

Resistencias ante las experiencias de violencia en las residencias médicas.

Resistances to experiences of violence in medical residencies.

Tania Vives-Varela¹, María Alejandra Sánchez-Guzmán^{2*}, Liz Hamui-Sutton³, Francisco Paz-Rodríguez⁴.

¹ Tania Vives Varela, Secretaría de Educación Médica, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México; vivesvarela@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-1833-3976>.

² María Alejandra Sánchez Guzmán, División de Estudios de Posgrado, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México; alesanguz@yahoo.com.mx, <https://orcid.org/0000-0001-6625-8010>

³ Liz Hamui Sutton, División de Estudios de Posgrado, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México; lizhamui@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-3190-4470>

⁴ Francisco Paz Rodríguez, Laboratorio de Neuropsicología Clínica, Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía. Ciudad de México, fpaz@innn.edu.mx, <https://orcid.org/0000-0003-4424-7067>

*Correspondencia: alesanguz@yahoo.com.mx

Recibido: 13/10/24; Aceptado: 19/11/24; Publicado: 21/11/24

Resumen: Las residencias médicas avalan la formación y preparación académica y humana de los futuros especialistas. Sin embargo, las agresiones en el entorno de la educación del médico parecen ser parte inherente de sus interacciones intrahospitalarias durante su entrenamiento. Si el médico en formación vive y observa los malos tratos en la relación con sus profesores y pares lo asimila como una forma de comportamiento y de dominación. Sin embargo, la dominación difícilmente es total, porque en su ejercicio aparecen grietas, espacios que dejan lugar al despliegue de estrategias de microresistencias. El propósito de este trabajo es reconocer las microresistencias que surgen entre los residentes en respuesta a los actos de violencia resultantes de las interacciones altamente jerarquizadas que experimentan durante su formación como médicos especialistas. Se llevó a cabo un estudio cualitativo mediante la técnica de grupos focales. Los resultados muestran cuatro dimensiones generales 1) abuso de poder, 2) mecanismos de control, 3) desconsideración de la enseñanza y el aprendizaje y 4) mordaza ante la denuncia, que dan cuenta de las experiencias en torno a la violencia que viven los residentes durante su formación. Se concluye que birlar, reír y callar fueron las microresistencias de los residentes ante los agravios vividos, las cuales se ubicaron en un juego energético de control en constante tensión y contradicción; sin embargo, permitió que los residentes no desistieran de la residencia y continuaran en su camino para lograr ser médicos especialistas.

Palabras clave: Residencias médicas, violencia, microresistencias, educación médica.

Abstract: Medical residencies endorse the academic and human training of future specialists. However, aggression within the medical education environment seems to be an inherent part of intrahospital interactions during training. If a medical trainee experiences and observes mistreatment in their relationships with professors and peers, they may internalize it as a behavioral norm and a form of domination. Yet, domination is rarely absolute, as cracks often appear, creating spaces for the deployment of micro-resistance strategies. The aim of this study is to identify the micro-resistances that emerge among residents in response to acts of violence stemming from the highly hierarchical interactions they encounter during their specialist training. A qualitative study was conducted using focus group techniques. The results revealed four general dimensions: 1) abuse of power, 2) control mechanisms, 3) disregard for teaching and learning, and 4) silencing of complaints, which highlight the experiences of residents with violence during their training. It is concluded that evading, laughing, and remaining silent were the micro-resistances used by the residents in response to the

abuses they experienced. These strategies were situated within a dynamic and contradictory power struggle, which allowed the residents to persist in their residency and continue on the path to becoming specialist doctors.

Keywords: Medical residencies, violence, micro-resistances, medical education

1. Introducción

Las residencias médicas avalan la formación y preparación académica y humana de los futuros especialistas. Sin embargo, la violencia (entendidas como las acciones que atentan contra la integridad física o moral de un individuo) en el entorno de la educación del médico parece ser parte inherente de las interacciones intrahospitalarias durante el entrenamiento (1). En el ámbito médico se concibe que un cierto nivel de intimidación y humillación en las interacciones durante la formación son necesarias para preparar al médico en una profesión difícil (2). Dichas interacciones se establecen en estructuras altamente jerárquicas que son mecanismos efectivos para la realización de labores complejas como las que suceden en las instituciones de salud (3). Un elemento que determina las posiciones jerárquicas es el número de años que ha cursado el residente, quienes tienen menos años como estudiantes presentan el rol temporal de ser aprendices, de buscar los espacios de práctica y aprendizaje durante el trabajo asistencial, así como, la retroalimentación de quienes tienen mayor grado (4). Este tipo de relaciones son proclives a devenir en desigualdades y abuso de poder que dan pie a la violencia. Los principales responsables de los actos de violencia hacia los residentes han sido los mismos compañeros con jerarquías superiores y médicos de base (5-6).

Un estudio realizado en México refiere que el 87 % de los especialistas reportan por lo menos una experiencia de violencia en su formación médica y hasta el 50.46 % refiere haber vivido violencia psicológica (1), cuyos efectos adversos son mucho mayores que los de la violencia física, como consecuencias el 89% reporta burnout, el 71% depresión, el 78% ansiedad y 58% mala atención a los pacientes; lo anterior interfieren y reduce el aprendizaje (principalmente en las especialidades quirúrgicas) (5); también tienen consecuencias en la salud mental y en la relación médico-paciente (1, 7). Otro tipo de violencia que se manifiesta frecuentemente es la académica como las guardias de castigo y la negación de la enseñanza. La exposición prolongada y repetida a la violencia crea un cambio cualitativo que conduce a diversos padecimientos emocionales que derivan en servicios médicos de baja calidad (5-6).

Si los residentes en formación viven y observan los malos tratos en la relación con sus profesores y con los médicos de mayor jerarquía, lo asimilan como una forma de comportarse, de disciplinarse, y de perpetuar el abuso de poder. Sin embargo, el disciplinamiento difícilmente es total, porque en su ejercicio aparecen grietas, espacios que dejan lugar al despliegue de estrategias de microresistencias (8) por parte de los residentes que serán expresadas en discursos, gestos y prácticas, visibles u ocultas para aquellos que ocupan posiciones de autoridad durante su proceso formativo (9). Para Foucault, el poder es difuso y relacional, donde éste se detenta también hay resistencia, la cual no siempre es para destruir el poder, es más bien, un intento de escape de la opresión (10). Scott habla de las experiencias cotidianas de microresistencias veladas, éstas son formas de resistencia menos organizadas, pueden ser ocultas, fuera de la escena pública; en las cuales, las expresiones de indignación, enojo y anécdotas de pequeñas rebeldías aparecen y pueden dar lugar a espacios alternativos donde se construyen nuevas formas de relaciones más horizontales (8, 10). De Certeau se focaliza en las prácticas y no en la conciencia o en las intenciones de los dominados, habla de "tácticas" como las maneras por las cuales los subordinados aprovechan los resquicios del sistema para aliviar su opresión (10).

Los médicos aprenden las reglas de cómo actuar para convertirse en residentes por medio del reconocimiento de los residentes de mayor jerarquía (11). Sin embargo, los estudiantes de menor jerarquía experimentan violencia, ante estos actos se construyen interrelaciones, comunidades y subjetividades alternativas y disidentes para lograr continuar y no desistir de la meta de ser médico especialista. El propósito de este trabajo es reconocer las microresistencias que surgen entre los

residentes en respuesta a los actos de violencia resultantes de las interacciones altamente jerarquizadas que experimentan durante su formación como médicos especialistas.

2. Método

Para indagar las experiencias de violencia y los mecanismos de microresistencias los cuales se establecen de manera relacional y están nutridos de emociones, se abordó este estudio cualitativo con herramientas de análisis dinámico, cimentadas en supuestos no lineales e interactivos que ofrecen una visión de carácter fenoménico y procesual del modo en que los residentes construyen su visión de la realidad social (12). Las manifestaciones de microresistencias generalmente no son públicas, se rastrean en las prácticas y en los modos discursivos, idealmente en espacios fuera del poder establecido (10). Se utilizó la técnica de Grupos Focales (GF) que permitió un diálogo grupal auténtico y participativo en un clima que propició la participación equitativa, la autorreflexión y la captura de los momentos de convergencia y divergencia en las perspectivas de los residentes (13).

Con base en el estudio de Hamui y colaboradores en el año 2023 (14), se eligieron las especialidades que presentaron mayor prevalencia de violencia; éstas fueron Pediatría (P), Medicina Interna (MI), Ginecología (G), Cirugía (C). También se realizó en Oftalmología (O) porque las autoridades lo solicitaron, aunque ésta no fuera de las especialidades con mayor prevalencia de violencia. Se llevaron a cabo los GF con los residentes del Plan Único de Especializaciones Médicas (PUEM) de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México. Para la realización de los GF se solicitó a las autoridades de las sedes hospitalaria el permiso para llevarlos a cabo. Se invitó a participar de forma voluntaria a los residentes que cursaban el segundo año (R2) quienes contaban con más de un año de experiencia durante la residencia y con pares de menor y mayor jerarquía. El protocolo de este estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Investigación de la Facultad de Medicina de la UNAM con número: FM/DI/011/2022.

Para la elaboración de la guía semi estructurada de los GF, los investigadores involucrados (equipo multidisciplinario conformado por dos psicólogos con estudios de posgrado en psicología y en educación médica, una historiadora con posgrado en sociología y una abogada con estudios de posgrado en estudios de género y antropología), de manera colegiada consensaron las preguntas. Se retomaron como categorías apriorísticas (15) los tipos de violencia, las manifestaciones, los perpetradores, los momentos durante la residencia de mayor violencia, los actos de denuncia formales, las consecuencias y las acciones y prácticas ante los actos de violencia (Anexo 1).

Las sesiones de los GF se llevaron a cabo en las sedes clínicas donde los residentes se encontraban realizando su especialidad, en aulas con las condiciones de privacidad para que los entrevistados se expresaran con apertura. Los GF se dividieron en grupos de solo hombres y de solo mujeres para que se sintieran con más confianza para hablar. La conducción fue por parte del grupo de investigadores responsables quienes eran externos a las instituciones hospitalarias, sin ninguna relación académica ni laboral con los residentes. Las sesiones fueron audio grabadas con el consentimiento informado de las personas que participaron. Durante el presente estudio, los investigadores involucrados mantuvieron un constante diálogo sobre las subjetividades implicadas en el proceso de investigación, así como, en los aspectos contextuales que influían principalmente en la toma de decisiones metodológicas (16).

Como un primer nivel de análisis de los datos, se transcribieron los audios de los grupos focales, se realizó una codificación abierta para explorar los datos, crear códigos y conceptos. Posteriormente se procedió con la codificación axial para identificar las posibles conexiones entre los datos (17) y finalmente se triangularon los datos de las diferentes especialidades médicas para encontrar similitudes y diferencias. En un segundo nivel de análisis, se retomó el concepto de microresistencias (8,11) como un marco referencial para releer los testimonios y develar las posibles disidencias de los médicos en formación ante la violencia vivida. El enfoque de las resistencias desde la década de 1980 ha impactado en varias disciplinas para realizar estudios históricos, antropológicos, análisis de las empresas y la vida cotidiana (10).

3. Resultados

Se realizaron 10 grupos focales, dos en cada una de las especialidades de pediatría, ginecología y obstetricia, medicina interna, cirugía y oftalmología, con 68 participantes en total (ver tabla 1). Se llevaron a cabo en un periodo de 9 meses, de junio de 2023 a enero de 2024, con la totalidad de residentes de cada institución. La duración fue aproximadamente de una hora con veinte minutos para cada GF. Los entrevistados se expresaron con apertura para narra sus experiencias y su sentir. Se llegó al punto de suficiencia al reconocer la calidad de las entrevistas grupales, la idoneidad de la estrategia de análisis y, por lo tanto, la riqueza de los datos obtenidos (18).

Tabla 1. Características de los grupos focales

Especialidad médica	Número de participantes
Ginecología	10 mujeres 5 hombres
Medicina Interna	8 mujeres 10 hombres
Pediatría	9 mujeres 10 hombres
Oftalmología	6 mujeres 2 hombres
Cirugía	6 mujeres 2 hombres
Total de participantes	68 residentes

Los testimonios de los residentes de las distintas especialidades sobre las experiencias de violencia fueron coincidentes. Sin embargo, se encontraron narraciones con mayor intensidad en la carga emocional expresada acompañadas de ejemplos que enfatizaban con más viveza lo experimentado. En el siguiente cuadro (tabla 2) se encuentran las principales experiencias de violencia y se señalan (con una x) las especialidades en las cuales dicha expresividad fue más marcada.

Tabla 2. Principales experiencias de violencia por especialidad médica.

Dimensión	Principales manifestaciones de la violencia	Ginecología	Medicina Interna	Pediatría	Oftalmología	Cirugía
Abuso de poder	Humillaciones de médicos adscritos a residentes y pacientes	x	x	x	x	x
	Dificultad en los canales de comunicación	x		x		
	Imposición de injusticias	x	x	x		
	Desvalorización de las labores de los residentes			x		x
	Estigmatización	x		x		
	Inclusión y exclusión de actividades del servicio y de los procedimientos	x	x			x

	Guardias de castigo	x	x			
Mecanismos de control	Repetición de los castigos hacia los de menor jerarquía	x	x			
	Represalias económicas		x			
	Comunicación doble vincular	x		x		
	Peticiones en horas de descanso	x	x			
Desconsideración de la enseñanza y el aprendizaje	Pocos espacios formales de aprendizaje			x	x	
	Aprendizaje autodidacta	x	x	x		
	Aprendizaje por rebosamiento	x	x	x	x	x
	Prioridad al trabajo administrativo			x	x	
	Falta de capacitación para la utilización de manuales y procedimientos			x		
	Escasa realimentación efectiva	x	x	x		
Mordaza ante la denuncia	Pocos espacios de denuncia efectivos	x	x	x		
	Respuestas contraproducentes de las autoridades	x	x			
	Ante las quejas y denuncias no se hacen cambios significativos	x	x	x	x	x
	Respuesta ante el escándalo			x		

Del análisis se extrajeron cuatro dimensiones generales 1) abuso de poder, 2) mecanismos de control, 3) desconsideración de la enseñanza y el aprendizaje y 4) mordaza ante la denuncia, las cuales no son tajantes ni excluyentes pero son útiles para comprender la complejidad de las experiencias en torno a la violencia que vivieron los residentes durante su formación como médicos especialistas y las microresistencias que establecieron para mitigar las consecuencias y no desistir de lograr sus metas académicas y laborales.

La primera dimensión, denominada "abuso de poder", se identificó en todas las especialidades (ver Cuadro 2) y se refirió al dominio injusto ejercido por los médicos de mayor jerarquía hacia los de menos rango. En estas relaciones, los estigmas, los castigos y la exclusión de los espacios de aprendizaje fueron frecuentes. Por lo anterior, los R2 consideraron dichas interacciones como abusivas, caracterizadas por imposiciones injustas, humillaciones (principalmente verbales) y venganzas. También los R2 percibieron que sus labores fueron poco valoradas a pesar de ser fundamentales para la atención médica, principalmente en los contextos de saturación asistencial; esta situación desalentó a los entrevistados porque concibieron la residencia como un "paso amargo" para conseguir un mejor porvenir. Un residente de MI y uno de P comentaron:

A veces piensas que los seis años que pasaste en medicina no sirvieron para nada porque te tratan como si no supieras nada, te da depresión.

Haces todo tu mayor esfuerzo, lo mejor que puedes, resuelves muchas situaciones, y no lo ven, sólo lo critican, no se reconoce nada

En relación con las humillaciones, cuando algún médico (principalmente adscrito) era especialmente agresivo y violento con alguien por cualquier característica personal (sexo, preferencia sexual, apariencia física, entre otras), los estudiantes buscaban la manera de evitar que dichas personas (los más violentados) tuvieran interacción con el agresor; en su lugar acudía otra persona

para impedir que el nivel de violencia fuera muy elevado. Lo anterior fueron actos de protección entre los compañeros (microresistencias). Una residente de MI lo expresó:

... a mí me tocó con puros hombres... sí intentaron protegerme. Entonces yo no estuve con ese médico de base [especialmente agresivo con las mujeres], pero era porque ya todos sabíamos cómo era, entonces [sus pares] le decían: "no, tú no vas con él" y solo pasaban puros hombres con él.

La dimensión "mecanismos de control" se acentuó en las especialidades de MI y GO (ver Cuadro 2), se constituyó principalmente de presiones para perpetuar los castigos, represalias económicas, de mensajes contradictorios, peticiones injustas con consecuencias para todo el grupo, y de amenazas a la exclusión de espacios de aprendizaje.

En cuanto a las presiones para repetir los castigos, los R2 y R3 (a pesar de no desear refrendar las conductas violentas), tuvieron que reprender a los R1 de formas similares a las que ellos vivieron cuando eran R1; si no lo hacían eran señalados por los R3 y médicos adscritos como personas sin carácter ni decisión, y sin la autoridad que les correspondía mostrar como R2 ante los demás. Dos residentes de GO expresaron:

Considero que muchos de los comportamientos que adquirieron mis R3 contra nosotros, son los que tenemos que presentar con los R1, porque eventualmente ellos [R3] nos recriminan si no los tenemos... si nosotros tuvimos un castigo cuando éramos R1, ahora [que son R2] tenemos que repetir y castigar a los R1 de igual manera... dejando tareas o inclusive permitiendo que se queden más tiempo [guardias de castigo que implicaban la privación de necesidades básicas como el sueño, el descanso y la adecuada alimentación]... lo queramos o no

...te someten ante una cadena de maltrato, los R4 hicieron lo mismo, si nosotros no reprendemos igual somos mal vistos, pero no es sólo entre residentes, ya hay un pacto entre adscritos, se presiona al R4 y así sucesivamente, viene desde arriba este tipo de maltrato, ya que muchos se formaron en este hospital y así sucesivamente, hasta el último eslabón que sería el R1

También hubo represalias económicas hacia los R1 y R2 por parte de los R3 y médicos adscritos. Al no responder adecuadamente ante la resolución de un caso clínico u otro tipo de demandas durante la atención de los pacientes, los residentes tenían que depositar dinero en una alcancía llamada "el puerco", un residente de MI lo explicó:

Hay una alcancía a la que le llaman "el puerco" para respuestas ante preguntas académicas equivocadas. Tienes que pagar 5 o 10 pesos al "puerco... si los médicos preguntan y alguien no contesta bien tienes que pagar... yo trato de esconderlo para que la verdad, aunque se cometa el error que se cometa, nadie pague nada... muchos son extranjeros, no traen dinero.

Ante la obligación de perpetuar los castigos, la microresistencia por parte de los R2 fue tratar de subvertirlos, para ello, trataron de no hacer visibles los errores de los compañeros R1 y R2 para evitar tanto los regaños como el pago monetario, principalmente protegieron a los compañeros que su situación económica era más desfavorecida.

También se encontraron mensajes contradictorios (doble vinculares) por parte de los médicos de mayor jerarquía, que colocaban a los R2 en situaciones atrapantes. Cualquier acción que tomaran (hablar, callar, preguntar, hacer o no hacer, entre otras) era errónea y señalada; los siguientes testimonios de residentes de G dan cuenta de ello:

Las palabras textuales de los residentes de mayor jerarquía: dinos, aunque está mal te vamos a regañar, pero dinos, si está pasando algo y no nos enteramos te vamos a regañar, pero si está pasando algo te vamos a regañar, y aunque no sea tu culpa, tú tienes la culpa

Los entrevistados expresaron que en horarios de descanso estaban obligados a atender por el WhatsApp peticiones de los médicos de mayor jerarquía (como preguntas relacionadas con casos

clínicos) porque si no lo hacían, había consecuencias para todo el grupo de R2. El siguiente testimonio de un residente de GO lo ejemplifica:

...hay veces que aunque sea un día largo, como aquí en la residencia termina en la tarde, una vez terminando pues cada quien hace su vida, es su tiempo y cada quien decide lo que hace, pero con el uso de las nuevas tecnologías de WhatsApp...también hay formas de hostigar de los R+ porque estamos en grupos de WhatsApp en común, ayer pasó que los R+ mandaron un mensaje y dieron un minuto para contestar, quien no conteste habrá castigo, a veces estamos saliendo de guardia, no hemos dormido y este tipo de acoso que he vivido, y esto induce que mis compañeros o compañeras me tengan que marcar para despertar, casi casi, y dices ¿qué pasó?, -es que si no contestabas ahorita iba a haber un castigo-, entonces ese tipo de acoso fuera de las horas laborales, es algo que estamos sufriendo y viviendo, a veces los ignoramos pero siempre es el mismo castigo.

La inclusión y exclusión de actividades del servicio y de los procedimientos médicos fue un arma que los docentes usaban para manipular, controlar y someter a los residentes. El impedir que los R2 acudieran a dichos espacios de alto valor para el aprendizaje y mermar las posibilidades de práctica, mantuvo a los residentes con una sensación de vulnerabilidad.

...lo malo es cuando se lo toman en contra de ti, como que te ignoran, o te quitan el procedimiento, te hacen menos, pero eso ya viene de los adscritos, que tienen un roce contigo, o que no actuaste como ellos querían, y pues ellos te quitan procedimientos y para estar en un lugar en donde vienes todos los días, exponiéndote, madrugando, e incluso a costa de tu salud, que nos quiten el procedimientos... se han dado casos que los adscritos tienen un enojo con un R3, los ignoran y les quitan actividades quirúrgicas y al no operar les están dando en donde más les duele...se crea una forma hostil de trabajo

La principal forma de resistir ante lo expuesto en los párrafos anteriores fue construir espacios alternos de convivencia (fuera de las sedes clínicas) para hablar de lo que les ocurría, desahogar los sentimientos experimentados, darse aliento y consuelo; criticar las acciones impuestas y en ocasiones apelar al sentido del humor para construir una narrativa de los sucesos en la cual los actos de violencia eran colocados en posiciones absurdas. Dos residentes de P, expresaron:

Nos abrazamos, lloramos y terminamos riéndonos de lo que pasa aquí, es absurdo, muy absurdo...

Salimos, nos vemos fuera del Hospital para desahogarnos, platicar de lo que nos pasa, de cómo nos sentimos, de cómo vemos las cosas, lloramos y nos reímos, nos ayuda, nos quita el estrés.

En cuanto a la dimensión nombrada “desconsideración de la enseñanza y el aprendizaje”, ésta fue más notoria en la especialidad de P (ver Cuadro 2), se refirió a la carencia de los procesos educativos estructurados que les impidió a los R2 concebir la residencia como un espacio de formación y crecimiento como médicos especialistas. Los residentes expresaron indignación y frustración porque las instituciones hospitalarias no les demostraron una responsabilidad y compromiso para que contaran con espacios formales de enseñanza y aprendizaje. No encontraron actividades proyectadas y diseñadas para cubrir los programas académicos (los cuales señalaron como obsoletos en algunos temas): No obtuvieron capacitación ni supervisión para evitar cometer errores; la realimentación se ciñó a señalar los errores enfrente de los demás y no fueron evaluados durante los procedimientos que realizaron. El aprendizaje que lograron fue de manera autodidacta y por rebosamiento durante la sobredemanda de atención médica. Dos residentes de O uno de C expresaron:

...creo que muy poco, o sea... casi no los vemos [a los profesores] para la enseñanza, o sea, como que sus pensamientos son: como ustedes ya son adultos, pues ya háganse cargo de lo que tienen que hacer, ¿no? Si quieren estudiar, estudien, si quieren investigar, investiguen...”

“...lo importante es el miedo, como somos una especialidad clínico quirúrgico, pues sí es delicado, por los láseres, y sí pueden salir mal, nos dejan muy libres, y no hay nadie que te enseñe de la manita, o alguien

que te enseñe para lo delicado que puede llegar a ser ese procedimiento, y pueden ocurrir accidentes, y han sucedido...”

“Estás debajo de la lupa, si te equivocaste, te llaman la atención enfrente de todos...se presenta cuando hay más R+. Principalmente en la reunión donde están todos presentes “en el cuartito”, esto conlleva a que lo hiciste mal una vez, piensan que lo haces mal siempre”.

En ocasiones el trabajo administrativo (que no les correspondía realizar) les mermó tiempo para la atención a los pacientes, para su práctica o para el descanso. Dos comentarios de residentes de C hablan de ello:

“Es un hospital que exigen demasiados trámites y que todo sea muy lento, por ejemplo una adscrita de anestesiología nos estuvo rechazando una cirugía durante todo el turno nocturno, excusándose que está ocupada, que no quería recibir paciente, esto nos limita en nuestra práctica y hace que el paciente no tenga su beneficio, no solo depende de nosotros sino de otros servicios como anestesiología, enfermería, de cualquier directivo, porque son muchas cosas [trámites] para pasar a un paciente a quirófano, sobre todo con los de anestesia”

Como microresistencia ante la falta de enseñanza formal, durante sus horas de labores dentro de los hospitales, los residentes buscaron espacios (aunque breves) para comentar entre ellos los casos o preguntarse algunas dudas, intentaron cubrir parcialmente la falta de espacios académicos. Una residente de P expresó:

Te tratas de poner a estudiar tú solo o buscas con tus compañeros hacer algo, te juntas en el tiempo libre para hacernos preguntas entre todos, para aprender, es la responsabilidad de uno, pero que no te den casi nada en la residencia, ¡no está bien!

En relación con la dimensión “mordaza ante la denuncia”, se enfatizó en la especialidad de GO (ver Cuadro 2), implicó las dificultades de los residentes para denunciar y señalar las situaciones de violencia y acoso que ocurrieron durante su formación como especialistas. Los residentes evitaron hacer denuncias porque los canales de comunicación con las autoridades fueron poco confiables, dichos espacios de manifestación los encontraron poco efectivos y resolutivos, generalmente les daban respuesta ante el escándalo, pero no se hacían cambios significativos para evitar la violencia. En algunas sedes, el denunciar les resultó contraproducente; expresar y visibilizar los comportamientos inadecuados conllevó a represalias contra los residentes o contra toda una generación. Al manifestar la inconformidad, la respuesta institucional fue un mensaje de advertencia para no ejercer dicho derecho. Los residentes de G comentaron lo siguiente:

[Si los residentes se quejan o denuncian] te vuelves el chillón, el mal agradecido, el que no puede enfrentar las cosas, no hay respuesta, te sientes expuesto y vulnerable”

“No te hacen caso, al contrario [las autoridades] se lo toman mal, como si tú fuera el del problema”.

[Ante una denuncia] no solo se informa al agresor, sino a todos los demás que lo respaldan, pasa a ser un chisme...y se llega a meter escritos contra los que metieron un escrito...”

“No te hacen caso, al contrario [las autoridades] se lo toman mal, como si tú fuera el del problema”.

En la mayoría de los casos, los residentes optaron por no denunciar, resistieron con el silencio ante lo que ocurría a la vista de casi todos. Un residente de G comentó:

...para sobrevivir a la residencia tuvimos que abstenernos de meter un escrito [envío de un documento que refería actos de abuso por parte de un médico adscrito] hacia una persona en particular...

Al momento de que se hizo público que íbamos a meter el escrito [se refiere a la queja del comportamiento de un médico adscrito], ¡no lo hicimos, eran peores las represalias!

Las limitaciones del estudio versan en que sólo se utilizó un método y una estrategia de recolección de los datos, sin embargo, la indagación por medio de los grupos focales permitió encontrar la profundidad del fenómeno en los testimonios encontrados.

Discusión

Los móviles que impulsan las microresistencias son los ultrajes morales que sufren los dominados (8). En este sentido, los actos violentos de los médicos de mayor jerarquía afectaron a los residentes, quienes generaron microresistencias para no abandonar su meta de convertirse en médicos especialistas. Cabe el cuestionamiento de ¿cómo configuraron dichas microresistencias los residentes ante la violencia vivida durante su proceso formativo? Se intenta dar respuesta a la pregunta con la noción de que ésta no es una contestación acabada porque las interpretaciones son contextuales y están abiertas a revisiones y recontextualizaciones (19). Los testimonios dieron cuenta de que en algunos discursos, actos y prácticas -en ocasiones visibles, en otras ocultos ante los perpetradores-, los residentes disfrazaron cierto quiebre del discurso de poder dominante, lo cual les dio una autonomía relativa que les permitió continuar en su formación médica.

Para De Certeau, las microresistencias se deben concebir y develar en las prácticas más que en las conciencias (20). En los testimonios se destacó la treta de evitar el contacto del perpetrador con los compañeros que eran más violentados (por cualquier característica personal como sexo, preferencia sexual, apariencia física, entre otras), fueron actos de protección poco estructurados, que se llevaron a cabo en el momento y de manera improvisada, los residentes establecieron una dinámica grupal de movimiento, de juego sin un instructivo preestablecido. En esta dinámica no buscaban denunciar lo que ocurría en el sistema, ni derrocar al perpetrador (8), se trataba de salir del paso, birlar al agresor; sin que éste se diera cuenta se suplantaban los turnos, acudía al encuentro con el agresor los menos proclives a ser violentados. De esta manera no sólo cuidaban al más vulnerable (desde la óptica del perpetrador), también se procuraban como grupo, ya que la violencia observada en un compañero también generaba un ambiente restrictivo para el aprendizaje (14).

Al tener que repetir las conductas violentas para demostrar estar a la altura de ser R2, se encontraron dos reacciones, por un lado, se respondió a una forma de reconocimiento de los residentes de mayor jerarquía (11) y una forma de autodisciplinarse para perpetuar este modo de interacción que caracteriza a la residencias; por el otro, los residentes desplegaron microresistencias ante dicha demanda; cubrían las respuestas incorrectas de sus compañeros (principalmente de los R1), para evitar que tuvieran que pagar una cuota "al puerco" o tener que regañarlos (de la misma manera como los R2 fueron reprendidos). Dicha microresistencia les abonaba una cuota de solidaridad, fue una manera de expresar sin palabras la injusticia de ser castigados ante un error, cuando lo que deberían recibir ante las fallas era una realimentación que les permitiera aprender.

Es frecuente que las microresistencias se den en espacios particulares, donde se supone que el poder no lo abarca todo, no coloniza la conciencia subalterna (21). Los residentes en su escaso tiempo libre se frecuentaban en lugares fuera de las sedes hospitalarias (restaurantes, cafeterías, bares), allí lo convertían en un espacio catártico donde expresaban abiertamente el descontento, el llanto y la frustración por los momentos de violencia vividos. Con palabras de aliento y abrazos se demostraban la empatía y el acompañamiento. Era frecuente el sentido del humor, éste les permitió renovar sus ideas y prácticas, fue una manera de subversión a los discursos hegemónicos (22). Narrar las situaciones de violencia para llevarlas a un extremo de lo absurdo, las descolocaba y transformaba la indignación en risas que aliviaban la frustración. De acuerdo a los posicionamientos de Nietzsche, la risa podría ser un acto de resistencia potente porque presenta un poder destructor de lo establecido, para soportar lo que la vida conlleva en su tragedia constitutiva (23).

En la mayoría de los casos, las consecuencias de denunciar la violencia ante las autoridades les resultaban contraproducentes. Por ello, los residentes optaron por no denunciar, utilizaron el aparente silencio como una forma de microresistencia. En este contexto, la microresistencia no

consistía en soportar la violencia, sino en evitar que surgieran mensajes y prácticas aún más intimidatorias que convertían el derecho a denunciar en un círculo de doble vínculo (24), del cual no había salida. Fue un juego energético con el control en constante tensión y contradicción.

Birlar, reír y callar fueron las tácticas que se encontraron en los testimonios de los residentes ante los agravios vividos, lo relevante ante dichas microresistencias no es tanto las consecuencias sino el potencial transformador que pueden tener (20). En este sentido, ¿qué logran transformar los residentes en estos actos de microresistencia? puede ser una pregunta pertinente para futuros estudios. A manera de vislumbrar una posible ruta de indagación, el siguiente testimonio de un residente de MI alude a la posibilidad de romper la concepción de que un cierto nivel de intimidación y humillación durante la formación es necesario para preparar al médico para una profesión difícil (2).

Somos otra generación de los adscritos, no buscamos lo mismo, no es necesario todo esto [se refiere a los actos de violencia] para llegar a ser especialista, tenemos otras formas, no es necesario estar mal, sentirnos mal, tratar mal o los demás...

Los residentes se concibieron como una generación distinta que buscaba otras formas de hacer y de interacción, lo que puede poner al margen la posibilidad de un cambio. Para Miller "...ni los rebeldes ni los opresores son monolíticos ni se advierten claramente sus contornos (10). Foucault plantea que las microresistencias no tienen que ser grandes movimientos revolucionarios; pueden ser gestos, discursos o prácticas que desafían, cuestionan o reconfiguran las relaciones de poder existentes; el poder se puede subvertir porque está en movimiento y es inestable" (25).

Los entornos restrictivos impiden las oportunidades de participación y de apoyo entre los compañeros residentes y limitan el aprendizaje (14). Los modelos negativos a seguir (los residentes de mayor jerarquía y médicos adscritos) pueden trastocar la ética y el profesionalismo de los médicos en formación, afectando principalmente a la empatía con los pacientes (26) Por ello, la literatura nacional e internacional ha dedicado un esfuerzo importante en generar y proponer algunas estrategias para reestructurar los ambientes hostiles de aprendizaje en la educación médica. Algunas sugerencias son: el acceso a servicios de salud mental, la supervisión adecuada, imparcial y permanente; hacer hincapié en la atención basada en el equipo en todos los niveles de formación, la estandarización en el acceso a prácticas clínicas y tutorías; espacios colegiados de atención expedita e imparcial a las violencias, y la reestructuración de las jerarquías disfuncionales (27-28).

5. Conclusiones

- Se develaron experiencias de violencia durante la formación de los residentes (R2) que se manifestaron principalmente en las relaciones de abuso de poder de los médicos adscritos y los residentes de mayor jerarquía, en la falta de estructura para las actividades educativas y en las pocas oportunidades de denuncia ante los abusos.
- Se establecieron dinámicas complejas y contradictorias de control y resistencia entre los residentes de las distintas jerarquías.
- El ambiente de aprendizaje tendió a ser restrictivo, creó ambivalencia en los residentes en sus posiciones en los servicios de atención y se limitaron las oportunidades de participación y práctica.
- Birlar, reír y callar fueron las microresistencias que se encontraron en los residentes ante los agravios vividos. Éstas se ubicaron en un juego energético de control en constante tensión y contradicción. Lo anterior permitió que los residentes no desistieran de la residencia y continuaran en su camino de lograr ser médicos especialistas.
- Algunas estrategias para reestructurar los ambientes de violencia son el acceso a servicios de salud mental, la supervisión adecuada, imparcial y permanente, espacios colegiados de atención expedita e imparcial a las violencias, y la reestructuración de las jerarquías disfuncionales.

Financiación: No hubo financiación.

Declaración de conflicto o interés: los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Contribuciones de los autores: en el diseño de la investigación, la metodología, la realización de los grupos focales, el análisis de los datos, las conclusiones, la discusión contribuyeron todos los autores. TV la redacción del manuscrito.

Referencias

1. Montes-Villaseñor E, García-González J, Sobeida Leticia Blázquez-Morales M, et al. Exposición a la violencia durante la formación profesional de los residentes médicos. *CienciaUAT*. 12(2): 54-66 (Ene - Jun 2018), <https://www.scielo.org.mx/pdf/cuat/v12n2/2007-7858-cuat-12-02-54.pdf>
2. Galli A, Gimeno G, Lobianco MD, et al. Maltrato en la formación médica: situación en las residencias de cardiología. *Rev argent cardiol*. 2020;88 (1):48-54. <https://doi.org/10.7775/rac.es.v88.i1.15783>
3. Villanueva M, Castro R. Sistemas de jerarquización del campo médico en México: un análisis sociológico. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2020;25(6):2377-2386. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.28142019>
4. Sánchez Guzmán MA, Hamui Sutton L, Paulo Maya A, et al. La formación clínica y la Identidad profesional: aprendiendo a ser psiquiatra, entre la docilidad y la aspiración. In: *Interacciones y Narrativas En La Clínica: Más Allá Del Cerebro*. 1º edición. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Medicina; 2022:161-204. <https://libros.facmed.unam.mx/wp-content/uploads/2022/08/Libro-Interacciones-y-narrativas-en-la-clinica1082022.pdf>
5. Derive S, Casas Martínez MD la L, Obrador Vera GT, R. Villa A, Contreras D. Percepción de maltrato durante la residencia médica en México: medición y análisis bioético. *Investigación en Educación Médica*. 2018;7(26):35-44. <https://doi.org/10.1016/j.riem.2017.04.004>
6. Freitas ML, Moisés D, Fernández R, González M. Violencia laboral en el programa de Especialización en Obstetricia y Ginecología: percepción del residente. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*. 2016;76 (2):85-92. <https://ve.scielo.org/pdf/og/v76n2/art03.pdf>
7. Tafoya SA, Jaimes-Medrano AL, Carrasco-Rojas JA, Mujica ML, Rodríguez-Machain AC, Ortiz-León S. Asociación del acoso psicológico con el desgaste profesional en médicos residentes de la Ciudad de México. *Invest. Educación Médica*. 2020;9(35):18-27. <https://doi.org/10.22201/facmed.20075057e.2020.35.20204>
8. Scott JC. *Los Dominados y El Arte de La Resistencia Discursos Ocultos*. 1st ed. Ediciones Era; 2000. www.edicionesera.com.mx
9. White J, Brownell K, Lemay JF, Lockyer JM. "What Do They Want Me To Say?" The hidden curriculum at work in the medical school selection process: a qualitative study. *BMC Medical Education*. 2012;12(1):17. <https://doi.org/10.1186/1472-6920-12-17>
10. Carrera J. La Noción de Resistencia Cotidiana o ¿una Vaga Ilusión de Autonomía? *Estudios de Historia de España* 2021; 23(1-2): 297-326. https://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/art_revistas/pr.15266/pr.15266.pdf
11. Butler J. *The Psychic Life of Power Theories in Subjection*. Stanford University Press; 1997.
12. Scandroglio B, López Martínez J, San José Sebastián MaC. La Teoría de la Identidad Social: una síntesis crítica de sus fundamentos, evidencias y controversias. *Psicothema*. 2008;20 (1):80-89. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72720112>
13. Kornbluh M. Facilitation strategies for conducting focus groups attending to issues of power. *Qualitative Research in Psychology*. 2023;20(1):1-20. <https://doi.org/10.1080/14780887.2022.2066036>
14. Hamui-Sutton L, Paz-Rodríguez F, Sánchez-Guzmán A, Vives-Varela T, Corona T. Violence and Clinical Learning Environments in Medical Residencies. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2023;20(18):6754. <https://doi.org/10.3390/ijerph20186754>
15. Charmaz K. Grounded Theory in the 21st Century: Applications for Advancing Social Justice Studies. In: N. K. Denzin, Y. S. Lincoln, eds. *The Sage Handbook of Qualitative Research*. 3rd ed. Sage Publications Ltd; 2005:507-535.
16. Olmos-Vega FM, Stalmeijer RE, Varpio L, Kahlke R. A practical guide to reflexivity in qualitative research: AMEE Guide No. 149. *Medical Teacher*. 2023;45(3):241-251. <https://doi.org/10.1080/0142159X.2022.2057287>

17. DeCuir-Gunby JT, Marshall PL, McCulloch AW. Developing and Using a Codebook for the Analysis of Interview Data: An Example from a Professional Development Research Project. *Field Methods*. 2011;23(2):136-155. <https://doi.org/10.1177/1525822X10388468>
18. LaDonna KA, Artino AR, Balmer DF. Beyond the Guise of Saturation: Rigor and Qualitative Interview Data. *Journal of Graduate Medical Education*. 2021;13(5):607-611. <https://doi.org/10.4300/JGME-D-21-00752.1>
19. Ortiz-Arellano E. Epistemología de la Investigación Cuantitativa y cualitativa: Paradigmas y objetivos. *Revista de Claseshistoria*. 2013;408:1-23. <http://www.claseshistoria.com/revista/index.html>
20. de Certeau M. *La Invención de Lo Cotidiano*. Universidad Iberoamericana; 1999.
21. Allen J. The New Culturalism of James Scott: A Third Option for Political Culture Theory. *Theoria: A Journal of Social and Political Theory*. 1999;(93):53-82. <http://www.jstor.org/stable/41802114>
22. Casado Muñoz I. El humor desde las ciencias sociales. El humor como herramienta resistencia en movimientos sociales; El caso del 15M. *Periferia Revista d'investigació i formació en Antropologia*. 2017;22(1):51. <https://doi.org/10.5565/rev/periferia.513>
23. de Santiago Guervós LE. La risa y el 'consuelo intramundano': El arte de trascenderse y superarse en Nietzsche. *Estudios Nietzsche*. 2001;(1):145-167. <https://doi.org/10.24310/EstudiosNIETen.vi1.8845>
24. Bateson Gregory. *Steps to an Ecology of Mind: Collected Essays in Anthropology, Psychiatry, Evolution, and Epistemology*. University of Chicago Press; 1972.
25. Foucault M. *Microfísica del poder*. 2nd ed. Madrid, España: La Piqueta; 1992.
26. Berger JT. Moral distress in medical education and training. *Journal of general internal medicine*, 2014; 29 (2): 395-398. <https://doi.org/10.1007/s11606-013-2665-0>
27. Leisy HB, Ahmad M. Altering workplace attitudes for resident education (A.W.A.R.E.): discovering solutions for medical resident bullying through literature review. *BMC Medical Education*. 2016;16(1):127. <https://doi.org/10.1186/s12909-016-0639-8>
28. Ullah R, Siddiqui F, Zafar MS. Bullying among healthcare professionals and students: Prevalence and recommendations. *Journal of Taibah University Medical Sciences*. 2023;18(5):1061-1064. <https://doi.org/10.1016/j.jtumed.2023.02.011>



© 2024 Universidad de Murcia. Enviado para su publicación en acceso abierto bajo los términos y condiciones de la licencia Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-Sin Obra Derivada 4.0 España (CC BY-NC-ND) (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).