

Me preparo para prevenir la violencia y el acoso en estudiantes de medicina en México

Silvia Lizett Olivares Olivares^{a,†,*}, José Francisco Gómez Zapata^{b,‡}, Cinthya Margarita Flores Félix^{c,§}, Andrés Castañeda Prado^{d,Δ}, Miriam Lizzeth Turrubiates Corolla^{a,Φ}, Ramón Ignacio Esperón Hernández^{e,ℓ}, Jorge E. Valdez-García^{a,◊}.

Facultad de Medicina



Resumen

El maltrato y acoso en estudiantes de medicina es un tema que requiere atención y prevención. Diversos estudios demuestran la necesidad de crear un ambiente de formación seguro dentro y fuera de las instituciones educativas a lo largo del programa, incluyendo escenarios clínicos y el servicio social. Una encuesta nacional distribuida en febrero de 2021 por la Asociación Mexicana de Médicos en Formación (AMMEF) y la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina (AMFEM) llegó a 2,458 estudiantes de universidades públicas (74.4%) y privadas (25.6%). La última sección incluyó preguntas

relacionadas con la violencia y el acoso. Como resultado el 40% de los participantes informó haber experimentado acoso sexual o violencia durante su formación médica. Se recomiendan cuatro acciones para empezar a prevenir y atender las condiciones de violencia y acoso: 1) orientar a la comunidad académica de los tipos de violencia, 2) contar con canales de denuncia confiables, 3) contar con mentoría a lo largo del programa, 4) contar con sociedades académicas. La intención de estas acciones es establecer protocolos y redes de soporte para que los alumnos cuenten con mecanismos para el autocuidado y denuncia de situaciones que pongan en peligro su sa-

^a Tecnológico de Monterrey, Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud, Mty., México.

^b Médico pasante en servicio social, Escuela de Medicina, Instituto de Estudios Superiores de Chiapas, Tuxtla Gutiérrez, México.

^c Médico pasante en servicio social, Universidad de Sonora, Hermosillo, México.

^d Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México, Cd. Mx., México.

^e Facultad de Medicina, Universidad Westhill, Cd. Mx., México. ORCID ID:

[†] <https://orcid.org/0000-0002-8311-9589>

[‡] <https://orcid.org/0000-0003-0029-2034>

[§] <https://orcid.org/0000-0002-5485-3573>

^Δ <https://orcid.org/0000-0002-0197-6764>

^Φ <https://orcid.org/0000-0003-3586-5250>

^ℓ <https://orcid.org/0000-0003-4632-7917>

[◊] <https://orcid.org/0000-0001-8828-720X>

Recibido: 12-julio-2021. Aceptado: 19-agosto-2021.

* Autor para correspondencia: Silvia Lizett Olivares Olivares. Av. Ignacio Morones Prieto 3000, Col. Los Doctores, 64710 Monterrey, N.L. Tel.: 81 88882072.

Correo electrónico: solivares@tec.mx

Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

lud física y emocional. Así mismo, las recomendaciones aquí planteadas buscan promover estándares que deben incorporarse en marcos de referencia de afiliación y acreditación como parte del Modelo Incremental de Calidad. No hay razón para esperar a cuidar lo más valioso de las escuelas de medicina: los estudiantes.

Palabras clave: *Violencia; acoso sexual; violencia de género; intimidación; estudiantes de medicina.*

Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Preparing to prevent acts of violence and harassment in medical students in Mexico

Abstract

The abuse and harassment of medical students is an issue that requires attention and prevention. Various studies demonstrate the need to create a safe learning environment inside and outside educational institutions throughout the program, including clinical settings and social service. A national survey distributed in February 2021 by the Mexican Association of Physicians in Training AMMEF (by its acronym in Spanish) and the Association of Mexican Faculties and Schools of Medicine AMFEM

(by its acronym in Spanish) reached 2,458 students from the public (74.4%) and private (25.6%) universities. The last section included questions related to violence and harassment. As a result, 40% of the participants reported experiencing sexual harassment or violence during their medical training. Four actions are recommended to prevent and address the conditions of violence and harassment: 1) Have orientation for the academic community on the types of violence, 2) Have reliable reporting channels, 3) Have mentoring throughout the program, 4) Have academic societies. These actions intend to establish protocols and support networks so that students have mechanisms for self-care and reporting situations that endanger their physical and emotional health. Likewise, the recommendations presented here seek to promote standards to be included in the affiliation and accreditation reference frameworks as part of the Incremental Quality Model. There is no reason to wait to take care of the most valuable asset in medical schools: the students.

Keywords: *Violence; harassment; gender violence; bullying; medical students.*

This is an Open Access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

INTRODUCCIÓN

El maltrato y acoso en estudiantes de medicina es un asunto que ha permanecido por años en el currículum oculto. El currículum oculto es lo que el estudiante recibe que nunca estuvo planeado ni esperado de forma intencional¹. Esta cultura de abuso contradice intenciones de educar estudiantes para una práctica con alto grado de profesionalismo, humanismo y sensibilidad cultural².

México, como país, se cataloga como un lugar de conflicto de baja intensidad generado por ciertos grupos sociales de la delincuencia organizada que cometen actos de violencia que atentan en ocasiones contra estudiantes o profesionales de la salud³. Si bien no está en guerra, las consecuencias pueden incluir muerte, lesiones físicas o mentales,

incapacidad, ausentismo, cierre de instituciones de salud, disminución o detrimento de la calidad de la atención médica. Esta situación de violencia social se hace especialmente evidente durante el servicio social, cuando los alumnos participan en comunidades vulnerables. Según el estudio de Rodríguez Sánchez⁴, el 83% de 88 encuestas a pasantes de la Licenciatura en Medicina, refirió ser víctima de violencia psicológica laboral durante la realización del servicio social, 45% del total señaló sufrir esa violencia con una intensidad de media a alta, y un 25% se calificó como víctimas de acoso psicológico laboral, en nivel alto o medio. Un estudio previo con 371 encuestados sobre el servicio social, los investigadores encontraron que el 12.6% de los médicos fue víctima de agresión física en al menos una ocasión,

mientras que el 24.2% fue víctima de amenazas, y el 33.1% lo fue de insultos en al menos una ocasión⁵. Los autores refieren que se incrementa el riesgo en zonas aisladas y en horarios nocturnos debido a la delincuencia y el crimen organizado.

Sin embargo, la situación de violencia y acoso no solo se encuentra instalada en las zonas rurales. En los entornos clínicos, los alumnos se encuentran ante circunstancias de maltrato por parte de los pacientes o sus familiares. Según un estudio con 234 estudiantes de residencias médicas, los pacientes fueron el grupo con mayor incidencia en maltrato mediante ofensas, microagresiones, acoso sexual o amenazas físicas⁶. Esto coincide con lo mencionado por Cervantes- Pérez³ quien establece que la causa de las situaciones de este grupo se debe a la insatisfacción por demoras en la atención, falta de medicamentos o falta de cumplimiento de expectativas de los pacientes o de las familias, mismas que no corresponde a los estudiantes resolver.

En lo estrictamente académico, en medicina y las profesiones de salud las estructuras jerárquicas de poder forman parte de la educación y se conceptualizan con un enfoque disciplinar que se reproduce de forma indefinida de una generación a otra, tal como sucede en la milicia⁷. El tema de maltrato de parte de los profesores también se presenta en algunos estudios, a través de humillaciones, menosprecio o microagresiones⁶.

Seguir perpetuando conductas tóxicas contradice los principios de responsabilidad social de las escuelas de medicina. Esta responsabilidad implica asegurar programas educativos que garanticen la seguridad, integridad física, la libertad, el desarrollo profesional, el cuidado de las emociones, la autonomía y las relaciones interpersonales congruentes con dichas

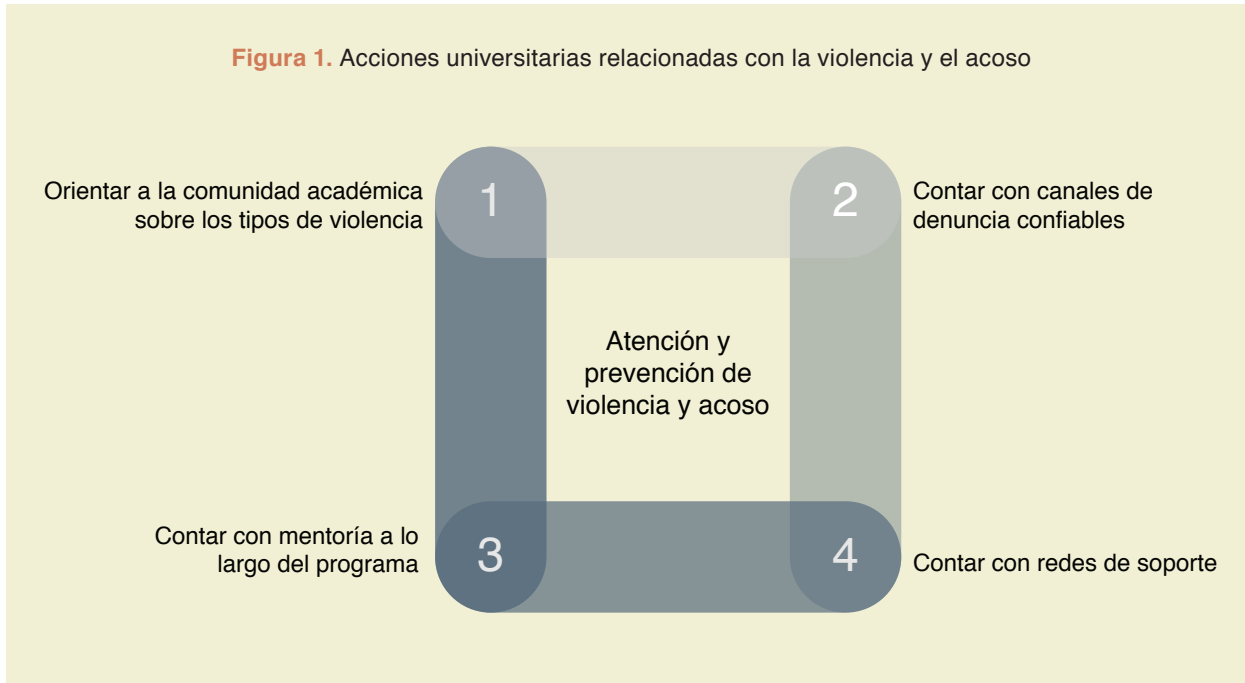
premisas⁸. Los educadores y líderes en el campo de la medicina debieran considerar a los estudiantes como médicos en formación y futuros colegas⁹, además de considerar que la Asociación Médica Mundial en la Declaración de Ginebra ha incluido a los maestros, colegas y alumnos en el compromiso jurado de respeto y gratitud hacia ellos, entendiendo que en una comunidad profesional todos aprenden de todos.

PERCEPCIÓN DE VIOLENCIA DEL PERSONAL EN FORMACIÓN EN MÉXICO

El presente trabajo se centra en identificar la percepción de los estudiantes sobre su vivencia en temas de violencia y acoso durante su formación como médicos. Una encuesta nacional distribuida en febrero de 2021 por el Colectivo de Médicos en Formación, la Asociación Mexicana de Médicos en Formación (AMMEF) y la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina (AMFEM) llegó a 2,458 estudiantes de universidades públicas (74.4%) y privadas (25.6%). La última sección incluyó preguntas relacionadas con la violencia y el acoso. Un total de 7 ítems con preguntas cerradas y abiertas solicitaron a los estudiantes sus experiencias y percepción sobre estos temas en entornos educativos y de formación clínica. Como resultado, el 40.5% de los participantes informó haber experimentado acoso o violencia durante su formación médica. El 74.0% de los que respondieron no estaban familiarizados con los protocolos adecuados en sus universidades para tratar los casos de violencia o acoso. El 26.0% reconoció su existencia, sin embargo, el 62.8% no tiene confianza en sus resoluciones. La **tabla 1** incluye los resultados de las variables medidas sobre la capacidad de las universidades para atender aspectos de seguridad e integridad de los estudiantes.

Tabla 1. Resultados sobre la percepción de los estudiantes para prevenir y atender aspectos de violencia y acoso

Ítem	Variable	Sí	No	No sé
1	Han sufrido violencia o acoso en la universidad o el campo clínico	40.5%	59.5%	
2	Se han sentido acosados o acosadas sexualmente durante su formación	40.2%	59.8%	
3	Conocen la existencia de protocolos para atender casos de acoso sexual o violencia	26.0%	20.2%	53.8%
4	La universidad puede resolver reportes sobre acoso o violencia	37.2%	62.8%	
5	La universidad modifica o supervisa condiciones del campo clínico por problemáticas de seguridad	32.6%	19.8%	47.6%
6	Conocen a quien recurrir en caso de sufrir violencia o acoso	42.7%	57.3%	

Figura 1. Acciones universitarias relacionadas con la violencia y el acoso**Tabla 2.** Tipos de violencia

Tipo de violencia	Alcance
Violencia psicológica	Maltrato por medio de expresiones, palabras o actitudes que impactan en emociones del estudiante
Agresión física	Maltrato al estudiante por medio de acciones que afectan su salud física, ya sea por privaciones a su libertad fisiológica o agravios a su persona que implican contacto físico
Violencia de género	Incluye los alcances de las dos anteriores, pero se refiere específicamente a ataques psicológicos o de contacto que se asocian por la condición de género o con intenciones sexuales

Los datos indican la urgencia de tomar acciones preventivas para proteger la integridad física y emocional de los estudiantes de medicina en México. Las recomendaciones se integran en diversas vertientes, como se muestra en la **figura 1**.

1. Orientar a la comunidad académica sobre los tipos de violencia.
2. Contar con canales de denuncia confiables.
3. Contar con mentoría a lo largo del programa.
4. Contar con redes de soporte.

ORIENTAR A LA COMUNIDAD ACADÉMICA SOBRE LOS TIPOS DE VIOLENCIA

Uno de los primeros pasos para la prevención es la educación de los estudiantes y los adultos de la detección de situaciones indeseables en el ambiente

académico y clínico¹⁰. En el estudio se realizaron preguntas a los estudiantes (1 y 2 de la **tabla 1**) en donde cerca del 40% refiere haber sido víctimas de violencia. Sin embargo, se hace relevante educar a los alumnos a distinguir el tipo de violencia para que lo denuncien oportunamente como se muestra en la **tabla 2**.

El estudio de Rodríguez Sánchez⁴ utilizan el concepto de violencia psicológica como una forma de maltrato, el cual sucede de forma sistemática sobre otra persona en el lugar de trabajo, de forma repetitiva y prolongada. Para las personas, estar expuesto al acoso puede tener graves implicaciones para la salud física y mental, incluyendo depresión, impotencia, ansiedad y desesperación, ideación suicida, quejas psicosomáticas y musculoesqueléticas, así como riesgo de enfermedad cardiovascular⁹.

En las escuelas de medicina, estos casos tienden a presentarse por parte de los profesores, jefes de enseñanza y/o autoridades de los entornos clínicos que, en lugar de fomentar un ambiente educativo para el desarrollo de competencias, conciben el entrenamiento como una forma de disciplinar a los estudiantes. En los ambientes académicos y de investigación suele presentarse la violencia psicológica atacando la identidad de la persona y provocando incomodidad o miedo^{4,6,7}.

La forma de distinguirla incluye algunas de las siguientes situaciones^{5,11,12}.

1. Ataque a la libertad de expresión o comunicación, limitando el discurso, diálogo, argumentación, acceso a superiores.
2. Ofensa a la persona a través de humillaciones, difamación, menosprecio o agresión verbal. Esto puede incluir aspectos discriminatorios por género, sexualidad, raza, etnia o religión. Ejemplos son: apodos, groserías, burlas, gritos, amenazas o diálogo en tercera persona como si no estuviera presente el estudiante. Otras agresiones indirectas pueden ser rotura o tachadura de documentos como notas médicas, y/o lanzar objetos personales o de trabajo.
3. Abuso de autoridad limitando descansos, beneficios o prestaciones. Otorgar asignaciones laborales o académicas radicalmente inferiores a la descripción de la posición y las capacidades de la persona, las cuales caen en una categoría de servilismo.
4. Aislamiento social por parte de individuos o grupos que dejan de interactuar con la víctima, ignorando su voz, participación o colaboración.

Otra forma de violencia implica la agresión física de la persona donde se considera afectación a la integridad física de forma temporal o permanente. Estas situaciones se presentan por abuso de poder o fuerza, que en cualquiera de los casos deja vulnerable al estudiante ante jerarquías superiores. Esto puede incluir^{5,10-12}:

5. Jornadas de trabajo excesivas fuera de los horarios establecidos o asignación de tareas imposibles de cumplir que derivan en cansancio extre-

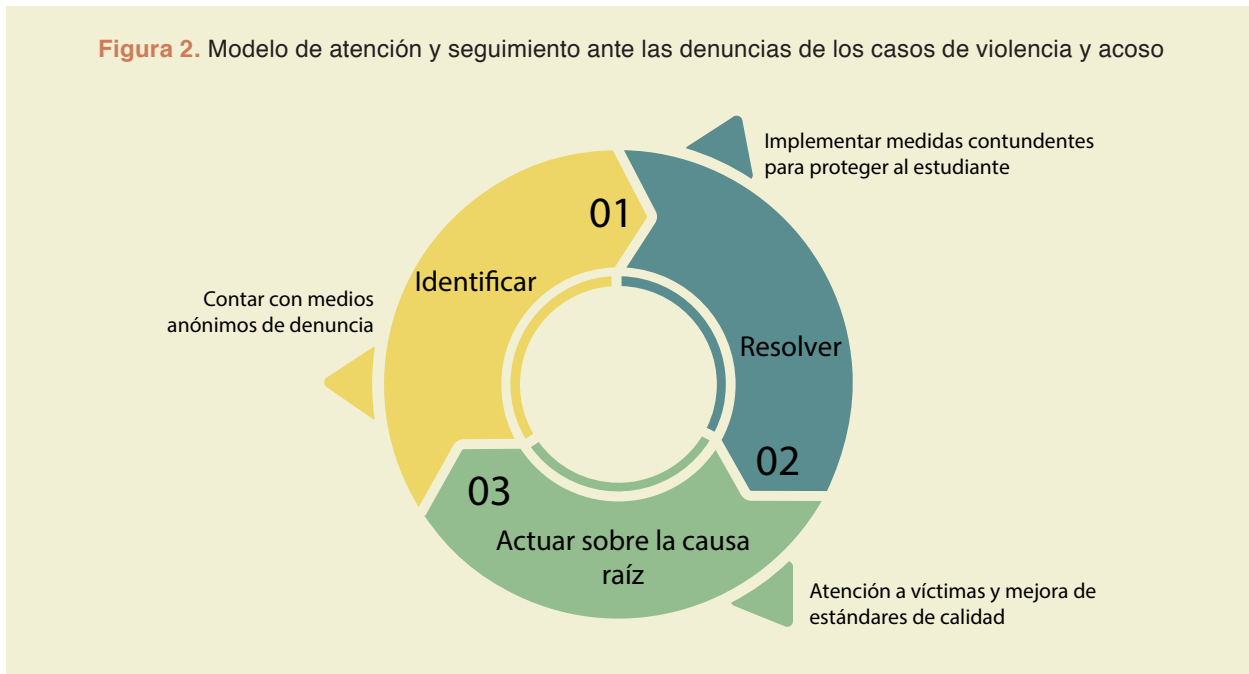
mo. En esta categoría se encuentran las guardias de castigo y la restricción de salidas del lugar de servicio de primera necesidad, como ir al baño o al comedor.

6. Comportamiento intencionado con empleo de la fuerza que produce daños físicos ocasionados por patadas, bofetadas, puñaladas, empujones, tiros, mordiscos o pellizcos.

Especialmente en las mujeres, el tema del maltrato y abuso se incrementa^{7,13}. Según el estudio cualitativo de Villanueva Lozano¹², existe exclusión en posiciones estereotipadas para el sexo masculino. Esto refiere a una expresión aumentada de acoso y violencia cuando se trata de las mujeres por el hecho de ser mujeres, lo cual se categoriza como un asunto de violencia de género¹⁴. El género comprende los factores y elecciones sociales, ambientales, culturales y de comportamiento que influyen la propia identidad y la salud de una persona¹⁵. Lo anterior se materializa en el momento que las alumnas se encuentran indefensas ante circunstancias de abuso de autoridad o fuerza¹⁶.

Algunas manifestaciones para detectar la violencia de género incluyen:

1. Expresiones de género relacionadas con la carencia de capacidades y/o falta en el desempeño.
2. Asignación de menores o mayores cargas de trabajo respecto al género opuesto de la misma jerarquía.
3. Menores retribuciones económicas, de beneficios, descansos y/o respeto de derechos por la condición de género.
4. Insinuaciones en público o privado en cualquier medio para solicitar favores sexuales.
5. Transmitir, grabar o compartir contenido sensible o íntimo sin el consentimiento de la persona.
6. Acercamiento físico intencionado que causa incomodidad en la víctima.
7. Acto físico sexual en situaciones donde la autoridad, jerarquía o poder está por encima del estudiante, aun cuando se argumente consentimiento.
8. Acoso sexual, el cual está tipificado como violencia sexual¹⁶.
9. Agresión o abuso sexual, independientemente de la jerarquía.

Figura 2. Modelo de atención y seguimiento ante las denuncias de los casos de violencia y acoso

Ante estas circunstancias, las Facultades y Escuelas de Medicina deben incorporar en sus procesos formativos competencias que favorezcan el dominio de la autoprotección y autocuidado⁸, así como el desarrollo de las competencias emocionales de los estudiantes¹⁷; que les permitan determinar comportamientos de prevención, alerta, respuesta, e inclusive recuperación ante situaciones de violencia o acoso.

Si bien todos los seres humanos cuentan con los derechos universales de acceso a la salud y a una vida libre de violencia¹⁸, los médicos en formación no merecen nada menos, por lo que es primordial desarrollar en ellos mecanismos que promuevan su propia salud y eviten ser víctimas de violencia y maltrato al mismo tiempo de garantizarles los derechos universales, lo que implica un doble reto.

El proceso de desarrollo de los dominios de autoprotección y autocuidado debe instrumentarse intencionalmente por la institución educativa, de manera curricular y/o extracurricular, mediante el desarrollo de las competencias en asignaturas y/o programas específicos diseñados para ese propósito, al igual que el desarrollo de las competencias emocionales. Los programas de mentoría o tutoría, y de psicopedagogía, pueden ser aliados importantes para el diseño e implementación de estos programas.

CONTAR CON CANALES DE DENUNCIA CONFIABLES

Se deben crear políticas en donde se tipifiquen los tipos de violencia y se condene su existencia en los ambientes de aprendizaje dentro y fuera de la institución educativa. En los ítems 3 al 5 de la **tabla 1** se muestra que el poder preventivo y resolutorio de las universidades se percibe en un rango del 26-37%. Por tanto, existe la urgencia de incorporar un modelo de atención y seguimiento para los casos de violencia y acoso, como se muestra en la **figura 2**.

Identificar

Es necesario contar con canales de denuncia confidenciales que protejan el anonimato de la víctima¹⁰. Estos canales de denuncia deben derivar en evaluaciones profesionales con opiniones expertas e imparciales a la investigación de los hechos donde se tenga el análisis de todos los involucrados, incluyendo la perspectiva de género¹⁵. Según Fnais et al.¹³ los perpetradores pueden ser los mismos directivos o supervisores y por tanto debe excluirse de su participación en todo momento. Se recomienda contar con representantes de los grupos de profesores, estudiantes, personal de apoyo y de las sedes de entrenamiento para eliminar el sesgo del grupo. No

es posible considerar programas de calidad que no cuenten con protocolos y mecanismos para salvaguardar a los estudiantes de conductas inadecuadas hacia la integridad de su persona.

Resolver

Las denuncias deben ser catalizadores para generar acciones resolutorias y de prevención para erradicar las conductas indeseables. En caso de agresiones físicas o agresiones confirmadas, las acciones deben involucrar medidas drásticas que eviten el maltrato futuro de la víctima denunciante, así como el potencial daño a estudiantes de las siguientes generaciones. Esto implica retirar al estudiante de los entornos que induzcan al detrimento de su salud física o emocional. Así mismo, los perpetradores deben estar sujetos a varias acciones que incluyen amonestación, suspensión, transferencia o incluso despido¹³.

Actuar sobre la causa raíz

Los sistemas de afiliación y acreditación de los programas de medicina deben incluir entre sus requisitos y estatutos el aseguramiento de mecanismos, protocolos de denuncia y atención cuyos receptores sean ajenos a las escuelas y facultades de medicina. El Modelo Incremental de Calidad promueve estándares en cinco niveles: inicio, desarrollo, estandarización, innovación y sustentabilidad¹⁹. Los protocolos para la vigilancia de la seguridad debieran existir desde el primer escalón de este modelo.

Por tanto, las instituciones de educación superior deben contar con protocolos para:

1. Que todos los miembros de la comunidad académica tengan acceso a canales de denuncia de violencia y acoso donde se proteja su anonimato.
2. Que las víctimas de violencia y acoso reciban atención psicológica y asesoría legal.
3. Asegurar ambientes de aprendizaje apropiados para el entrenamiento clínico bajo los cuales se ofrezca garantías para su seguridad, así como las condiciones suficientes para su formación.
4. Que se asegure la comunicación continua entre instituciones educativas y entornos clínicos para alertar sobre situaciones de riesgo para los estudiantes.

Como iniciativa la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina (AMFEM) se ha pronunciado en una carta con fecha del 5 de julio del 2021, en la cual indica la necesidad de cumplir con los acuerdos para el servicio social por parte de las Secretarías de Salud de los Estados y de sus dependencias con respecto a lo siguiente:

1. Garantizar que el estudiante en servicio social pueda abandonar la plaza de adscripción si considera que existe alguna amenaza para su integridad física y no afectar el cumplimiento del requisito de prestar servicio social.
2. Contratar médicos titulados que funjan como responsables de la unidad médica que se encuentre aprobada por cumplir con los requisitos del art. 9.2 de la NOM 009 SSA3-2013 en la materia, para ser considerada como plaza de servicio social.
3. Subrayar que el médico pasante no debe realizar traslados ni ninguna otra actividad que implique el salir de la unidad médica donde esté adscrito para la realización del servicio social y también que se respete su jornada laboral asignada.

El incumplimiento de cualquiera de las condiciones arriba descritas constituye en sí mismo un acto de violencia institucional en contra de estudiantes de medicina.

CONTAR CON MENTORÍA A LO LARGO DEL PROGRAMA

La mentoría, también conocida como tutoría, fomenta el desarrollo profesional y crecimiento²⁰. Esta se desarrolló en Estados Unidos en la década de los setenta, como programas en empresas para desarrollar y apoyar al personal joven. Consiste en un proceso intencional de interacción entre individuos dedicado al crecimiento y desarrollo de un aprendiz. Un mentor es aquel que tiene un rol activo en el desarrollo personal y profesional mientras resuelve a la vez el balance entre trabajo y vida personal. El mentor se convierte en un consejero experimentado y confiable que facilita el desarrollo y formación de otro individuo²¹.

La mentoría promueve mejores resultados en cuanto al funcionamiento social, fomenta el creci-

miento personal desde sus interacciones y genera una mayor confianza y habilidades comunicativas, entre otras fortalezas²². Dentro de las sociedades académicas se promueve la existencia de mentores para sesiones individuales y grupales para reflexionar sobre efectos intencionados y no intencionados del programa que generan crisis y dilemas en los alumnos²³.

Los estudiantes de medicina necesitan mentoría y acompañamiento en diferentes etapas de su carrera de una manera personalizada. A medida que el alumno madura, la necesidad pasa a la orientación profesional, selección de especialidades y orientación en investigación. El mentor tiene que desempeñar varios roles en la educación médica sobre y por encima del maestro como consejero, supervisor y muchos más, para cumplir con estos diferentes roles, existe una necesidad definida de desarrollar relación. Un estudio en una universidad de la India indicó que los estudiantes percibieron la mentoría no solo como una enseñanza, si no como un conjunto de relaciones cuyo objetivo principal es guiar a los estudiantes en general²⁴.

Garringer et al.²⁵ recomiendan cinco estándares de práctica para un programa de mentoría exitoso:

1. Reclutamiento y selección de mentores con el perfil y entusiasmo para dialogar y asesorar a los estudiantes en un abanico amplio de temas, así mismo como una trayectoria asociada con el ejercicio de valores e integridad.
2. Entrenamiento de los asesores para llevar a cabo tareas de acompañamiento.
3. Asignación de mentores a cada estudiante, reglas de colaboración y alcances.
4. Evaluación y mejora continua de la participación de mentores y estudiantes.
5. Cierre de la relación en donde se evalúen avances y logros. Se debe habilitar terminar la relación antes de lo previsto por petición de alguna de las partes.

Un programa de mentoría o tutoría adecuadamente establecido permite la detección oportuna de probables casos violencia o maltrato, que pueden ser revisados y analizados en conjunto, entre el tutor y el estudiante, para determinar la conducta a seguir.

CONTAR CON REDES DE SOPORTE

Más allá de los protocolos para denunciar problemas existentes, es necesario contar con redes de prevención de situaciones que deriven en violencia o acoso. Según los resultados del estudio, solo el 42.7% (**tabla 1**) de los alumnos sabe a quién acudir en caso de sentirse víctima de violencia o acoso. Las redes de soporte de los alumnos se encuentran en todos los grupos a los que pertenece dentro y fuera de su familia que le provee al estudiante apoyo en diferentes niveles y temáticas²⁶. A medida que los alumnos cuentan con personas de su confianza, tendrán la capacidad de expresarle situaciones que le generan incomodidad, crisis o hasta afectaciones a su salud. Existen redes formales e informales, las cuales potencian el desarrollo y la identidad de cada individuo.

La identidad de un individuo en cualquier momento representa la suma de influencias en tres dimensiones: individual, relacional y colectiva²⁷. La universidad debe buscar el desarrollo de cada una de estas tres dimensiones para que el alumno fomente el sentido de convertirse en médico, con los valores ideales de la profesión²⁸.

Sobre la dimensión relacional, dentro de esta se incluyen la familia, amigos, mentores y pares; dentro de la colectiva se consideran los grupos sociales a los cuales pertenecen los estudiantes²⁷. Las relaciones de afinidad se caracterizan por la construcción de redes académicas, sociales y personales que sean afines a sus intereses, las cuales son importantes porque los sentimientos y expectativas compartidas toman prioridad sobre los intereses individuales²⁹.

De acuerdo a Olivares Olivares y Valdez-García³⁰, las competencias interpersonales suponen el entendimiento profundo del otro. Dentro de este entendimiento se incluye compartir con otros las situaciones incómodas, desagradables o inclusive violentas que pueden estar experimentando. Las actividades estudiantiles extracurriculares incrementan las redes del estudiante sobre las cuales se generan relaciones de por vida³¹.

Otro ejemplo de red formal institucional son las sociedades académicas. Las sociedades académicas son grupos intencionados de profesores y estudiantes que se organizan para el desarrollo profesional, el sentido de pertenencia hacia los grupos en los que

pertenece y el acompañamiento hacia un balance saludable entre las actividades que desarrollan para el desarrollo de su identidad profesional³². La identidad profesional es la evolución dinámica a través de la cual el alumno se reconoce a sí mismo como persona que forma parte de grupos sociales y académicos para ejercer su rol dentro de contextos profesionales y de estar forma generar un cambio consciente²⁹.

Las sociedades académicas tienen en su estructura grupos pequeños con profesores y alumnos de diversas generaciones que dedican tiempo a reflexionar sobre su identidad profesional. Además de una pequeña célula de personas, cuentan con un profesor y un mentor, para orientar y guiar a los alumnos en cada una de las iniciativas del grupo. La intención es generar una red de pertenencia y confianza para que los alumnos puedan hacer explícito el currículo oculto en un ambiente seguro³³. El valor de pertenecer a una comunidad permite la habilidad de desarrollar una intención colectiva para propósitos de desarrollo y aprendizaje³⁴.

Las instituciones comprometidas con la inclusión del alumno y su capacidad para encontrar un ambiente seguro y de confianza debiera incluir acciones y mediciones para determinar²⁶:

1. La cantidad de personas con las cuales el alumno interactúa regularmente y son de su absoluta confianza dentro y fuera de la institución.
2. El grado en el cual el estudiante confía y se encuentra satisfecho con el sentido de pertenencia con los grupos formales universitarios a los que pertenece. Esto incluyendo las sociedades académicas o cualquier otro grupo disciplinar o extracurricular.
3. Las competencias sociales de los estudiantes para ampliar sus redes de soporte.

CONCLUSIONES

Si bien la cantidad de aristas, sensibilidad de la temática e implicaciones, contiene elementos cuya solución se ha logrado ignorando o normalizando la situación de violencia y acoso, es evidente que desde las instituciones de educación superior se puede incidir en empezar a acompañar, escuchar y atender las inquietudes de los estudiantes para promover su cuidado y bienestar. Es imposible pretender formar

personas que se encargarán por definición profesional del cuidado de otros, si no pueden hacerlo ellos mismos y las personas de autoridad que les rodean.

Los ejemplos que se siguen perpetuando sobre intereses que ponen por encima acuerdos burocráticos sobre la integridad de los futuros médicos, o la repetición de una biografía plagada de decisiones desafortunadas, es un círculo vicioso que debe detenerse ahora. Si no empiezan los que tienen autoridad y responsabilidad ¿entonces, quiénes?, si no es hoy, mañana se repetirá una historia triste de contar.

CONTRIBUCIÓN INDIVIDUAL

- SLOO: Redacción del documento y coordinación del equipo.
- JFGZ, CMFF, ACP: Encuesta a estudiantes de medicina.
- MLTC: Redacción de la sección “Contar con mentoría a lo largo del programa”.
- RIEH, JEVG: Elementos de la sección “Contar con canales de denuncia confiables”.

AGRADECIMIENTOS

A la Asociación Mexicana de Médicos en Formación (AMMEF) a través de la cual se invitaron a los estudiantes de medicina a contestar la encuesta.

A la Asociación de Facultades y Escuelas de Medicina (AMFEM), la cual integró a un grupo de investigación para la creación del documento.

PRESENTACIONES PREVIAS

El resultado del estudio sobre violencia a estudiantes de medicina se presentó en la LXIII Reunión Nacional Ordinaria de la AMFEM.

FINANCIAMIENTO

Ninguno.

CONFLICTO DE INTERESES

Ninguno. 🔍

REFERENCIAS

1. Harden RM, Laidlaw JM. Essential skills for a medical teacher: an introduction to teaching and learning in medicine. Edinburgh: Elsevier; 2017.
2. Kassebaum D, Cutler E. On the culture of student abuse in medical school. *Academic Medicine*. 1998;73(11):1149-58. doi: 10.1097/00001888-199811000-00011.

3. Cervantes-Pérez A. La violencia contra trabajadores de la salud. *Cirugía y Cirujanos*. 2017;86(6):473-4. doi: 10.24875/CIRU.M18000060.
4. Rodríguez Sánchez M. Acoso psicológico laboral en médicos pasantes durante el Servicio Social en México. 2019; Foro de Investigación de la Red de Posgrados en Salud en el Trabajo: Ciudad de México. Disponible en: <https://bit.ly/2W8J1Tp>
5. Arredondo-Trujillo F, Gascón-Santos S, Espino-Álvarez L. Agresiones hacia los médicos durante el servicio social. *Gaceta Médica de México*. 2021;150(3):331-7. Disponible en: <https://bit.ly/3AEjOiG>
6. Mustapha T, Ho Y, Andrews J, Cullen M. See No Evil, Hear No Evil, Stop No Evil: Institutional-Level Tracking to Combat Mistreatment of Residents and Fellows. *Journal of Graduate Medical Education*. 2019;11(5):601-5. doi: 10.4300/JGME-D-19-00218.1.
7. Siller H, Tauber G, Komlenac N, Hochleitner M. Gender differences and similarities in medical students' experiences of mistreatment by various groups of perpetrators. *BMC Medical Education*. 2017;17(1). doi: 10.1186/s12909-017-0974-4.
8. Abreu-Hernández L, Valdez-García J, Esperón-Hernández R, Olivares-Olivares S. El reto de COVID-19 respecto a la responsabilidad social de las escuelas de medicina: nuevas perspectivas profesionales y humanas. *Gaceta de México*. 2020;156(4):311-6. doi:10.24875/GMM.20000306.
9. Klowers W. Abusive culture in medical education: Mentors must mend their ways. *Journal of Anaesthesiology Clinical Pharmacology*. 2018;34(2):145-7. doi: 10.4103/0970-9185.236659.
10. Gamble Blakey A, Smith-Han K, Anderson L, Collins E, Berryman E, Wilkinson T. Interventions addressing student bullying in the clinical workplace: a narrative review. *BMC Medical Education*. 2019;19(1). doi:10.1186/s12909-019-1578-y.
11. Arnejčić B. Mobbing in Company: Levels and Typology. *Organizacija*. 2016;49(4):240-50. Disponible en: <https://bit.ly/3ACrjwF>
12. Villanueva Lozano M. Discriminación, maltrato y acoso sexual en una institución total: la vida secreta de los hospitales escuela. *Revista Interdisciplinaria de Estudios de Género de El Colegio de México*. 2019;5:1-35. doi:10.24201/reg.v5i0.366
13. Fnais N, Soobiah C, Chen M, Lillie E, Perrier L, Tashkhandi M et al. Harassment and Discrimination in Medical Training. *Academic Medicine*. 2014;89(5):817-27. doi: 10.1097/ACM.0000000000000200.
14. Castro R. Violencia de género [Internet]. *Debatefeminista.cieg.unam.mx*. 2016 [cited 19 July 2021]. Disponible en: <https://bit.ly/3kDvcWc>
15. Clayton J, Tannenbaum C. Reporting Sex, Gender, or Both in Clinical Research? *JAMA*. 2016;316(18):1863. doi:10.1001/jama.2016.16405.
16. Médicos del mundo. La violencia sexual es también violencia de género [Internet]. *Médicos del Mundo*. 2021 [cited 19 July 2021]. Disponible en: <https://bit.ly/2XD8O6t>
17. Esperón Hernández R. ¿Las Escuelas de Medicina se deben ocupar en las competencias emocionales de sus estudiantes? *Investigación en Educación Médica*. 2018;(26):10-2. doi: <http://dx.doi.org/10.22201/facmed.2007865x>. 2018.26.02
18. Acuña M. Elementos contextuales de la crisis: socioambientales, económicos, políticos, culturales y educativos. En: Crocker R, Esperón R, ed. by. *Educación médica en un mundo en crisis*. 1st ed. Ciudad de México; 2021.
19. Olivares-Olivares S, Garza-Cruz A, Valdez-García J. Etapas del modelo incremental de calidad: un análisis de las escuelas de medicina en México. *Investigación en Educación Médica*. 2016;5(17):24-31. doi: 10.1016/J.RIEM.2015.08.005.
20. Bhatia K, Takayesu J, Nadel E. A novel mentorship programme for residents integrating academic development, clinical teaching, and graduate medical education assessment. *Perspectives on Medical Education*. 2016;5(1):56-9. doi:10.1007/s40037-015-0236-2.
21. López M. Evaluación del aprendizaje en escenarios clínicos. [Internet]. Coursera. 2021 [cited 11 July 2021]. Disponible en: <https://bit.ly/3kBRlnT>
22. Peters M, Asare B, Whitaker C, Rogers R, Huetteman H, Espinoza C et al. Medical Students as Mentors of Latinx Youth: A Model for Increasing Cultural Competence and Community Engagement in Medical Schools. *Journal of Higher Education Outreach and Engagement*, 2021;25(1):87-101. Disponible en: <https://openjournals.libs.uga.edu/jheoe/article/view/1721>
23. Haidet P, Hatem D, Fecile M, Stein H, Haley H, Kimmel B et al. The role of relationships in the professional formation of physicians: Case report and illustration of an elicitation technique. *Patient Education and Counseling*. 2008;72(3):382-7. doi: 10.1016/j.pec.2008.05.016.
24. Dave D, Patel J. Perception of Undergraduate Medical Students Regarding Mentorship in Medical Education. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*. 2020;14(10):1-5. doi: 10.7860/JCDR/2020/44495.14069.
25. Garringer M, Kupersmidt, J, Rhodes J, Stelter R, Tai T. Elements of effective practice of mentoring [Internet]. *Mentoring.org*. 2015 [cited 11 July 2021]. Available from: <https://bit.ly/3zAr5Pe>
26. Fisher J, Charania M. 5 steps for building and strengthening students' networks - Christensen Institute [Internet]. Christensen Institute. 2021 [cited 11 July 2021]. Available from: <https://bit.ly/3ACstC1>
27. Cruess R, Cruess S, Boudreau J, Snell L, Steinert Y. A Schematic Representation of the Professional Identity Formation and Socialization of Medical Students and Residents. *Academic Medicine*. 2015;90(6):718-25. doi: 10.1097/ACM.0000000000000700.
28. Bettin K. The Role of Mentoring in the Professional Identity Formation of Medical Students. *Orthopedic Clinics of North America*. 2021;52(1):61-8. doi: 10.1016/j.jocl.2020.08.007.
29. Olivares S, Rivera N, López M, Turrubiates M. Etapas de la identidad para ser profesional: evolución de las expectativas de los retos académicos a lo largo de la carrera. *Formación universitaria*. 2020;13(4):11-20. doi: 10.4067/S0718-50062020000400011.
30. Olivares Olivares S, Valdez García J. *Aprendizaje centrado en el paciente*. Buenos Aires, Madrid: Panamericana; 2017.

31. Buckley P, Lee P. The impact of extra-curricular activity on the student experience. *Active Learning in Higher Education*. 2018;22(1):37-48. doi: 10.1177/1469787418808988.
32. Smith S, Shochet R, Keeley M, Fleming A, Moynahan K. The Growth of Learning Communities in Undergraduate Medical Education. *Academic Medicine*. 2014;89(6):928-33. doi: 10.1097/ACM.0000000000000239.
33. Osterberg L, Goldstein E, Hatem D, Moynahan K, Shochet R. Back to the Future: What Learning Communities Offer to Medical Education. *Journal of Medical Education and Curricular Development*. 2016;17(3). doi: 10.4137/JMECD.S39420.
34. Wenger E, Trayner B, Laat M. Promoting and assessing value creation in communities and networks: a conceptual framework. [Internet]. Wenger-trayner.com. 2021 [cited 11 July 2021]. Disponible en: <https://bit.ly/39uKQgu>