia que apoyen al estudiantado con soluciones efectivas que aseguren la confidencialidad sin temor a las represalias, y visibilizar la magnitud y trascendencia del problema. Al mismo tiempo, se deben generar políticas que atiendan la violencia que viven los estudiantes varones por su condición de género.

Esperamos que esta revisión permita que el personal académico y de salud reflexione y tome conciencia sobre la VG y otros tipos de violencia que vive el estudiantado en su formación médica, y tome medidas para resolver este problema.

Agradecimientos

Las autoras y el autor damos las gracias al Dr. Enrique Luis Graue Wiechers por la revisión de este manuscrito y por sus valiosas sugerencias y comentarios. De igual forma, agradecemos al Dr. Antonio Rafael Villa que haya revisado el manuscrito y a Nelly Yared Alvarado León su participación en la recolección de información.

Bibliografía

1. Silver H. Medical students and medical school. *JAMA*. 1982;247(3):309-10.
2. Izquierdo J. Los órdenes de la violencia: especie, sexo y género. En: Fisas V. El sexo de la violencia: género y cultura de la violencia. Barcelona, España: Icaria; 1998. p. 1-21.
3. Ramírez J. Identificando los hilos para tejer madeja. En: Madejas entretreadas. Violencia, masculinidad y poder. México: Plaza y Valdés; 2005. p. 27-95.
4. Fernández-Moreno S. La violencia de género en las prácticas institucionales de salud: afectaciones del derecho a la salud y a las condiciones de trabajo en salud. *Rev Gerenc Polit Salud*. 2007;6(12):52-76.
5. Moscarello R, Margittai K, Rossi M. Differences in abuse reported by female and male canadian medical students. *CMAJ*. 1994;150(3):357-63.
6. Nora L, McLaughlin M, Fosson S, et al. Gender discrimination and sexual harassment in medical education. *Acad Med*. 2007;77(12):1226-34.
7. Schroen A, Brownstein M, Sheldon G. Women in academic general surgery. *Acad Med*. 2004;79(4):310-8.

8. Rautio A, Sunnari V, Nuutinen M, Laitala M. Mistreatment of university students most common during medical studies. *BMC Med Educ.* 2005;5(1):36.
9. Rees C, Monrouxe L. «A morning since eight of just pure grill»: a multischool qualitative study of student abuse. *Acad Med.* 2011;86(11):1374-82.
10. Bickel J. Gender equity in undergraduate medical education: a status report. *J Womens Health Gend Based Med.* 2001;10(3):261-70.
11. Witte F, Stratton T, Nora L. Stories from the field: Students' descriptions of gender discrimination and sexual harassment during medical school. *Acad Med.* 2006;81(7):648-54.
12. Nagata-Kobayashi S, Sekimoto M, Koyama H, et al. Medical student abuse during clinical clerkships in Japan. *J Gen Intern Med.* 2006;21(3):212-8.
13. Fnais N, Soobiah C, Chen M, et al. Harassment and discrimination in medical training. *Acad Med.* 2014;89(5):817-27.
14. Moreno-Cubillos C, Sepúlveda-Gallego L. Discriminación y violencia contra los estudiantes de medicina de la Universidad de Caldas. *Inv Ed Med.* 2013;2(5):37-41.
15. Fernández-Moreno S, Hernández-Torres G, Paniagua-Suárez R. Violencia de género en la Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia: Universidad de Antioquia; 2005.
16. Moreno-Tetlacuilo LMA, Villa AR, Ibarra Araujo N, Alvarado León NY, Nájera LV, Guevara Ruiseñor ES. Gender violence against medical students at Faculty of medicine, UNAM, Mexico. Praga, República Checa: Conference Abstract Book, AMEE; 2013. p. 649.
17. Moreno-Tetlacuilo LMA. «Violencia de género y sexismo hacia el alumnado de medicina». *Memorias del III Encuentro Internacional de Estudios de Género en el Siglo XXI: Experiencias de Transversalidad.* Aca-pulco: Universidad Autónoma de Guerrero; 6-8 de junio de 2013. p. 619-31.
18. Mavis B, Sousa A, Lipscomb W, Rappley M. Learning about medical student mistreatment from responses to the medical school graduation questionnaire. *Acad Med.* 2014;89(5):705-11.
19. Castro R. Génesis y práctica del habitus médico autoritario en México. *Rev Mex Sociol.* 2014;76(2):167-97.
20. Carr PL, Ash AS, Friedman RH, et al. Faculty perceptions of gender discrimination and sexual harassment in academic medicine. *Ann Intern Med.* 2000;132(11):889-96.
21. Maida S, Herskovic M, Pereira S, Salinas-Fernández L, Esquivel C. [Perception of abuse among medical students of the University of Chile]. *Rev Med Chil.* 2006;134(12):1516-23.
22. Babaria P, Abedin S, Nunez-Smith M. The effect of gender on the clinical clerkship experiences of female medical students: Results from a qualitative study. *Acad Med.* 2009;84(7):859-66.
23. Bleakley A. Gender matters in medical education. *Med Educ.* 2012;47(1):59-70.
24. Hoyos O, Romero L, Valega S, Molineros C. El maltrato entre iguales por abuso de poder y exclusión social en estudiantes de una universidad privada de la ciudad de Barranquilla. *Pens Psicol.* 2009;16:109-25.
25. Moreno Tetlacuilo LMA, Cabrera Joachin CM. La perspectiva de investigación en el estudiantado de Ciencias de la Salud. En: Guevara Ruiseñor ES, coord. *El sueño de Hypatia. Las y los estudiantes de la UNAM ante la carrera científica.* México: UNAM, Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades; 2012. p. 153-218.
26. Bedolla-Miranda P. El hostigamiento sexual, los y las universitarias. En: Bustos-Romero O, Blázquez-Graf N. *Qué dicen las académicas acerca de la UNAM.* México: UNAM; 2003. p. 173-86.
27. Iglesias-Benavides J, Saldívar-Rodríguez D, Bermúdez-Barba V, Guzmán-López A. Maltrato del estudiante de medicina. Percepción de 404 alumnos de cuarto, quinto y sexto años de la carrera. *Med Univer.* 2005;7(29):191-202.
28. Mariscal-Palle E, Navia-Molina O, Paniagua J, de Urioste Nardin R, Espejo Aliaga EE. Maltrato y/o violencia: fenómeno de estudio en centros de enseñanza asistenciales: Internado Rotatorio de Medicina gestión 2005-2006. *Cua Hosp Clin.* 2007;52(1):46-54.
29. Nora LM. Sexual harassment in medical education: a review of the literature with comments from the law. *Acad Med.* 1996;71(1 Suppl):S113-8.
30. Lempp H, Seale C. The hidden curriculum in undergraduate medical education: qualitative study of medical students' perceptions of teaching. *BMJ.* 2004;329(7469):770-3.
31. Nora LM, McLaughlin MA, Fosson SE, et al. Gender discrimination and sexual harassment in medical education: perspectives gained by a 14-school study. *Acad Med.* 2002;77(12 Pt 1):1226-34.
32. Lubitz R. Medical student abuse during third-year clerkships. *JAMA.* 2007;295(5):414-6.
33. Lyon DS. Where have all the young men gone? Keeping men in obstetrics and gynecology. *Obstet Gynecol.* 1997;90(4 Pt 1):634-6.
34. Cook A, Arora V, Rasinski K, Curlin F, Yoon J. The prevalence of medical student mistreatment and its association with burnout. *Acad Med.* 2014;89(5):749-54.
35. Castro R. [Gender norms and the development of the medical habitus: in the years of medical schooling and residency]. *Salud Colect.* 2014;10(3):339-51.
36. Stratton T, McLaughlin M, Witte F, Fosson S, Nora L. Does students' exposure to gender discrimination and sexual harassment in medical school affect specialty choice and residency program selection? *Acad Med.* 2005;80(4):400-8.
37. Moreno SP, Sanabria PA, Artemo L, Valencia QCL. ¿«Sutilezas» de la discriminación y la violencia basada en el género? Situación de los y las estudiantes de pregrado y posgrado de una facultad de medicina en Bogotá D.C. *Rev Med.* 2015;23(1):29-39.
38. Jacobs CD, Bergen MR, Korn D. Impact of a program to diminish gender insensitivity and sexual harassment at a medical school. *Acad Med.* 2000;75(5):464-9.
39. Nora LM, Daugherty SR, Hersh K, Schmidt J, Goodman LJ. What do medical students mean when they say sexual harassment? *Acad Med.* 1993;68(10 Suppl):S49-51.
40. Frank E, Carrera JS, Stratton T, Bickel J, Nora LM. Experiences of belittlement and harassment and their correlates among medical students in the United States: longitudinal survey. *BMJ.* 2006;333(7570):682.
41. Turbes S, Krebs E, Axtell S. The hidden curriculum in multicultural medical education. *Acad Med.* 2002;77(3):209-16.
42. Carr P, Szalacha L, Barnett R, Caswell C, Inui T. A «Ton of Feathers»: Gender discrimination in academic medical careers and how to manage it. *J Womens Health.* 2003;12(10):1009-18.
43. McDermut JF, Haaga DA, Kirk L. An evaluation of stress symptoms associated with academic sexual harassment. *J Trauma Stress.* 2000;13(3):397-411.
44. Castro R. Habitus profesional y ciudadanía: hacia un estudio sociológico sobre los conflictos entre el campo médico y los derechos en salud reproductiva en México. En: Castro R, Lopez A, eds. *Poder médico y ciudadanía: el conflicto social de los profesionales de la salud con los derechos reproductivos en América Latina.* Montevideo, Uruguay: Universidad de la República/UNAM-CRIM; 2010. p. 50-72.
45. Giroux H. Teorías de la reproducción y la resistencia en la nueva sociología de la educación: un análisis crítico. En: México: Cuadernos Políticos, ERA; 1985. p. 36-65.
46. Apple M. El currículo oculto y la naturaleza del conflicto. En: *Ideología y currículo.* España: Akal; 1986. p. 111-38.
47. Buquet A, Cooper J, Mingo A, Moreno H. Intrusas en la universidad. México: Universidad Nacional Autónoma de México; 2013.
48. Ortiz-Gómez T. Historia de la historiografía de las mujeres, la medicina y la salud en los siglos XIX y XX. En: *Medicina, historia y género, 130 años de investigación feminista.* España: KRK ediciones; 2006. p. 81-153.
49. Salamea L, Bueso M, Patriota T, et al. Estudio sobre tolerancia social e institucional a la violencia basada en género en Colombia. Bogotá, Colombia: Fondo de las Naciones Unidas y España para el Cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio; 2010. p. 153.
50. Foucault M. La voluntad del saber. En: *Historia de la sexualidad.* 26.ª ed. México: Siglo Veintiuno Editores; 1996.
51. Muñiz E. El cuerpo y sus circunstancias. En: Huacuz-Eliás MG. *La bifurcación del caos. Reflexiones interdisciplinarias sobre violencia falocéntrica.* México: Editorial Itaca; 2013. p. 85-105.
52. Izquierdo M. La estructura social como facilitadora del maltrato. En: Huacuz-Eliás MG. *La bifurcación del caos. Reflexiones interdisciplinarias sobre violencia falocéntrica.* México: Editorial Itaca; 2013. p. 33-58.
53. Mora-Pizano A. La violencia como mandato y disciplinador social. Una mirada a la violencia contra las alumnas de la Universidad Autónoma de Chapingo. En: Huacuz-Eliás MG. *La bifurcación del caos. Reflexiones interdisciplinarias sobre violencia falocéntrica.* México: Editorial Itaca; 2013. p. 237-66.