

LA VIDA DEL HOSPITAL ES INFELIZ

De la experiencia subjetiva a la construcción de ambientes educativos en la clínica

MARÍA ALEJANDRA SÁNCHEZ-GUZMÁN / ALICIA HAMUI-SUTTON

Resumen:

El objetivo de este artículo es comprender cómo se entretienen las subjetividades de las y los estudiantes en las interacciones que generan ambientes clínicos de aprendizaje en las residencias médicas. Como método se ha utilizado el estudio de caso, resultado de una etnografía clínica, y se han empleado las narrativas para documentar cómo los actores sociales hacen lo que hacen. Los principales resultados indican que la formación médica es un fenómeno de análisis complejo donde hay un entramado institucional y cultural particular marcado por estructuras jerárquicas y relaciones de poder. Las interacciones y experiencias descritas develan la preeminencia de espacios hostiles para el aprendizaje que se entrelazan en el currículum oculto en expresiones de violencia como los chismes, el hostigamiento sexual, el estigma ante las enfermedades mentales y la omisión institucional.

Abstract:

The objective of this article is to understand how students' subjectivities are interwoven in the interactions generated in clinical learning settings in medical residencies. The case study method has been used—the result of clinical ethnography—along with narratives to document how social actors do what they do. The results indicate that medical training is a complex phenomenon with a unique institutional and cultural framework marked by hierarchical structures and power relations. The described interactions and experiences reveal the preeminence of hostile spaces for learning, meshed in a hidden curriculum with expressions of violence like gossip, sexual harassment, the stigma of mental illness, and institutional omissions.

Palabras clave: aprendizaje; estudiantes; medicina; violencia de género; salud mental; estudio de caso.

Keywords: learning; students; medicine; gender violence; mental health; case study.

María Alejandra Sánchez-Guzmán: investigadora del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía, Manuel Velasco Suárez, Ciudad de México, México. CE: alesanguz@yahoo.com.mx / <https://orcid.org/0000-0001-6625-8010>

Alicia Hamui-Sutton: investigadora de la Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Medicina, Ciudad de México, México. CE: lizhamui@hotmail.com / <https://orcid.org/0000-0002-3190-4470> (autora de correspondencia).

Introducción

Las y los residentes en las distintas especialidades médicas transitan por contextos intersubjetivos en espacios clínicos donde se co-construye su identidad profesional. El estudiantado en formación se ubica en el centro de la atención médica y constituye un recurso humano fundamental para el funcionamiento del hospital. Su figura se caracteriza por ser simultáneamente trabajador(a)-estudiante-educador(a), por interactuar en un sistema estructurado con rígidas jerarquías que cambian conforme los años avanzan. En el entramado formal e informal de las instituciones se combina lo académico, lo asistencial y lo administrativo y está atravesado por órdenes de género particulares. Esta articulación no está exenta de tensiones y en ocasiones se enfatiza algún aspecto de sus múltiples roles según convenga a los intereses de la situación y de las personas involucradas. El número de años cursados determina la posición que ocupa el o la residente, quienes menor jerarquía comparten el rol temporal de ser aprendices, de buscar la retroalimentación y el apoyo de quienes tienen mayor grado, las relaciones jerárquicas entre hombres y mujeres, etcétera. Con frecuencia, la estructura jerárquica da lugar a relaciones de poder que pueden traducirse en prácticas abusivas hacia las personas que se ubican en menor nivel (Lempp y Seale, 2004).

La formación de residentes tiene lugar en instituciones hospitalarias, donde se realizan actividades iterativas en franjas interaccionales que denominamos “la clínica”. La clínica no únicamente es un espacio físico que alude a las instalaciones de una unidad de atención médica, se entiende como un orden social y discursivo con un objetivo preciso, abordar la enfermedad y modificarla.

[El] campo médico es el conjunto de instituciones y actores de la salud que, ubicados en diferentes posiciones, mantienen entre sí relaciones de fuerza orientadas a conservar, adquirir o transformar esa forma de capital específico que consiste en la capacidad de imponer los esquemas dominantes de definición, percepción y apreciación de las materias propias de la agenda sanitaria, así como de la acción (política, comercial, científica, profesional) que deriva de ello (Castro y Erviti, 2015:45).

El entramado de la clínica se plasma en la cultura organizacional con formas peculiares de comunicación, lenguajes especializados, con moralidades

intrínsecas, discursos e ideologías que los agentes incorporan al interactuar en las franjas de actividad. Las y los residentes aprenden a funcionar en el sistema de tal manera que la formación de su identidad profesional y personal no se entiende fuera del contexto clínico.

En México la educación médica es heterogénea, hay aproximadamente 165 escuelas, privadas y públicas, que ofrecen el programa de medicina en pregrado. Una vez obtenida la licenciatura, las y los estudiantes pueden optar por integrarse al mercado laboral o realizar una especialidad, maestría o doctorado. Más del 90% de quienes egresan quieren continuar con alguna de estas opciones. El proceso para realizar una residencia médica consiste en: aprobar el Examen Nacional de Aspirantes a Residencias Médicas, tramitar el ingreso a una institución de salud que funcione como campo clínico y luego inscribirse en una institución de educación superior que avale los planes y programas y que tenga un convenio con la institución de salud del campo clínico elegido (Blancas Akaki y Bárcena López, 2018; León-Bórquez, Lara-Vélez y Abreu-Hernández, 2018). Las y los médicos en formación en las residencias son nombrados residentes y se distinguen según el año que cursan, así los de primer año (R1) están a cargo de los de segundo (R2) y los R3 y R4 son responsables de los primeros dos, a su vez todos dependen del profesor(a) titular y adjuntos(as) que por lo regular son médicas(os) adscritos al servicio.

En el sistema de salud mexicano participan el sector público y el privado. El público cuenta con diversas instituciones de seguridad social y los recursos de atención se estratifican en tres niveles de atención: en el primero se atienden las necesidades básicas de la población y constituye el primer contacto. En el segundo se prestan servicios relacionados a la atención de campos clínicos como gineco-obstetricia, cirugía general, medicina interna, pediatría, entre otros. El tercer nivel está reservado para un mayor grado de especialización y se atienden patologías complejas que requieren alta tecnología (Gómez Dantés, Sesma, Becerril, Knaul, *et al.*, 2011; Vignolo, Vacarezza, Álvarez y Sosa, 2011). El estudiantado de medicina es formado en los tres niveles de atención. Generalmente, los hospitales de tercer nivel de atención son las sedes más prestigiosas y con mayor dificultad para ingresar a las especialidades médicas.

Los ambientes clínicos de aprendizaje pueden ser más o menos propicios para aprender y se ubican en un continuo que va de lo expansivo a lo restrictivo (Fuller y Unwin, 2003). En el expansivo se fomenta la

inclusión del estudiantado en las tareas del servicio, se favorece la supervisión constante de la práctica clínica, se establecen relaciones fluidas entre docentes y alumnado, se estimula la búsqueda del conocimiento y la investigación, así como el trabajo en equipo. En contraste, un ambiente clínico de aprendizaje restrictivo puede reconocerse por el estrecho acceso del estudiantado al aprendizaje, por la ambivalencia hacia su posición en el servicio, las limitadas oportunidades de participación, por la falta de apoyo personal y por actos de abuso que, en su conjunto, constituyen un espacio hostil para la formación (Hamui, Hernández, Gutiérrez, Castro *et al.*, 2014).

Un estudio sobre residencias médicas en América Latina destacó que en México y otros países de la región se encontraron condiciones poco favorables para el aprendizaje: no hay áreas adecuadas para el desarrollo de actividades de descanso, existe una asignación excesiva de guardias, desempeño de gran cantidad de actividades administrativas y de logística, restricción de derechos laborales por maternidad u otros aspectos relacionados con la salud. Por ejemplo, en México, las y los médicos residentes realizan entre 44 y 48 horas de estudio-trabajo semanales (Organización Panamericana de Salud, 2011). Respecto del ámbito educativo existe un desajuste entre la demanda de campos clínicos y la disponibilidad, hay también una disparidad en los niveles de educación dependiendo de la sede elegida, existen espacios educativos de gran calidad y otros con muchas restricciones formativas (León-Bórquez, Lara-Vélez y Abreu-Hernández, 2018).

Las y los residentes se co-construyen en los contextos clínicos, donde existen dispositivos institucionales y culturales que reproducen procesos normativizados. En su proceso formativo aprenden a articular enunciados e ideas en modalidades diversas –como narrativas, diálogos, secuencias performativas, descripciones, explicaciones, metáforas, entre otras– y constituirse en sujetos discursivos desempeñando roles impregnados de ideología. Como explica Foucault, “en las formaciones discursivas, el sentido de las prácticas y las perspectivas de los sujetos en mundos de vida específicos se articulan en la relación saber/poder” (Foucault, 1970:3-20).

En el ámbito de la salud, la tensión entre las actividades colaborativas y las competitivas está todo el tiempo presente. De ahí que las expresiones de diversas formas de violencias (de género, simbólica, psicológica, física, estructura, entre otras) sean frecuentes tanto en el proceso de formación

como en la práctica profesional. Al referimos a violencia de género hacemos alusión a aquellas formas específicas de agresiones basadas en las estructuras de desigualdad de género que se legitiman por el conjunto de normas y creencias que construyen a las mujeres como subordinadas a los hombres (Castro y Vázquez, 2008). Cuando hablamos de violencia simbólica nos referimos a la propuesta de Bourdieu, quien la define como:

[...] la relación extraordinariamente común en la que se ejerce la dominación en nombre de un principio simbólico conocido y admitido, tanto por el dominador como por el dominado, un idioma (o una manera de modularlo), un estilo de vida (o una manera de pensar, de hablar o de comportarse) y, más habitualmente, una característica distintiva, emblema o estigma, cuya mayor eficacia simbólica es la característica corporal absolutamente arbitraria e imprevisible (Bourdieu, 2005a:12).

Estudios sobre las interacciones en las escuelas de medicina han utilizado el término para describir formas de micropoder del orden institucional de género y, en general, aquellas acciones realizadas para “poner en su lugar” a actores subalternos; en este caso, médicas(os) en formación. Se acompaña por la reacción de quienes sufren la violencia, que consideran que estas agresiones están justificadas en su formación (Castro, 2014; Castro y Villanueva, 2018). La violencia institucional se conforma por los mecanismos utilizados por las instituciones para mantener determinada estructura de poder (La Parra y Tortosa, 2003).

En el tema del maltrato en espacios médicos formativos uno de los estudios clave y que se considera parteaguas es el que realizaron Silver y Glicken (1990), quienes entrevistaron a 519 estudiantes de medicina en Estados Unidos y encontraron una alta incidencia de abuso. Desde entonces se han multiplicado las investigaciones de corte epidemiológico centradas en determinar la prevalencia y la identificación de las principales variables (Castro, 2014). En México uno de los últimos trabajos realizados con este abordaje encuestó a 143 residentes y detectó que 84% sufrió maltrato, principalmente psicológico (Derive, Casas Martínez, Obrador, Villa *et al.*, 2018; Ortiz-León, Jaimes-Medrano, Tafoya-Ramos, Mujica-Amaya *et al.*, 2014). En general, la literatura internacional revela altas tasas (más de 50%) de intimidación, acoso y discriminación en la formación médica (Colenbrander, Causer y Haire, 2020).

En nuestro país hay también algunos acercamientos que se aproximan a la problemática desde una mirada sociológica, planteando no solo la cuantificación del abuso, sino que reflexionan sobre cuáles son los aspectos culturales y sociales que permiten la existencia y reproducción de la violencia en el campo médico, particularmente durante la formación, siendo una de las claves para entender el fenómeno la perspectiva de género (Castro y Villanueva, 2018).

En esta misma lógica, desde las ciencias sociales, el objetivo de este artículo es explorar, a partir de un estudio de caso, cómo se entretejen las subjetividades en las interacciones que generan ambientes clínicos de aprendizaje en las residencias médicas.

Método

En este artículo se presenta un estudio de caso que no pretende hacer generalizaciones sobre el tema sino ser un foro de reflexión de una observación microscópica de las interacciones que suceden en un hospital de tercer nivel de atención. Los estudios de caso son relatos descriptivos de realidades únicas, temporalmente circunscritas, son particularmente útiles en el estudio de problemas complejos, como el de la violencia en espacios formativos, en donde el comportamiento humano y las interacciones sociales son fundamentales para comprenderlo. Además, la elección de esta herramienta metodológica permite desarrollar una comprensión profunda de cómo el objeto de la investigación se relaciona con su contexto (Cleland, MacLeod y Ellaway, 2021).

El presente estudio, se deriva de un trabajo etnográfico en un hospital de tercer nivel de atención de la Ciudad de México entre 2019 y 2020. Para efectos de la investigación, el seudónimo del hospital es Centro de Investigación, Formación y Atención Neurológica y Psiquiátrica, en adelante CIFANEP.

El trabajo de campo fue realizado por dos investigadoras (autoras del artículo), quienes son doctoras en ciencias sociales y antropología y cuentan con una trayectoria de más de 15 años haciendo etnografías en espacios de atención y formación médica. Ambas estuvieron presentes en todos los espacios de observación e hicieron entrevistas, logrando una participación coordinada y durante los mismos periodos de tiempo. La observación duró seis meses. El trabajo se realizó de lunes a viernes en el turno de la mañana. Las estrategias para entrar en el espacio fueron las siguientes:

- 1) Contactar a residentes (1, 2, 3 y 4 año) y pedirles que nos dejaran seguirlos durante su jornada de trabajo y estudio (entrega de guardia, pase de visita, clases, sesiones académicas, salas de residentes, urgencias, servicio de psiquiatría, etc.). Se elaboró una guía de seguimiento para ordenar, registrar y sistematizar el acompañamiento.
- 2) Entrevistar a residentes, personal médico y de enfermería. Se construyeron guías semiestructuradas para realizar estas entrevistas, las cuales fueron grabadas y transcritas.
- 3) Realizar observación participante durante: sesiones académicas, clases, pases de visita, entrega de guardia, consultas y algunos procedimientos como la terapia electroconvulsiva. Se elaboró una guía de observación para ordenar, registrar y sistematizar la información.

Los criterios de selección del caso se sostienen en dos premisas: el carácter crítico y revelador de los datos obtenidos. De acuerdo con Rodríguez, Gil y García (1996), esto se refiere a que de un grupo de casos se elige uno porque puede confirmar o ampliar el conocimiento y la segunda característica alude a que su contenido puede dar luz sobre un fenómeno relativamente desconocido. El caso que presentamos aborda un tema estudiado con amplitud desde una mirada cuantitativa, pero poco analizado desde una óptica cualitativa; nuestros resultados permiten profundizar con detalle la situación y narrativas que se suscitan en las interacciones durante la formación médica. Como veremos, vincula temas de gran trascendencia como la violencia y la salud mental, en el complejo contexto de la enseñanza médica que generalmente se invisibiliza con la cotidianeidad (Álvarez y San Fabián, 2012).

Metodológicamente, el estudio de las interacciones está basado en la etnografía clínica, esto implica que las y los investigadores participan abiertamente en la vida cotidiana de las personas observando lo que sucede, escuchando lo que se dice, haciendo preguntas durante entrevistas formales e informales, recopilando documentos y artefactos, de ahí que se trate de un método relacional y granular (Hammersley y Atkinson, 2007).

Para documentar cómo los actores sociales hacen lo que hacen, se utilizan las narrativas y relatos, con el fin de comprender las múltiples capas y texturas que constituyen los mundos sociales en el espacio clínico y la formación médica. Las narrativas son la vía con las cuales damos significado a las experiencias (Mattingly y Garro, 1994), son el vehículo por medio del

cual cobran sentido las experiencias interpersonales y socioculturales, se refieren tanto a la manera en que se estructuran y operan los relatos como a los agentes que los co-producen en la interacción social (Hamui, 2016).

Para interpretar los fragmentos en cada situación se recurrió a la propuesta del análisis narrativo de Reissman (1993), en el cual se busca comprender los significados que la persona que narra le otorga a las interacciones sociales y a su experiencia en el ámbito de la clínica. Esto implica realizar una co-construcción del relato, haciendo énfasis en la interpretación de la narrativa, la secuencia de las tramas y las interacciones del marco teórico propuesto en la introducción.

Sostenemos que las experiencias individuales están contextualizadas en determinado orden social, por lo que, por medio del análisis de los testimonios y el material de la observación, es posible acceder a la dinámica social. A continuación, se presenta el contexto y el relato de Karina, residente de segundo año (R2) de psiquiatría. El análisis de su testimonio es útil para delinear las tensiones que existen en los procesos formativos y las prácticas sociales en ambientes clínicos de las residencias médicas que pueden derivar en la expresión de diversas formas de violencia.

Consideraciones éticas

El Comité de Ética y de Investigación del CIFANEP aprobó la investigación. El total de participantes fue informado del objetivo y alcance del estudio y firmaron el consentimiento. Se usan seudónimos para conservar el anonimato.

Resultados

Presentamos el caso de Karina, R2 de psiquiatría, quien al momento de hacer la entrevista en el CIFANEP narró con detalle su trayectoria académica-laboral en su formación médica.

En febrero de 2020, cuando se realizó la entrevista, Karina tenía 29 años y estaba terminando el R2 en el servicio de psiquiatría. Estudió la licenciatura en medicina en una escuela privada de la Ciudad de México. Mientras cursó la carrera recibió una beca institucional y la ayuda de sus padres; en la residencia, el apoyo económico provenía de su pareja, un ingeniero con quien ella vivía. La decisión de estudiar medicina tuvo que ver con un familiar enfermo al que quiso ayudar y no supo cómo. Ella fue la primera de su familia en formarse en la profesión médica.

Durante la carrera estuvo fluctuante con respecto a la especialidad, pensó en cirugía, pediatría, genética, pero después del internado decidió que no quería estar en ningún hospital ni ser residente, estaba cansada de la clínica. En sus palabras:

[...] es muy feo, es muy cansado el internado. Haces guardia cada tercer día. El trato del hospital no es muy agradable [el internado es un año obligatorio en cual los alumnos deben realizar sus prácticas en hospitales de unidades de primer y segundo nivel de atención]. Dije, “ya, no quiero hacer eso. Nadie me manda que tengo que hacer especialidad”.

Realizó el servicio social en la universidad y una maestría en nutrición clínica. Al terminar, Karina entró a trabajar en una farmacéutica y daba consulta privada. Ahí se interesó por la neuro-nutrición y la nutrición psiquiátrica, pero para saber más de los temas, decidió hacer la residencia en psiquiatría. Presentó el Examen Nacional para Aspirantes a Residencias Médicas y lo aprobó en el primer intento, por recomendación de un conocido fue al CIFANEP a presentar el examen de ingreso y la entrevista, le atrajo la neuropsiquiatría, la aceptaron y se quedó.

En el R1, su primera rotación fue en urgencias y recuerda que fue pesado porque casi todo era de neurología y no sabía nada de eso; además, debía cumplir con el programa de psiquiatría, leer temas, reconocer diagnósticos para aplicarlos con los pacientes en las guardias. Karina explicó que solo en el primer año sintió el énfasis en neurología, en sus palabras:

[...] para estudiar el PUEM [Plan Único de Especializaciones Médicas y regularmente se hacen exámenes departamentales anuales para evaluar a residentes] del primer año, te sientes bien perdido. Porque es leer por primera vez cosas de psiquiatría que dices: ¿y de esto va a ser mi examen? A partir del segundo año, ni siquiera te sientes presionado de qué es lo que vas a estudiar. Porque todo lo estás viendo.

Karina relata que en el primer año no tuvo buena relación con las y los residentes de psiquiatría, pues en lugar de enseñarle, criticaban lo que hacía mal y la regañaban. No obstante, con los de neurología no tenía problema, se sentía apoyada por ellas(os). Relata que unas R3 de psiquiatría la difamaron:

[...] llegué a tener un problema con unas residentes que ahora serían R4, pero entonces eran R3, que insistían en que yo era súper mala. Y andaban por todo el hospital pidiendo quién les dijera que yo era la peor. Y los de neuro me decían: “es que me vinieron a preguntar, pero ¿qué les pasa?: haces bien tu trabajo, estás bien”. Fui a hablar con el doctor Collado y le dije: “solo quiero saber si podría yo terminar en algún problema por esto, porque solo es la percepción de ellas”. No hay ninguna queja de nadie más. Él me dijo: “no, no les hagas caso”. Y ya, les dejé de hacer caso y ya. Al siguiente año se volvieron R4 y desaparecieron. El contacto fue mucho menor [...].

La residencia para Karina ha implicado cambios en su vida, ganar menos dinero, levantarse temprano, “aceptar un trato de niño chiquito” al recibir castigos, lo que describió como estresante. Explicaba que, aunque ella era tres años mayor que las y los residentes de más años, ellos mandaban y eso no era agradable.

El regreso al orden hospitalario implicó un desequilibrio emocional y social para Karina, en la tabla 1 se presenta el testimonio en extenso, subdividido en segmentos que reflejan los procesos sinuosos en la formación de la identidad profesional y la desadaptación en una comunidad de práctica en el ámbito hospitalario.

TABLA 1

Testimonio

Vivir con depresión	El primer año me costó un buen de trabajo emocionalmente. Había tenido dos episodios de depresión o tres, no me acuerdo. Y entré a la residencia. Me empezó a dar mucha ansiedad. Creo que relacionado con los cambios de horario y de repente no dormir y así. Me tuvieron que cambiar el tratamiento. Estuve un rato, al principio, que me estaba sintiendo muy mal por eso. Me cambiaron el tratamiento y estuve bien.
Acoso sexual	Luego de eso, tuve otro episodio depresivo en febrero. Entre enero y febrero casi acabando el R1, porque tuve una situación desagradable en el aspecto sexual con un residente de aquí. Y me deprimí mucho. Ya estaba con ideas de muerte, con muchísima ansiedad [...]
Tratamiento psiquiátrico	Hasta que dejé de rotar aquí y un psiquiatra de otro hospital se acercó a mí y me dijo: “Te ves muy mal, qué está pasando?” Empecé a hablar con él. Me ajustó el tratamiento, estoy en terapia con él.

(CONTINÚA)

Develar la medicación al jefe	Me estuvo ofreciendo opciones de cómo manejar las cosas. Pero me dijo él: “yo te recomiendo que hables con tu jefe de psiquiatría y le digas que estás pasando por un episodio. Que estás viniendo con un psiquiatra que te pone tratamiento y todo, para que no vaya a haber malentendidos. Es muy frecuente que los residentes se automediquen. Para que sepan que no lo estás haciendo”. A mí me pareció algo muy maduro. Dije: ok.
El encuentro con el jefe y la falta de apoyo	Entonces me acerqué al doctor Collado y le dije, oiga, doctor, le quería decir, literal, lo mismo. Y respondió súper mal. Me contestó: “¿y cuando hiciste tu entrevista dijiste que tenías episodios depresivos?” [el proceso de selección para entrar a una residencia incluye una entrevista con un grupo de médicos adscrito a la sede elegida–] Y yo pensé, qué tiene que ver eso. Dije, “no sé, ¿por qué?” Me dice: “bueno, yo no soy la persona con la que deberías hablar. Creo que deberías hablar esto con Enseñanza para que ellos evalúen si es el lugar correcto para que estés haciendo tu especialidad”. Fue, ¡¡qué pedo!! (<i>¡¡¡¿qué le pasa?!!!</i>). Te estoy diciendo que estoy deprimida, y ¿qué?
Ocultamiento de la depresión y el acoso	Después de esa aproximación pensé, no puedo decir nada, ni siquiera les puedo decir que me estoy sintiendo mal. Ese tema –el acoso sexual– del residente de aquí lo he tenido que manejar aparte. No hay apoyo, además aprendí que mi mente es mi problema. Del hospital saben [del acoso sexual] dos amigos. Y ahorita que te estoy diciendo a ti. Nunca le había dicho a nadie del hospital. Desde ahí ha sido muy difícil. Ha sido difícil estar aquí, ha sido difícil encontrarme a esta persona [el presunto acosador] frecuentemente. Luego me anda siguiendo, me manda mensajes. Estoy estacionada y me empieza a rondar mientras estoy estacionando el coche.
Resiliencia y el manejo posterior	En el R2 me fracturé la pierna. Me dieron tres meses de incapacidad. Y ya no quería regresar. Decía, no. Me genera mucha ansiedad estar ahí, en esa situación, no quiero. Pero al final dije, voy a darle la oportunidad de volver y ver qué tal. Regresé y al final de la historia me gusta mucho lo que hago y no veo por qué yo tengo que cambiar mi vida por una situación así. No ha sido fácil. En el fondo, la vida del hospital es infeliz [risas]. Todos están infelices y todos están enojados. Todos estamos cansados. Entonces es como, alguien quíteme trabajo. Siento que eso pasa todo el tiempo.

Fuente: elaboración propia a partir de la sistematización de entrevista.

Discusión

¿Cuál es la trama de los acontecimientos narrados? El relato hilvana los detalles complejos de los ambientes clínicos de aprendizaje, nos habla sobre las interacciones entre el contexto institucional, el aprendizaje en y durante el trabajo clínico y el desarrollo individual. Las dificultades y

oportunidades que experimenta Karina exponen un entramado de pistas para comprender la formación en el campo médico.

Por un lado, Karina habla de un proceso medianamente fluido en el acceso a la formación, menciona que durante el internado obtuvo una beca, que cuando decidió entrar a su especialidad logró ingresar en su primer intento y en la sede que eligió. Situación que contrasta con la crisis en la disponibilidad de los campos clínicos para la enseñanza (León-Bórquez, Lara-Vélez y Abreu-Hernández, 2018). Además, narra que durante la residencia tuvo acceso a múltiples comunidades de práctica, lo que le permitió enfrentar las evaluaciones con holgura debido a que experimentaba el conocimiento en la práctica clínica cotidiana “ni siquiera te sientes presionado de qué es lo que vas a estudiar. Porque todo lo estás viendo”. Estas características de interacción y acceso conforman un enfoque de aprendizaje expansivo. No obstante, su relato también expone una serie de situaciones que en conjunto constituyen un ambiente particularmente restrictivo, enmarcado en relaciones de poder, inserto en el campo médico que se caracteriza por fomentar y naturalizar la cultura del abuso en contra de las y los estudiantes (Castro y Villanueva, 2018).

Las primeras interacciones de Karina durante la residencia dan cuenta del proceso de transición a los que son sometidos las y los médicos en formación, quienes después de haber estudiado de seis a siete años de medicina son despojados de su identidad y ubicados en el escalafón más bajo de la jerarquía. Es este proceso liminal entre lo uno y lo otro (Turner, 2007), donde las y los estudiantes pierden los atributos obtenidos y en palabras de Karina “nos tratan como niños chiquitos”.

En su caso, además, es descalificada por una compañera de mayor grado “Insistía que yo era super mala”, no solo hay un señalamiento, sino un proceso de difamación donde la residente mayor intenta exponer las supuestas deficiencias de Karina incluso con las y los médicos de otras disciplinas. Distintos estudios que abordan al chisme señalan que sirve como una forma de transmitir y fortalecer normas sociales; esparcir rumores sobre Karina tiene como fin delimitar la membresía al grupo y ejercer poder (Vázquez, 2008). Se trata de un acto malicioso, que es ignorado por las autoridades, pero que genera un clima de agresión y estrés a las y los residentes de nuevo ingreso. Estas microviolencias que implican ajustes afectivos en la socialización entre ellos(as) han sido reportadas en otras investigaciones, como situaciones frecuentes, en donde prevalece una actitud de indiferencia de

las autoridades (Underman y Hirshfield, 2016). Asimismo, esta situación habla de las relaciones intragénéricas y las expresiones de violencia. Vázquez (2008) hace un interesante análisis de la violencia de género y la vinculación con el chisme, señala que puede ser utilizado por hombres y mujeres como una forma de maltrato común entre mujeres y puede propiciar situaciones de violencia como un “mecanismo de contraempoderamiento que impone límites a las aspiraciones de las mujeres, y un vehículo que reproduce la ideología hegemónica de género” (Vázquez, 2008:140).

Además, Karina y sus compañeras(os), que ingresan a las residencias médicas se introducen en un entorno de trabajo que ha sido reconocido con altos factores de riesgo para desarrollar trastornos mentales debido al aumento de carga de trabajo; con turnos impredecibles; relaciones problemáticas y conflictos con personas mayores, colegas y personal subalterno; acoso laboral y falta de cohesión en el trabajo de equipo (Rajasekar y Krishnan, 2021). Sin embargo, no hay un abordaje preventivo que monitoree su salud mental; en cambio, hay un proceso de estigmatización por revelar un trastorno depresivo (Goffman, 2010; Wallace, 2012). De acuerdo con Goffman (2010), el estigma hace referencia a un atributo profundamente desacreditador. El proceso de estigmatización sucede durante las interacciones sociales, cuando la identidad social actual de un individuo –es decir, los atributos que posee– dejan de satisfacer las expectativas sociales, es un proceso en el que la reacción de los demás estropea la “identidad normal” (Goffman, 2010). Funciona gracias a la valoración de los pares, las instituciones y la aceptación de los individuos de ese estigma (Wallace, 2012).

Estudios previos han descrito cómo en la cultura de la medicina y de su formación se enseña a las y los médicos a dar baja prioridad a su propia salud (Carr, 2008). Hacer pública su vulnerabilidad, puede tener como consecuencia reducir las oportunidades de crecimiento profesional, pues se asume que la salud mental refleja su competencia (Thompson, Cupples, Sibbett, Skan *et al.*, 2001). Padecer depresión o ansiedad es consecuencia de la fragilidad, y en este caso, es responsabilidad de Karina (Wallace, 2012). Siguiendo esta lógica, el doctor Collado la interpela: “¿y cuando hiciste tu entrevista dijiste que tenías episodios depresivos?”, la enfermedad mental es vista como una falla moral (Myers, 1994) y un medio para ejercer maltrato institucional.

En este camino tortuoso, Karina se enfrenta además a la agresión sexual de un compañero, quien insiste en acosarla. Múltiples investigaciones han

reportado que las médicas son las principales víctimas de las agresiones sexuales, particularmente el acoso y hostigamiento. Además, se ha descrito que la mayoría no denuncia por temor a represalias (Binder, García, Johnson y Fuentes-Afflick, 2018). Particularmente la violencia sexual ha sido legitimada y normalizada en los espacios educativos. Este tipo de agresiones de género se conjuga con la construcción del “habitus médico” que se adquiere durante la formación profesional e incluye esquemas de percepción y apreciación que son producto de la incorporación de relaciones de poder (Castro y Villanueva, 2018:553).

Lo que atraviesa el relato de Karina es la falta de respuesta de la institución, la indiferencia y revictimización. La impunidad desempeña un papel importante en el proceso de silenciamiento y normalización de las relaciones de poder, de subordinación debido al género y los ambientes de aprendizaje restrictivos. Las y los residentes y profesionales de la salud perciben que no hay apoyo de sus superiores y de las instituciones cuando reportan episodios de abuso. Como explican Castro y Villanueva (2018:558): “Esta impunidad a veces descansa en mecanismos de denuncia circulares, donde las quejas deben ser resueltas por los mismos actores que ejercen el maltrato”. Las interacciones que fomentan las relaciones de poder funcionan como prácticas disciplinarias para mantener el orden jerárquico del campo médico, asegurando que “las víctimas se acostumbren a ser abusadas y la asuman como algo normal de su quehacer, dependiendo de su posición en el campo médico” (Castro y Villanueva, 2018:562). En el marco interaccional de las relaciones sociales estructuradas por jerarquías descansa la diferencia en la posesión de capitales simbólicos: maestro(a)-estudiante, residentes avanzadas(os)-residentes que inician, especialistas-médicas(os) generales, personal médico-personal de enfermería, personal de salud-pacientes, etc. Según la especialidad médica, el género, la clase y otras interseccionalidades, las relaciones de poder y el abuso se manifiestan de manera distinta, de ahí que en la comprensión de las dinámicas microsociales emerjan posibilidades de transformación.

La última parte del testimonio de Karina genera una pregunta clave: ¿por qué continua en la residencia a pesar del sufrimiento? Ella resiste porque le da sentido a su sufrimiento a partir del futuro prometido. Como explica Bourdieu (1986), los grupos están comprometidos estratégicamente en una competencia continua por beneficio real y simbólico en aras de las generaciones presentes y futuras (Nash, 1990). Soporta porque es la

única forma de obtener un título médico. Las y los médicos saben que el sufrimiento llegará a buen puerto “es el precio que hay que pagar por formar parte del campo” (Castro y Villanueva, 2018:559).

En la formación de especialistas existen articulaciones y tensiones entre los elementos que configuran el espacio social, y las y los residentes, según la posición que ocupan, tienen capitales y recursos para jugar en el campo de acuerdo con sus intereses (Bourdieu, 2005b:12). En el marco de la disposición biomédica de la atención a la salud existen consensos y disensos, aliadas(os) y adversarias(os), que establecen relaciones que potencian o limitan la acción. Estas redes de conocimientos, formas de organizaciones e interacciones en acontecimientos situados activan los mecanismos para los cursos de las tramas y sus desenlaces. En el caso de Karina, ella encontró en el campo médico no solo un ambiente adverso para su pleno desarrollo profesional y personal, sino también grupos y personas dispuestas a apoyarla para salir adelante ante las dificultades concretas por las que transitaba. Es el caso de la solidaridad mostrada por las y los residentes de la especialidad de neurología, así como el apoyo psiquiátrico que recibió de un profesor en una rotación externa a su sede. En el primer caso dentro del hospital y en el segundo fuera de la sede, pero en el marco de su campo de especialidad. Este tipo de relaciones explican, en parte, la decisión de Karina de no desertar, no abandonar el campo de juego en el que proyectó su futuro profesional.

A pesar de que las estructuras del campo condicionan su paso por la residencia, Karina utiliza su agencia para interpelar situaciones concretas atadas a un contexto jerarquizado marcado por relaciones de poder. Si bien hay una serie de situaciones sistémicas que hacen del espacio clínico un ambiente hostil para el aprendizaje, la reflexión de Karina abre la posibilidad de rechazar el marco categórico de la cultura del abuso, esto no modifica las prácticas y percepciones al interior de las residencias, pero cuestiona su normalidad: “No ha sido fácil. En el fondo, la vida del hospital es infeliz [risas]. Todos están infelices y todos están enojados”. Hay un juego entre la acción libre y la estructura condicionante, donde la subjetividad de Karina utiliza pequeñas estrategias de resistencia (Archer, 1995) y la institución intenta socavar esas expresiones.

Pero, ¿por qué las instituciones participan y perpetúan contextos de aprendizaje restrictivos? Una de las razones es que el proceso de disciplinamiento, a través de los espacios restrictivos de aprendizaje, produce

prestadoras(es) de servicios dóciles útiles para el sistema de salud: “La disciplina aumenta las fuerzas del cuerpo [en términos económicos de utilidad] y disminuye esas mismas fuerzas [en términos políticos de obediencia]” (Foucault, 2002:83). Las situaciones narradas constituyen tecnologías de disciplinamiento que el campo utiliza para hacer que Karina sea un recurso útil en la práctica médica. Su relato da cuenta de cómo las relaciones de poder y de género en la formación médica se presentan en una serie de situaciones estratégicas que son cotidianas y en todo momento. Es un poder constante, cronológico y espacial que determina al sujeto (Herrera Urizar, 2019) y conforma espacios particularmente hostiles para el aprendizaje.

Conclusiones

El caso de Karina constituye una observación microscópica que permite develar cómo se entretajan las subjetividades en las interacciones que generan ambientes clínicos de aprendizaje en las residencias médicas. Observamos contrastes importantes, es decir, no solo hay un espacio adverso para el aprendizaje, pues parte de su relato plantea un entorno propio y rico para formarse, como las oportunidades de práctica o la atención a las y los pacientes. No obstante, en su trayectoria por la residencia prevalecen experiencias que coartan su desarrollo pues el abuso de poder, las expresiones de sexismo, violencias y la omisión de las autoridades, la afectan e incluso inciden en su salud mental. Un elemento interesante es que el ambiente restrictivo está marcado por el abuso entre residentes de distintos rangos y la tolerancia de las autoridades. Las prácticas fuera del currículum formal, el chisme, el estigma, el acoso sexual y la omisión forman parte del currículum oculto y desempeñan un papel fundamental en la construcción de significados y valores dentro de los espacios clínicos de aprendizaje (Cacchiarelli San Román, Eymann, Roni y De Cunto, 2020).

La narrativa de Karina devela un ambiente clínico de aprendizaje restrictivo, adverso para la formación y propicio para la expresión sistemática de la violencia de género que se expresa de manera individual, colectiva, cultural y estructural. En su narrativa se va entretajando una serie de experiencias de maltrato realizadas por sus pares y por las autoridades. Se articula con un tema transversal, ya descrito en la literatura, respecto del deterioro de la salud mental de las y los residentes, el proceso de estigmatización, la tensión que los espacios hostiles provocan en la trayectoria formativa y la persistencia de la violencia de género. La violencia en el

espacio de formación no es un evento aislado, forma parte de un ciclo generalizado que es endémico entre todos los niveles de formación y práctica (Baldwin, Daugherty, Rowley, 1996; Jacobs, Bergen, Korn, 2000; Robertson y Long, 2019).

Un punto clave que aporta el testimonio es la constatación de que las distintas formas de violencia se pueden presentar de manera simultánea y que justo su manifestación entreteje un ambiente propicio para que se reproduzca. Funciona porque hay un proceso en el que el abuso en contra de las y los estudiantes se produce gracias a la transmisión de la cultura de la medicina desde las facultades de medicina, las actitudes de las y los compañeros de trabajo (estudiantes y personal de salud) y las expectativas y respuestas de los sistemas y organizaciones de atención. En otras palabras, “la violencia no es solo el resultado de las fuerzas externas y la actividad interpretativa de los individuos, sino que resulta de la coincidencia entre la historia –estructuras sociales objetivas del campo médico– y el habitus –estructuras incorporadas en los médicos” (Castro y Vázquez, 2008:598).

Los ambientes con un enfoque expansivo favorecen el aprendizaje profundo, la creación de oportunidades y sobre todo redefinen los objetivos, herramientas y estructuras sociales que median la interacción durante la formación médica. Modificar los ambientes restrictivos implica un cambio en las actitudes y comportamientos individuales e institucionales. Por lo tanto, generar estrategias para la prevención y atención de la violencia requiere cambios en la cultura médica y de las instituciones que conforman el campo. Diversas propuestas se han enfocado en modificar los ambientes tolerantes al maltrato, identificando concretamente las situaciones de abuso de poder, a las y los perpetradores, el orden de género y las modalidades de la estructura jerárquica. Sugieren que para abatir el maltrato es necesario que haya discusiones públicas del tema, procesos de empoderamiento de las y los estudiantes y revisión constante del currículum oculto que sostienen esta forma de interacción (Angoff, Duncan, Roxas y Hansen, 2016). En concordancia con este abordaje y a la luz de los hallazgos de este estudio, se considera que cualquier estrategia que pretenda incidir en el abuso durante la formación médica debe considerar la participación de las instituciones para evitar la reproducción del maltrato, y generar estrategias continuas y a largo plazo en las que la violencia de género y otras violencias no se perciban como una dificultad individual, sino como un problema de la comunidad y las prácticas culturales de cada entorno.

Agradecimientos

Esta investigación fue financiada por la Universidad Nacional Autónoma de México, gracias al apoyo recibido para el proyecto de investigación “Análisis interpretativo de narrativas en el contexto clínico de salud mental” IN305320 (DGAPA-PAPIIT).

Referencias

- Álvarez, Carmen y San Fabián, José (2012). “La elección del estudio de caso en investigación educativa”, *Gazeta de Antropología*, vol. 28, núm. 1. Disponible en: https://www.ugr.es/~pwlac/G28_14Carmen_Alvarez-JoseLuis_SanFabian.pdf (consultado: 16 de octubre 2022).
- Angoff, Nancy; Duncan, Laura; Roxas, Nichole y Hansen, Helena (2016). “Power day: addressing the use and abuse of power in medical training”, *Journal of Bioethical Inquiry*, vol. 13, núm. 2, pp. 203-213. <https://doi.org/10.1007/s11673-016-9714-4>
- Archer, Margaret (1995). *Realist social theory*, Cambridge: Cambridge University Press.
- Baldwin, D. C. Jr; Daugherty, S.; y Rowley, B. (1996). “Residents’ and medical students’ reports of sexual harassment and discrimination”, *Academic Medicine*, vol. 71, núm. 10, pp. S25-7. <https://doi.org/10.1097/00001888-199610000-00034>
- Binder, Renee; García, Paul; Johnson, Bonnie y Fuentes-Afflick, Elena (2018). “Sexual harassment in medical schools: the challenge of covert retaliation as a barrier to reporting”, *Academic Medicine*, vol. 93, núm. 12, pp. 1770-1773. https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000002302_
- Blancas Akaki, José Luis y Bárcena López, Joaquín (2018). “Formación de médicos especialistas en México”, *Educación Médica*, vol. 19, núm. 3, pp. 36-42. <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2018.03.007> (consultado: 20 de febrero 2022).
- Bourdieu, Pierre (1986). *Distinction. A social Critique of the judgement of taste*, Massachusetts: Harvard University Press Cambridge.
- Bourdieu, Pierre (2005a). *La dominación masculina*, Barcelona: Anagrama.
- Bourdieu, Pierre (2005b). “La escuela como fuerza conservadora: desigualdades escolares y culturales”, en P. de Leonardo (ed.), *La nueva sociología de la educación*, Ciudad de México: El Caballito, pp. 103-129.
- Cacchiarelli San Román, Nicolás; Eymann, Alfredo; Roni, Carolina y De Cunto, Carmen L. (2020). “Aproximación al currículum oculto a través de la medicina narrativa en la formación de estudiantes de medicina”, *Archivos Argentinos de Pediatría*, vol. 118, núm. 4, pp. 290-294. <http://dx.doi.org/10.5546/aap.2020.290>
- Carr, Gary (2008). “Physician suicide – a problem for our time”, *Journal of the Mississippi State Medical Association*, vol. 49, núm. 10, pp. 308-312.
- Castro, Roberto (2014). “Pautas de género en el desarrollo del *habitus* médico: los años de formación en la escuela de medicina y la residencia médica”, *Salud Colectiva*, vol. 10, núm. 3, pp. 339-351.

- Castro, Roberto y Vázquez, Verónica (2008). “La universidad como espacio de reproducción de la violencia de género. Un estudio de caso en la Universidad Autónoma de Chapingo”, *Estudios Sociológicos*, vol. 26, núm. 78, pp. 587-616.
- Castro, Roberto y Erviti, Joaquina (2015). *Sociología de la práctica médica autoritaria. Violencia obstétrica, anticoncepción inducida y derechos reproductivos*, Cuernavaca: Universidad Nacional Autónoma de México-Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias.
- Castro, Roberto y Villanueva, Marcia (2018). “Violencia en la práctica médica en México: un caso de ambivalencia sociológica”, *Estudios Sociológicos*, vol. 36, núm. 108, pp. 539-569. <https://doi.org/10.24201/es.2018v36n108.1648>
- Cleland, Jenifer; MacLeod, Anna y Ellaway, Rachel (2021). “The curious case of case study research”, *Medical Education*, vol. 55, núm. 10, pp. 1131-1141. <https://doi.org/10.1111/medu.14544>
- Colenbrander, Laura; Caser, Louise y Haire, Bridget (2020). “‘If you can’t make it, you’re not tough enough to do medicine’: A qualitative study of Sydney-based medical students’ experiences of bullying and harassment in clinical settings”, *BMC Medical Education*, vol. 20, núm. 1, pp. 1-12. <https://doi.org/10.1186/s12909-020-02001-y>
- Derive, Stéphanie; Casas Martínez, María de la Luz; Obrador, Gregorio; Villa, Antonio y Contreras, Daniela (2018). “Percepción de maltrato durante la residencia médica en México: medición y análisis bioético”, *Investigación en Educación Médica*, vol. 7, núm. 26, pp. 35-44. <https://doi.org/10.1016/j.riem.2017.04.004>
- Foucault, Michel (1970). *La arqueóloga del saber*, Ciudad de México: Siglo XXI Editores.
- Foucault, Michel (2002). *Vigilar y castigar*, Buenos Aires: Siglo XXI Editores.
- Fuller, Alison y Unwin, Lorna (2003). “Learning as apprentices in the contemporary UK workplace: creating and managing expansive and restrictive participation”, *Journal of Education and Work*, vol. 16, núm. 4, pp. 407-426. <https://doi.org/10.1080/1363908032000093012>
- Goffman, Erving (2010). *Estigma. La identidad deteriorada*, Buenos Aires: Amorrortu.
- Gómez Dantés, Octavio; Sesma, Sergio; Becerril, Víctor M.; Knaul, Felicia M; Arreola, Héctor y Frenk, Julio (2011). “Sistema de salud de México”, *Salud Pública de México*, vol. 53, suppl. 2, pp. s220-s232.
- Hammersley, Maryn y Atkinson, Paul (2007). *Ethnography. Principles in practice*, Londres/ Nueva York: Routledge.
- Hamui, Alicia (2016). “¿Cómo analizar las narrativas del padecer?: construcción de una propuesta teórico-metodológica”, *Revista CONAMED*, vol. 21, núm. extra. 2, pp. 60-65.
- Hamui, Alicia; Hernández, Fernando; Gutiérrez, Samuel; Castro, Senyasen; Lavalle, Carlos y Vilar, Pelayo (2014). “Correlaciones entre las dimensiones de los ambientes clínicos de aprendizaje desde la percepción de los médicos residentes”, *Gaceta Médica de México*, vol. 150, núm.2, pp. 144-153.
- Herrera Urizar, Gustavo Cristóbal (2019). “El cuerpo disciplinado y el ocaso de la libertad: Análisis del hospital psiquiátrico y la escuela en el pensamiento de Michel Foucault”,

- Sincronía*, núm. 75, pp. 104-128. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=513857794005> (consultado: 20 de febrero de 2022).
- Jacobs, Charlotte; Bergen, Merlynn y Korn, David (2000). "Impact of a program to diminish gender insensitivity and sexual harassment at a medical school", *Academic Medicine*, vol. 75, núm. 5, pp. 464-469. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/00001888-200005000-00017>
- La Parra, Daniel y Tortosa, José (2003). "Violencia estructural: una ilustración del concepto", *Documentación Social*, núm. 131, pp. 57-72.
- Lempp, Heidi y Seale, Civile (2004). "The hidden curriculum in undergraduate medical education: qualitative study of medical students' perceptions of teaching", *BMJ*, núm. 329, pp. 770-773. <https://doi.org/10.1136/bmj.329.7469.770>
- León-Bórquez, Ricardo; Lara-Vélez, Víctor y Abreu-Hernández, Luis (2018). "Educación médica en México", *FEM: Revista de la Fundación Educación Médica*, vol. 21, núm. 3, pp. 119-128. <https://dx.doi.org/10.33588/fem.213>.
- Mattingly, Cheryl y Garro, Linda G. (1994). "Introduction: Narrative representations of illness and healing. Social Science and Medicine", *Social Science & Medicine*, vol. 38, num. 6, pp. 771-774. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(94\)90149-X](https://doi.org/10.1016/0277-9536(94)90149-X)
- Myers, M (1994). "Psychiatric illness in physicians: Let's get rid of the stigma", *Humane Medicine*, vol. 10, núm. 1, pp. 9-11.
- Nash, Roy (1990). "Bourdieu on education and social and cultural reproduction", *British Journal of Sociology of Education*, vol. 11, núm. 4, pp. 431-447. <https://doi.org/10.1080/0142569900110405>
- Organización Panamericana de la Salud (2011). *Residencias médicas en América Latina*, serie La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas, núm. 5, Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/HRS-SerieAPSNo5-Residencias.pdf> (consultado: 3 de febrero 2022).
- Ortiz-León, Silvia; Jaimes-Medrano, Aurora; Tafoya-Ramos, Silvia; Mujica-Amaya, María; Olmedo-Canchola, Víctor y Carrasco-Rojas, José (2014). "Experiencias de maltrato y hostigamiento en médicos residentes", *Cirugía y Cirujanos*, vol. 82, núm. 3, pp. 290-301.
- Rajasekar, Geetha y Krishnan, Ramakrishnan (2021). "Mental health of medical practitioner", *Indian Journal of Psychological Medicine*, vol. 43, núm. 4, pp. 279-285. <https://doi.org/10.1177/02537176211006874>
- Reissman, Catherine (1993). *Narrative analysis*, Londres: Sage Publications.
- Robertson, Jennifer y Long, Brit (2019). "Medicine's shame problem", *The Journal of Emergency Medicine*, vol. 57, núm. 3, pp. 329-338. <https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2019.06.034>
- Rodríguez, Gregorio; Gil, Javier y García, Eduardo (1996). *Metodología de la investigación cualitativa*, Málaga: Ediciones Aljibe.
- Silver, Henry y Glicken, Anita (1990). "Medical student abuse: incidence, severity, and significance", *Journal of the American Medical Association*, vol. 263, núm. 4, pp. 527-532. <https://doi.org/10.1001/jama.1990.03440040066030>

- Thompson, William; Cupples, Margaret; Sibbett, Caryl; Skan, Delia y Bradley, Terry (2001). "Challenge of culture, conscience, and contract to general practitioners' care of their own health: qualitative study", *BMJ*, núm. 323, p. 728. <https://doi.org/10.1136/bmj.323.7315.728>
- Turner, Victor (2007). *La selva de los símbolos*, México: Siglo XXI.
- Underman, Kelly y Hirshfield, Laura (2016). "Detached concern? Emotional socialization in twenty-first century medical education", *Social Science & Medicine*, vol. 160, pp. 94-101. [10.1016/j.socscimed.2016.05.027](https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.05.027)
- Vázquez, Verónica (2008). "El chisme y la violencia de género: en búsqueda de vínculos", en R. Castro y I. Casique (comps.), *Estudios sobre cultura, género y violencia contra las mujeres*, Cuernavaca: Universidad Nacional Autónoma de México-Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias, pp. 139-172.
- Vignolo, Julio; Vacarezza, Maricela; Álvarez, Cecilia y Sosa, Alicia (2011). "Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud", *Archivos de Medicina Interna*, vol. 33, núm. 3, pp. 7-11.
- Wallace, Jean (2012). "Mental health and stigma in the medical profession", *Health*, vol. 16, núm. 1, pp. 3-18. <https://doi.org/10.1177/1363459310371080>

Artículo recibido: 22 de marzo de 2022
Dictaminado: 26 de septiembre de 2022
Segunda versión: 18 de octubre de 2022
Aceptado: 8 de noviembre de 2022