



VIOLENCIA EN CURSOS DE POSGRADO EN PEDIATRÍA MÉDICA. UNA MUESTRA EN HOSPITALES-ESCUELA MEXICANOS

JORGE CARLOS HERRERA SILVA

jorgecarlos5773@hotmail.com

AIDA TREVIÑO MOORE

jorgecarlos57@hotmail.com

RESUMEN

La violencia tiene múltiples caras y diversas expresiones, presentando los cursos de posgrado en pediatría un terreno fértil para su presentación. Analizar las características epidemiológicas de la violencia en cursos de pediatría impartidos en una muestra de hospitales-escuela mexicanos. Bajo censo realizamos un estudio multicéntrico, en una muestra de hospitales-escuela del sistema de seguridad social en México, previo consentimiento informado y revisión del protocolo por el comité. Aplicamos a alumnos siete unidades médicas de concentración, un instrumento validado explorando la existencia de violencia física, psicológica, verbal y sexual, sus fuentes, circunstancias y condiciones, de manera consentida y voluntaria en una sola ocasión. El análisis de datos fue con estadística no paramétrica. Incluimos 222 alumnos, predominando los de segundo y tercer año (66%) y las mujeres (56%). La prevalencia del problema fue del 89%. La fuente más común fueron los profesores en horario normal y guardias. Se encontró diferencia determinada por las mujeres ($p < 0.05$), los alumnos de segundo año ($p = 0.04$) y la sede noroeste ($p = 0.001$) en niveles y episodios de violencia. Se puede considerar a la violencia como elemento natural constitutivo de los cursos de pediatría, así como un problema de violencia educativa ignorado.

Palabras clave: alumnos, pediatría, educación médica, violencia, cursos de especialización.

INTRODUCCIÓN

Crear medios ambientes adecuados para el aprendizaje es un reto al interior de la educación médica. Uno de los más importantes obstáculos para lograr consolidar ambientes propicios, es el maltrato que sufren los alumnos durante los cursos.¹ Máxime, en tiempos donde la educación





médica se ha impregnado de un pensamiento similar al de la industria manufacturera. Así el manejo para el cuidado de la salud se percibe bajo miradas encaminadas a entregar un producto – profesional de la salud - mediante estándares de calidad “óptimos”, tal y como sucede en una fábrica.²

Los sitios donde se llevan a cabo los programas de los cursos de especialización médica, son espacios complejos, inmersos en tradiciones particulares configurando un habitat especial para la educación y la convivencia.³ Ello ha prefigurado el terreno propicio para un cambio⁴ de las condiciones de trabajo a las que se enfrentan los alumnos, donde los equipos se manejan a través de esquemas relacionales menos jerárquicos.⁵ Los estudiantes en lugares no propicios, se ven poco motivados para afrontar las oportunidades de aprendizaje.⁶

Las experiencias más recientes⁷ son poco alentadoras para vislumbrar un cambio. El incremento en la proporción de alumnos en las escuelas de Norteamérica (38.3% vs 48.9%) en los últimos años refiriendo haber sido víctimas de algún acto violento, así como, el incremento en abuso sexual (8.7% vs 12.5%) y discriminación (3.8% vs 7.2%) presentan un panorama poco alentador. Nuestra experiencia,⁸ con una alta prevalencia (90%) del problema parece ratificarlo.

Existen factores externos jugando un papel importante para tornar la experiencia educativa denominada residencia, como estresante. Lo que se potencializa por un habitual desinterés de parte de las autoridades administrativo-académicas para responder a las necesidades de los alumnos, y a la incapacidad de los profesores para contribuir en la formación de un medio ambiente propicio para el aprendizaje.⁹

A ello se agregan, los rituales de iniciación, la formación de “cofradías”, “hermandades jerárquicas”, con sus códigos, sanciones, que ocultan las manifestaciones de violencia al interior de los cursos, contribuyendo al declinar en las actitudes humanísticas por parte de los médicos,¹⁰ a soslayar el error médico,¹¹ y a incrementar las incompetencias cognitivas.¹²⁻¹⁴

Bajo el complejo tinglado sobre el que se sustenta la educación médica, se puede percibir que miradas reduccionistas son poco prudentes para su abordaje, de ahí que a través de una perspectiva transdisciplinaria, el objetivo de este estudio se orientó en el sentido de analizar las características epidemiológicas de la violencia en cursos de pediatría médica impartidos en una muestra de hospitales-escuela en México.





MATERIAL Y MÉTODOS

Se llevó a cabo un estudio multicéntrico, en siete unidades receptoras de alumnos de posgrado en pediatría médica. Se contactó vía telefónica a los jefes de educación médica e investigación de cada unidad, para establecer la hora, fecha y lugar de aplicación de los instrumentos. Los alumnos fueron citados de manera grupal mediante convocatoria verbal y escrita.

El instrumento utilizado se conoce como “ABEM” (Abuso en los cursos de especialización médica), construido y validado por los investigadores.⁸ Consta de 89 enunciados, con opciones de respuesta en una escala similar a Likert que incluyen respuestas desde “nunca” hasta “múltiples ocasiones”. Tiene un coeficiente de confiabilidad por Alfa de Cronbach de 0.93, y explora cuatro tipos de violencia, cuatro fuentes potenciales, seis situaciones o circunstancias de presentación y aspectos relacionados con apariencia física, modos de pensar y preferencia sexual de los alumnos. De acuerdo a las repuestas se puede ubicar niveles de violencia sufridos (nulo a extremo) y forma de ejercer el poder por los perpetradores (prudencial a punitivo).

La aplicación fue en una sola ocasión, de manera anónima, consentida y voluntaria. Al finalizar se hizo entrega personal al aplicador, para formar paquetes sellados, siendo remitidos a una persona ajena al estudio pero con entrenamiento en la codificación de este tipo de instrumentos. De manera ciega llevó a cabo la base de datos en un programa computarizado SPSS 20.0 para posteriormente realizar el análisis estadístico.

Para el análisis de datos tomamos en cuenta grupos de alumnos por sede, género y año cursado. Realizamos comparaciones de las proporciones de alumnos de acuerdo al nivel de violencia referido, su tipología, fuente agresora y condición o circunstancia de presentación. La prevalencia de la violencia, se determinó tomando en cuenta el número total de episodios, utilizando como denominador el total de individuos participantes, menos la proporción de sujetos que no sufrieron episodios violentos.⁸

RESULTADOS

Participaron doscientos veintidós alumnos. Existió ligero predominio de las mujeres (124/56%) sobre los varones (98/44%), con edad promedio de 24 años.

De acuerdo al año de residencia se contó con: 16 (7%) de primero, 81 (36%) de segundo, 66 (30%) de tercero, 26 (12%) de cuarto, 25 (11%) de quinto y 8 (4%) de sexto año. La distribución





de alumnos por región geográfica de la sede fue la siguiente: 83 (37%) centro sur, 57 (26%) centro norte, 34 (15%) noreste, 17 (8%) bajío, 13 (6%) laguna, 11 (5%) noroeste y 7 (3%) centro oriente.

En la **tabla 1**, se puede observar el nivel general de violencia referido por los alumnos participantes, llamando la atención el número de residentes víctimas de acciones violentas.

La comparación entre participantes de acuerdo a su género y el nivel de violencia referido, mostró diferencia estadísticamente significativa ($X^2=8.02$, $p<0.05$) determinada por las mujeres, con una mayor proporción (75 vs 57%) en niveles de violencia de habitual a extremo.

En la **tabla 2**, se muestra la comparación entre todas las sedes, de las puntuaciones globales obtenidas al responder el ABEM, destacando la diferencia determinada por la sede noroeste.

La comparación de las puntuaciones intersede entre mujeres, mostró diferencia estadística a través de la prueba *U-Mann-Whitney*, determinada por una menor puntuación de la sede oriente (mdn=0) con las de bajío (mdn=26); $p=0.03$, laguna (mdn=49); $p=0.03$, noreste (mdn=29); $p=0.02$, centro sur (mdn=21); $p=0.02$, y noroeste (mdn=70); $p=0.002$. Así como, entre la sede centro norte (mdn=15), al compararla con la laguna (mdn=49); $p=0.009$, centro sur (mdn=21); $p=0.04$ y sede noreste (mdn=29); $p=0.01$. También existió diferencia estadística, entre la sede noroeste (mdn=70) y las sedes: centro oriente (mdn=0); $p=0.02$, noreste (mdn=29); $p=0.006$, centro norte (mdn=15); $p=0.001$, y centro sur (mdn=21); $p=0.001$.

En el grupo de hombres mediante la prueba *U-Mann-Whitney*, se encontró diferencia significativa determinada por la mayor puntuación de la sede noroeste (mdn=48) al compararla con las sedes: oriente (mdn=7); $p=0.008$ y la centro norte (mdn=5); $p=0.001$. Lo que fue similar en las comparaciones de la sede noreste (mdn=59) con las sedes: oriente (mdn=7); $p=0.03$, centro norte (mdn=5); $p=0.001$ y centro sur (mdn=15); $p=0.014$. Así como, la comparación entre la sede centro sur (mdn=15) y centro norte (mdn=5); $p=0.005$, determinada por una menor puntuación en la sede centro norte.

En cuanto a la comparación, mediante la prueba *U-Mann-Whitney*, de las puntuaciones obtenidas en el "ABEM", en relación, al año de los residentes, se encontró sólo diferencia entre los de segundo (mdn=27) y tercero (mdn=14); $p=0.04$, y segundo (mdn=27) y quinto año (mdn=5); $p=0.004$.





Por otro lado, se reportaron un total de 12,996 episodios de violencia referidos por 197 residentes, con un promedio de 66 por cada uno de ellos.

En las **tablas 3 y 4** se presentan el perfil de los episodios de violencia de acuerdo a la fuente agresora y condición o circunstancia de su presentación, llamando la atención su continuidad a lo largo de las actividades cotidianas y la fuente más frecuente de perpetrador.

Por último, se reportaron un número considerable de episodios relacionados con las formas de ser, verse o pensar de los residentes participantes, así como, de eventos vinculados a los procesos de evaluación y realización de tesis, como se puede observar en la **tabla 5**.

DISCUSIÓN

Los médicos alumnos que participan en los cursos de pediatría que se imparten al interior de la institución, se enfrentan actualmente, a diversos obstáculos para alcanzar un desarrollo profesional pleno. Ello promueve, como lo sugirió de primera instancia Silver,¹⁷ que se produzca como efecto del trato hostil y punitivo de que son objeto el fenómeno denominado: “*Cultura del Abuso Médico*”.

Los hallazgos, al mostrar una prevalencia de la violencia del 89% en la población estudiada, discretamente más baja a la reportada previamente para una población similar,⁸ pero parecida a lo referido en otras aproximaciones,^{6,7,15} ratifica la existencia mundial del problema.¹⁶ Sin embargo, cabe destacar que en la institución participante, 68% (148) de los alumnos manifestaron niveles de violencia relacionados con ejercicio del poder de autoritario a punitivo, lo que por primera vez se comunica. Estos resultados son un punto de apoyo para la hipótesis acerca de que, la educación en los cursos que se imparten al interior de la institución, se sustenta en preceptos de obediencia, sumisión y abnegación como sinónimos de “buena educación”. De ahí que aquí el concepto de aprendizaje organizacional¹⁷ o del conocimiento basado en el proceso laboral,¹⁸ es aplicable actualmente al entorno de los cursos de especialización en pediatría.

Estudios ¹⁹⁻²⁰ al respecto, revelan que tanto las aptitudes como las actitudes, se encuentran en niveles menores a los requeridos para un buen funcionamiento de los cursos en contextos poco propicios para las interrelaciones. Los resultados parecen justificar dicha preocupación. La diferencia determinada por un mayor número de mujeres que fueron víctimas de acciones violentas, recrea patrones de conducta masculinizados, que a lo largo de las últimas





décadas ha tenido una transición hacia la feminización.²¹ El “*Efecto Cenicienta*”²² minimiza la discriminación así manifestada y sub-evalúa el papel de la mujer en la práctica de la medicina.

La infraestructura de las unidades, y el acceso a la profesionalización de la docencia, juegan un papel preponderante en el devenir de los procesos educativos de las especialidades médicas. Los resultados reflejan – hasta cierto punto – la influencia de estos factores. Las unidades con menor puntuación en el “ABEM” y número de alumnos que refieren haber sido víctimas de violencia (centro sur, centro norte y oriente), son por “tradición” institucional, las que cuenta con una mayor disponibilidad de recursos y acceso a la profesionalización docente.

Por otro lado, se ha considerado a los primeros años de la residencia como proclives a un exceso de trabajo, carga académica y de pacientes mayor, en comparación con los años posteriores. Los resultados confirmaron este hecho, cuando los residentes de segundo año fueron los que presentaron mayores niveles de violencia.

De destacar el dato revelado por el estudio en relación a la tipología de la violencia. Las condiciones académico-laborales se han modificado en algunos sitios,²³⁻²⁵ de ahí la transición hacia formas de violencia con mayor peso específico al del impacto físico de su generación. Esto explicaría la presencia de un mayor número de episodios tipo psicológico y verbal, sobrepasando lo reportado en otras aproximaciones (47%).^{7, 26}

En cuanto a la violencia sexual se refiere, los resultados de manera global, se muestran superiores a los de otras experiencias,⁷ pero menores cuando de las preferencias sexuales de los alumnos se hace referencia (0.21% vs 0.8%).

Lo anterior explica la relación entre la tipología, la fuente agresora y la condición o circunstancia de presentación de las acciones violentas en el estudio. Los profesores en un 43% de las ocasiones fueron la fuente más proclive a la agresión hacia los alumnos, situación definitivamente mayor a la reportada por la Asociación de Escuelas de Medicina en los Estados Unidos de Norteamérica.⁷

Sin embargo, no es de llamar la atención, ya antes²⁷ se ha hecho referencia al proceso de “uniformidad” o “generalización” al interior de los cursos de especialización en pediatría, independientemente de la unidad o institución de que se trate. Lo que añade un cúmulo de datos mostrando la “institucionalización” de la violencia en los cursos de posgrado en pediatría en la institución participante.





Por otro lado, el papel preponderante que juegan las tesis y calificaciones, como mecanismos de control disciplinario se mostró en los resultados. Se hace evidente de manera indirecta, el “mal” manejo de las calificaciones o la “imposición” de un trabajo de tesis por profesores y autoridades académicas.

Finalmente, mitigar la presencia de la violencia en los cursos de posgrado en pediatría, es tratar de establecer un balance entre las cargas de trabajo académico-laboral y el descanso de los alumnos. El que los resultados presenten un patrón de referencia de cierta uniformidad, nos permite considerar al fenómeno de la violencia, como un elemento “natural” constitutivo de estos cursos. Ésta aproximación presenta una aportación acerca de un fenómeno ancestralmente arraigado en la educación médica de posgrado, soslayar su presencia, es no reconocer que su magnitud es la de un problema de violencia educativa ignorado.





BIBLIOGRAFÍA Y REFERENCIAS

- 1 Kassebaum DG, Cutler ER. On the Culture of Student Abuse in Medical School. *Acad Med* 1998;73:1149-58.
- 2 Hafferty FW. Managed Medical Education? *Acad Med* 1999;74:972-79.
- 3 McClinton DJ, Hansen TW. Why Are Childrens´Hospitals So Busy? *J Pediatr* 2003;142:219-20.
- 4 Johnson T. Limitations on Residents´ Working Hours at New York Teaching Hospitals: A Status Report. *Acad Med* 2003;78:3-8.
- 5 Green MJ. What (If Anything) Is Wrong with Residency Overwork? *Ann Intern Med* 1995;123:512-17.
- 6 Silver H, Glick AD. Medical Student Abuse; incidence, severity and significance. *JAMA* 1990;263:527-32.
- 7 Association of American Medical Colleges. Student Mistreatment Perceptions. Disponible en : [http ://www.aamc.org/data/cime/vol3no4.2000](http://www.aamc.org/data/cime/vol3no4.2000)
- 8 Herrera SJC, Treviño MA, Acosta CGC. Características de la violencia en residentes de dos instituciones formadoras de pediatras en el estado de Sonora. *Bol Med Hosp Infant Mex* 2006;63:18-30.
- 9 Richman JA, Flaherty JA, Rospenda KM, Christensen ML. Mental health consequences and correlates of reported medical student abuse. *JAMA* 1992;267:692-94.
- 10 Benbassat J, Baumal R. What IS Empathy, and How It Be Promoted during Clinical Clerkships? *Acad Med* 2004;79:832-39.
- 11 Herrera-Silva JC, Treviño-Moore, Acosta-Corona GC, Quezada-García JG. Tendencia iatrogénica de un grupo de pediatras a través del uso de los recursos diagnósticos de laboratorio. *Bol Med Hosp Infant Mex* 2005;62:393-405.
- 12 Croskerry P. The importance of Cognitive Errors in Diagnosis and Strategies to Minimize Them. *Acad Med* 2003;78:775-80.





- 13 Hanna E, Premi J, Turnbull J. Results of Remedial Continuing Education in Discompetent Physicians. *Acad Med* 2000;75:174-76.
- 14 Turnbull J, Carbotte R, Hanna E, Norman G, Cunnington J, Ferguson B, et al. Cognitive Difficulty in Physicians. *Acad Med* 2000;75:177-81.
- 15 Richardson DA, Becker M, Frank RR, Sokol RJ. Assessing Medical Students' Perception of Mistreatment in Their Second and Third Years. *Acad Med* 1997;72:728-30.
- 16 Uhari M. Medical student abuse: an International Phenomenon. *JAMA* 1994;271:1049-51.
- 17 Hoff TJ, Pohl H, Bartfield J. Creating a Learning Environment to Produce Competent Residents: The Roles of Culture and Context. *Acad Med* 2004;79:532-40.
- 18 Boreham N. Orienting the work-based curriculum toward work process knowledge: a rationale and German Case Study. *Studies in Continuing Education*.2004;26:209-27.
- 19 Sexton BJ, Thomas EJ, Helmreich RL. Error, stress, and teamwork in medicine and aviation: cross-sectional surveys. *BMJ* 2000;320:745-9.
- 20 Clark PA. What residents are not learning: observations in a NICU. *Acad Med* 2001;76:419-24.
- 21 Pawluch D. The New Pediatrics: A Profession in Transition. *AJS* 1997;103:489-91.
- 22 McNamus IC, Sproston KA. Women in hospital medicine in the United Kingdom: glass ceiling, preference, prejudice or cohort effect? *J Epidemiol Community Health* 2000;54:10-16.
- 23 Urowitz M, Crescenzi AM, Muharuma L. Residents' Duty Hours in the Province of Ontario, Canada. *Acad Med* 2003;78:9-10.
- 24 MacLellan AM. Residents' Duty Hours in the Province of Quebec, Canada. *Acad Med* 2003;78:11-13.
- 25 Baldwin DC, Daugherty SR, Tsai R, Scotti MJ. A National Survey of Residents' Self-Reported Work Hours: Thinking Beyond Speciality. *Acad Med* 2003;78:1154-1163.





26 Sheehan KH, Sheehan DV, White K, Leibowitz A, Baldwin DC. A Pilot Study of Medical Student "Abuse". Student Perceptions of Mistreatment and Misconduct in Medical School. JAMA 1990;263:533-37.

27 Herrera-Silva JC, Treviño-Moore A, Moneda-Rodríguez J. Efecto de un programa educativo basado en competencias sobre las capacidades clínicas de pediatras para manejar neonatos en estado crítico. Bol Med Hosp Infant Mex 2005; 62: 329-38.



