



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

Programa de Maestría y Doctorado en Ciencias Médicas, Odontológicas y de la Salud

Campo Disciplinario: Educación en Ciencias de la Salud

“Impacto de la cultura organizacional en la conceptualización de los términos poder y jerarquía en la formación de médicos especialistas”

TESIS
QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE
MAESTRA EN CIENCIAS

PRESENTA:
Ana Paulina Rosas Flores

TUTORA
Dra. Ana Carolina Sepúlveda Vildósola
Instituto Mexicano del Seguro Social

Ciudad Universitaria, Ciudad de México, septiembre 2017



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

ÍNDICE

4	Resumen
5	Capítulo 1. Ejes Teóricos de la Investigación: Poder, Jerarquía y Cultura Organizacional
11.....	Capítulo 2. El médico residente dentro de los marcos teóricos de la investigación
17	Capítulo 3. El porqué de desarrollar este proyecto de maestría
20	Capítulo 4. Metodología y resultados de la investigación
36	Capítulo 5. Discusión y conclusiones
50	Referencias Bibliográficas

Dédicace
Bouddha, Dharma et Sangha

*Mes parents,
Mes soeurs,
Ma personne qui colore ma vie
A Ek-Balam
Mes professeurs
Mes amies*

¡Toujours reconnaissant!

“El tiempo pasó. Pero el tiempo se divide en muchas corrientes. Como en un río, hay una corriente central rápida en algunos sectores y lenta, hasta inmóvil, en otros. El tiempo cósmico es igual para todos, pero el tiempo humano difiere con cada persona. El tiempo corre de la misma manera para todos los seres humanos; pero todo ser humano flota de distinta manera en el tiempo....

...el tiempo y los ríos no corren hacia atrás”

Yasunari Kawabata - Premio Nobel de Literatura

“Impacto de la cultura organizacional en la conceptualización de los términos poder y jerarquía en la formación de médicos especialistas”

Resumen

Antecedentes: La profesión médica ha funcionado tradicionalmente de forma jerárquica y pocas disciplinas como la medicina otorgan un papel principal a este tipo de estructuras. Cuando el médico ingresa a las sedes hospitalarias entra a toda una cultura organizacional que va permear su toma de decisiones, responsabilidades, normas de conducta, liderazgo y formación académica. Todas estas actividades se van a ver afectadas por el lugar que el médico en formación ocupa dentro de esta red jerárquica. Es importante decir, que las actividades docentes en esta etapa de especialización médica se dan hasta en un cincuenta por ciento de un médico residente hacia otro médico en formación. Al hablar de una cultura organizacional donde las jerarquías son la forma de marcar las funciones de cada integrante de la organización conlleva el uso de relaciones de poder. El ejercicio asimétrico del poder es frecuente dentro del ámbito clínico, hasta un sesenta por ciento de los médicos ha experimentado una situación relacionada con esto. Este ejercicio asimétrico de poder se observa de médicos con mayor grado jerárquico hacia los residentes de menor grado. Si retomamos que la formación académica en la clínica se da entre médicos residentes, se hará notar que el ejercicio de poder tendrá una gran influencia en el proceso de enseñanza-aprendizaje en la formación de médicos especialistas.

Pregunta: ¿Cuál es la conceptualización de poder y jerarquía en las residencias médicas?

Objetivo: Conocer la conceptualización del poder y jerarquía de los médicos de posgrado durante la especialización médica por medio de redes semánticas naturales modificadas

Tipo de Investigación: Estudio cualitativo

Metodología: Se abordó esta problemática con un enfoque cualitativo por medio del uso de redes semánticas naturales modificadas, se obtuvo la conceptualización de los términos de poder y jerarquía en médicos residentes.

Resultados: Este trabajo permitió conocer cómo los médicos residentes conceptualizan el poder y jerarquía dentro de la etapa de especialización médica. De los resultados obtenidos en este estudio se encontró que los médicos en formación ven el ejercicio asimétrico del poder como una herramienta pedagógica positiva. Esta asimetría de poder es bien aceptada dentro de la organización como herramienta educativa. Los médicos ven a sus docentes como médicos inteligentes, especialistas, investigadores y expertos. No conceptualizan a sus profesores con rasgos relacionados con la profesionalización docente. Esta falta de profesionalización docente permite que este patrón de abuso de poder siga como herramienta pedagógica en la formación de médicos especialistas. Esto asociado a la “naturalización” del fenómeno, genera condiciones idóneas para continuar con este ejercicio de poder. Los médicos residentes conceptualizaron a los médicos de mayor rango con rasgos positivos. De primera instancia no hubo palabras definidoras relacionadas con la asimetría de poder en la red semántica que explora el constructo de jerarquía. Este fenómeno puede ser explicado porque los residentes pueden no estar conscientes de lo que se califica como comportamiento abusivo. Esto aunado a las consecuencias que puede conllevar la denuncia de estos actos dentro de un sistema poco efectivo nuevamente favorecen la asimetría de poder durante la etapa de especialización médica.

Conclusión: El quehacer educativo en el área médica es una pieza importante en la formación de médicos especialistas. El conocer como conceptualizan el poder y la jerarquía permitió conocer una parte de como enseñan y aprenden los residentes. La finalidad de este proyecto fue generar otra opción de conocimiento que permita crear cambios en los

médicos docentes para favorecer sistemas educativos donde no predomine el abuso de poder como herramienta pedagógica, generar consciencia de los que se considera abuso y sobre todo profesionalizar la práctica docente. Recordemos que la educación impacta en el estudiante no solo en su esfera educativa, sino que permea en la construcción de la identidad profesional de los futuros médicos especialistas.

Palabras Clave: *Poder, jerarquía, residente como educador, cultura organizacional*

Capítulo 1. Ejes Teóricos de la investigación

1. Introducción

*“Al despertar Gregorio Samsa una mañana, tras un sueño intranquilo, se encontró en su cama
convertido en un monstruoso insecto”
La Metamorfosis- Franz Kafka*

Cuando empecé a desarrollar este tema de tesis, me vino a la mente el libro de metamorfosis de Franz Kafka. Yo egresé de la especialidad hace dos años y fue hasta que comencé la maestría que hice conciencia de la importancia de la cultura en la que aprendemos, enseñamos y atendemos pacientes. Entrar a una residencia médica se ve como el medio para ser especialista o subespecialista en determinada área clínica. Durante esta etapa de formación se adquieren las habilidades y conocimientos necesarios para ejercer como profesional de la salud en esa área. Los médicos residentes pueden pasar un mínimo de tres años hasta una década de sus vidas en este proceso de entrenamiento médico. Los residentes se encuentran inmersos en una cultura organizacional, un sistema de jerarquías y relaciones de poder que van permeando las formas de aprender, enseñar y ejercer el quehacer profesional. Esta *“metamorfosis”* que sufren durante este tiempo impacta en la forma que se conceptualiza el poder, las jerarquías y la forma de ejercicio de poder. Es inevitable pensar que la residencia es un proceso de *“metamorfosis”* donde egresas con una identidad profesional con una conceptualización del sistema, del poder y jerarquías muy distinta a la del inicio de la misma. En el siguiente capítulo se desarrollan los marcos teóricos que sustentan este trabajo de investigación.

Marcos Teóricos de la Investigación

Jerarquías

La profesión médica ha funcionado tradicionalmente de forma jerárquica. Pocas disciplinas como el clero, la milicia y la medicina otorgan un papel principal a las estructuras jerárquicas. Un sistema organizado de forma jerárquica permite fragmentarlo y generar una estructura más sencilla para entenderlo. La jerarquía dentro de una organización se convierte en una herramienta no solo para la organización sino para la toma de decisiones.

Es necesario partir de que una organización social “es un sistema que se encuentra dentro de otro más amplio, que es la sociedad” (Román, 2011). Tanto la sociedad como la organización interactúan de forma bidireccional. La organización se va encontrar constituida por un grupo de individuos que interactúan entre sí para alcanzar determinados propósitos. Lo que caracteriza a una organización social es que cada uno de sus integrantes desempeña una función o cumple un rol distinto para poder alcanzar los objetivos (Román, 2011). El tener un sistema médico organizado por jerarquías permite mejorar la calidad de la atención de los pacientes, (López, 2004) pues al marcar las diferencias entre las funciones, obligaciones y derechos de cada uno de los niveles implicados, teóricamente se facilita la comunicación y organización entre los de mayor grado jerárquico con los de menor grado (Franco-Osorio, 1988). Las jerarquías dentro de una organización social aseguran un comportamiento coordinado y controla las responsabilidades del individuo. Esto se ve reflejado cuando el médico residente ingresa a la unidad hospitalaria donde se formará como especialista. Ellos van a entrar a este sistema de jerarquías que va ir determinado año con año no solo su rango dentro de este sistema, sino su autonomía, sus responsabilidades, en la toma de decisiones y el grado de liderazgo que va a tener dentro de la organización (Hamui-Sutton et al., 2014).

Poder

Al hablar de estructuras jerárquicas es casi obligado hablar de poder, ya que este sistema no puede continuar dentro de una organización sin el ejercicio de poder que realizan los actores (Hüther & Krücken, 2013). Pareciera sencillo ofrecer una definición de una palabra tan pequeña, pero la realidad es que tiene una connotación tan grande que diferentes corrientes de pensamiento y áreas de estudio no se han puesto de acuerdo en la forma de definirlo. Por ejemplo, Max Weber, ve en esta palabra toda una forma de dominación-represión, pues para este sociólogo del siglo XX, el poder es una “probabilidad de imponer la propia voluntad dentro de una relación social, aún contra toda resistencia y cualquiera que sea el fundamento de esta probabilidad” (Weber, 1979). Esta visión no solo es compartida por sociólogos, existen filósofos y politólogos que ven a este concepto como una relación social asimétrica, unidireccional que permite imponer la propia voluntad a los demás por un medio específico (Montbrun, 2010). Las desventajas de mirar al poder solo como una forma de dominación-represión, es que le niegan elementos positivos y productivos. El filósofo francés Michel Foucault define al poder como una trama que se extiende en la sociedad que va involucrar a todos los individuos. Él dice que *“en todo lugar hay poder, el poder se ejerce, nadie es su dueño o poseedor, sin embargo, sabemos que se ejerce en una determinada dirección, no se sabe quién lo tiene y no se sabe quién no lo tiene”*. Foucault construye esta definición de poder basado en la historia de lo que somos y en lo que nos vamos transformando. Él llega a este constructo por medio de archivos y documentos de distintas épocas que influyeron en las normas de ese momento, modificando en su actuar de los individuos (Roel-Pérez, 2013).

En esta visión de Michael Foucault, el poder se encuentra en la sociedad y actúa de forma permanente en ella. Esta red de poder va a determinar a los individuos de forma consciente e inconsciente, para este filósofo francés, el poder se encuentra en el núcleo de los individuos, y se manifiesta por medio de sus gestos, actitudes, discursos y aprendizaje. El poder es parte de la vida cotidiana de la sociedad en cambio, para Foucault el poder enfocado en la esfera del aprendizaje no le estorba al saber, sino que lo produce (Roel-Pérez, 2013). Como se puede ver, esta definición de poder no sólo abarca una visión coercitiva, da una perspectiva más amplia donde el poder da elementos positivos y creativos para lograr objetivos (Consejo & Treviño, 2008). Estas dos visiones las encontramos dentro de la organización médica donde los médicos ejercen su poder de forma cotidiana. Es frecuente ver como lo aplican a la hora de enseñar, pues pueden utilizar de forma habitual el poder de forma asimétrica, como lo propone Weber, justificando su uso con un paternalismo de “hacerlo por el bien del aprendiz” (Cortes Barre, 2010), pero a la vez, los médicos se encuentran inmersos en esta trama de poder propuesta por Foucault y sus acciones van a ser determinadas por este. El poder en el sistema no es algo inmutable, se encuentra en un dinamismo permanente y atraviesa a la sociedad, a las organizaciones, a los individuos transformándolos una y otra vez.

Cultura Organizacional

Para continuar la línea de definir los marcos teóricos que sustentan esta investigación, se debe hablar de cultura, al igual que el concepto anterior ha sido definido desde distintos enfoques. Ralph Linton, ve a la cultura como un constructo que comparte puntos en común con la sociología, la antropología y la psicología. Él define a la cultura como, la configuración de la conducta aprendida y de los resultados de éstas. Menciona que los elementos de la

cultura se comparten y se transmiten a los miembros de una sociedad (Linton, 1945). Linton abre la posibilidad de que la cultura se aprende y por tanto puede ser modificada. La cultura no es ajena a los individuos ya que ésta se da en cualquier comunidad de personas que se relacionan e interactúan para alcanzar objetivos. La cultura permite a los individuos compartir, enseñar y aprender intereses, creencias, valores y rutinas. La cultura existe en naciones, regiones, organizaciones y profesiones (Garay, 2009). Para Geert Hofstede, un holandés destacado en el estudio de la psicología social y antropología propone una definición de la cultura dentro de una organización. Él menciona que existen diferentes agrupamientos culturales que van a afectar el comportamiento de una organización. Este psicólogo social propone como definición de cultura organizacional: “A la programación colectiva de la mente que distingue a los miembros de una organización de otra. Esta cultura va ser holística, determinada, relacionada con el estudio de rituales y símbolos. Se encuentra socialmente construida y es difícil de modificar” (Hofstede, 2017).

Hofstede propone que la cultura organizacional está compuesta por seis dimensiones. La primera dimensión es el *Índice de Distancia de Poder (IDP)*, este constructo se define como *el grado en que los individuos menos poderosos de una organización aceptan y esperan que el poder sea distribuido de forma desigual*. Aquellas organizaciones con un IDP alto se caracterizan por poseer estructuras jerárquicas rígidas y arraigadas con mayor tendencia a la violencia. Estas organizaciones aceptan las desigualdades como algo normal en su contexto. Esta dimensión sugiere el nivel de desigualdad aceptada dentro de una organización. La segunda dimensión la conforman *el individualismo versus el colectivismo (IDV)*. De acuerdo a Hofstede las sociedades colectivistas son aquellas donde los participantes sienten que deben cuidar y ser cuidados por ellos mismos, por sus familias y las organizaciones. Esto contrasta con el concepto de individualismo, en este las personas esperan valerse por sí mismo o actuar principalmente como miembro de un grupo u

organización. Aquí los individuos se preocupan por sus propios intereses y los de su familia. La tercera dimensión es aquella que habla *de masculinidad versus feminidad (MAS)*; ésta toma en cuenta la adquisición de cosas y asertividad. Hace referencia al valor asignado a los tradicionales roles de género. Una cultura masculina los individuos creen que las mujeres no deben trabajar ni estudiar, en cambio en una sociedad con tendencia a la feminidad las mujeres participan en áreas donde de forma tradicional predominan los hombres. La dimensión número cuatro se encuentra relacionada con *la evasión de la incertidumbre (UAI)*. En esta dimensión los individuos prefieren las situaciones estructuradas. Las culturas con puntajes elevados evitan asumir riesgos. La quinta dimensión hace referencia a lo *normativo versus lo pragmático (PRA)*. En esta dimensión se describe el modo que tiene la sociedad ante su entorno. En las culturas normativas las personas muestran un comportamiento ético y de cumplimiento de normas, comparado con las culturas pragmáticas donde las normas no son lo más importante. La última dimensión que propone este holandés es la *de indulgencia versus contención (IND)*. Esta dimensión hace referencia a la capacidad que tiene la cultura para satisfacer sus necesidades y deseos de los individuos. Sociedades que valoran la contención tienen como característica normas estrictas que regulan y desaconsejan la satisfacción de impulsos (Hofstede, 1983; Huang, 2015).

La cultura organizacional donde se desenvuelven los médicos residentes tiene la característica de ser un ambiente donde los clínicos ejercen tres roles al mismo tiempo. El médico en formación va a ser un estudiante, un trabajador y un educador dentro de la sede hospitalaria. En esta etapa de formación el médico no solo va a aprender la teoría y la práctica de su especialidad o subespecialidad. En este lapso de tiempo, el médico residente sufre un proceso de enculturamiento. Los residentes se van a exponer a situaciones de relaciones de poder, grados jerárquicos, costumbres, rituales y curriculum oculto que irán permeando en su actuar y en sus responsabilidades (Fortoul-van-der-Goes, 2013). Pero

este impacto de la cultura organizacional va más allá, pues determina su *habitus y doxa*, como lo propone Pierre Bordieu (Consejo & Treviño, 2008).

Definición de abuso y bullying

El ejercicio de poder durante la residencia médica puede ser ejercido de forma de abuso y bullying. Este fenómeno de ejercicio asimétrico de poder tiene mayor incidencia en estudiantes de medicina que en estudiantes de otras facultades. La razón de esta característica nos habla que los médicos se encuentran dentro de una organización cerrada, donde el poder y el control son relevantes para la productividad y la eficacia. Es necesario definir las distintas manifestaciones de ejercicio inapropiado de poder que se presentan en el ámbito clínico. Sepúlveda y cols definen abuso como: *“todo acto de lastimar intencionalmente a cualquier persona ya sea de manera física o emocional. Se caracteriza por la intención de agredir, ser un comportamiento repetitivo, en el cual hay desbalance de poder. Existe ausencia de provocación por parte de la víctima”* (Sepúlveda-Vildósola & Reyes-lagunes, 2017). Leisy y cols propone la siguiente definición de bullying: *“Actos o prácticas repetidas dirigidas a una o más personas, que no son deseadas por la víctima. Puede hacerse de forma deliberada o inconsciente, ocasionando humillación, ofensa, angustia. Este acto puede interferir con el rendimiento laboral y causar entornos de trabajo desagradables”* (Leisy & Ahmad, 2016)

Capítulo 2. El médico residente dentro de los marcos teóricos de la investigación

Introducción

“Aun en el banquillo de los acusados es siempre interesante oír hablar de uno mismo”.

El extranjero- Albert Camus

“Toda salida es una entrada a otro lugar”

Rosencrantz and Guildenstern are Dead- Tom Stoppard

El ir desarrollando las diferentes aristas de este trabajo me llevó a leer a Philip Zimbardo, un psicólogo social que propone que el conocimiento de nosotros mismos se basa en experiencias limitadas a situaciones habituales. Cuando un individuo se encuentra en un entorno nuevo, los hábitos previamente adquiridos pueden ser insuficientes, generando comportamientos nuevos o adaptando los previos. Llevando esta propuesta de Zimbardo, al entorno clínico, los médicos pueden tener un ejercicio y conceptualización de poder diferente a cuando ingresaron a la residencia médica. Los residentes van a ejercer su poder de forma muy distinta en la clínica por estar en un entorno que les provee de situaciones diferentes a las vividas con anterioridad. Los médicos experimentarán el poder de distintas formas de acuerdo al entorno, factores situacionales o personales que estén viviendo en ese momento en la residencia médica.

En este capítulo, el médico residente es el eje medular de las distintas interacciones que tiene con los marcos conceptuales durante esta etapa de formación. Como bien dice Zimbardo, *“para entender una conducta compleja, es necesario tener en cuenta el sistema, la disposición y situación”*. Al abordar al médico residente bajo las diferentes perspectivas será una herramienta que nos ayude a entender su forma de conceptualizar el poder y la jerarquía en esta etapa.

Cultura organizacional y la formación del *Habitus* del médico residente

Los ambientes clínicos van a ser una pieza importante en el desarrollo del *Habitus* y *Doxa* del médico en formación. De acuerdo a Pierre Bordieu, el *Habitus* es el “conjunto de sistemas de pensamiento, percepción y acción del individuo adquiridos en su espacio social e interiorizado a lo largo de su experiencia “(Consejo & Treviño, 2008). Todo el conocimiento que le proporcione el medio al individuo va ser aprendido de forma consciente e inconsciente; cuando se aprende de esta última forma, se habla de la *Doxa*. Este conocimiento inconsciente “se moldea y de determina por la acción que mantiene el sujeto con el medio”(Consejo & Treviño, 2008). El *Habitus* y la *Doxa* se ven modificados por la cultura organizacional, las relaciones de poder dadas por el sistema jerárquico en el que se están inmersos durante su formación. La importancia de relacionar la cultura organizacional, las relaciones de poder con estos conceptos propuestos por Bordieu radica en la forma que se relacionarán con el personal de la institución y sus pacientes (Consejo & Treviño, 2008).

El residente como educador

Este rol del residente como educador tiene sus orígenes en el siglo XX, cuando las residencias médicas se instituyeron como la forma de obtener el grado de especialista y desde entonces se reconoce la labor educativa que el médico residente ejerce. Brown evidencio esto en los 70’s mostrando en su estudio que el 50% del entrenamiento que recibía un residente provenía de otro y hasta el 40% de su tiempo lo ocupaban en supervisar a otros residentes (Brown, 1970).

Cuarenta años después en México se realizó un estudio en la UNAM el cual arrojó resultados muy similares presentados por Brown. Este estudio mostró que un 45% de los residentes aprendían por las enseñanzas de otro médico residente (Sánchez-Mendiola, 2010) .Este papel de educador se encuentra vigente en el ámbito educativo hospitalario y puede considerarse como un elemento importante en la formación de los médicos especialistas porque la mitad del aprendizaje de un residente proviene de otro residente de mayor jerarquía.

El residente como educador dentro de un sistema jerárquico y las relaciones de poder

Enseñar a otro médico su quehacer profesional, es casi tan antiguo como la propia medicina, para muestra basta citar el juramento Hipocrático que dice “trataré a sus hijos por hermanos míos y enseñarles este arte, si quieren aprenderlo sin gratificación, ni compromiso” (Méndez-López et al ,2013). Los médicos desarrollan habilidades docentes para cubrir las distintas situaciones que los ponen en el rol de educador. Habitualmente estas habilidades se van adquiriendo por medio, de la observación de modelos y el cumplimiento de responsabilidades docentes. La enseñanza en medicina, a diferencia de otras áreas del saber, se realiza por medio de estructuras jerárquicas y habitualmente fuera del aula (Reyes et al., 2010). Es decir, el médico de mayor experiencia o conocimiento enseña y supervisa al residente de menor grado en su lugar de trabajo. Las jerarquías van a ser un gran determinante de la forma en que los médicos enseñan y aprenden en la clínica. El sistema jerárquico en el que se desenvuelven los médicos marca sus responsabilidades, determina cuáles son sus alcances y limitaciones como personal en formación. Las jerarquías no están en contra de la enseñanza o del aprendizaje; pues es dentro de este sistema, que el médico de menor grado o menor conocimiento acude con

los médicos con mayor experiencia o grado académico para resolver las situaciones de incertidumbre a las que se enfrentan (Hamui-Sutton et al., 2014).

Los residentes forman parte importante en la educación de otros residentes, como se ha sustentado previamente los residentes van estar dentro de una red de poder estableciendo distintas relaciones con los demás profesionales de la salud. Las relaciones de poder y los grados jerárquicos van a influenciar la forma en que los médicos residentes enseñan y aprenden en la clínica. Aunque la finalidad siempre es el aprendizaje, algunos médicos ejercen su poder en forma de abuso, humillación, coerción y maltrato principalmente con los residentes de menor jerarquía o menor conocimiento. Muchos profesores clínicos consideran este ejercicio de poder como una herramienta didáctica que tiene un efecto pedagógico positivo en el proceso de enseñanza aprendizaje del novato (Cortés-Barre, 2010). Los factores que se han asociado a este fenómeno son el antecedente de maltrato, el propósito educativo que se le confiere, la competitividad dentro del ámbito médico y la “*naturalización*” del fenómeno (Lempp, 2004).

Este ejercicio del poder en forma de abuso es tan frecuente dentro del ámbito hospitalario que aproximadamente un 60% de los médicos en formación se han enfrentado a estas situaciones en la residencia médica (Mejía R. , 2001). Los residentes se enfrentan a distintas situaciones de abuso como: humillación pública, asignación de tareas irrealizables o comentarios de menosprecio por citar algunas conductas. Este fenómeno es más habitual con los médicos de menor grado, pues es en este año donde existe la mayor prevalencia. Esta distribución de maltratado/maltratador sugiere que la “*violencia*” estaría fundamentada en las diferencias de poder que existen entre los residentes de menor jerarquía con los de mayor jerarquía (Mejía, 2005).

Los factores de riesgo identificados para el abuso de poder en la clínica son: el sexo femenino, una edad menor a 29 años, ser soltero, el tipo de especialidad, el menor grado

académico, el nivel sociocultural y origen étnico. Dentro de las conductas de acoso más frecuentes en el hospital se encuentran las siguientes (Sepúlveda-Vildósola & Reyes-lagunes, 2017):

- Menoscabo en el trabajo
- Humillación pública
- Comentarios de menosprecio
- Críticas injustificadas
- Asignación de tareas irrealizables
- Ocultación de información
- Difamación
- Hostigamiento sexual
- Tomar el crédito por el trabajo de otro
- Incremento en las horas de trabajo
- Cambios sin previo aviso de las actividades programadas
- Ignorar a la (s) persona (s)
- Supervisión excesiva o nula

Los perpetradores de esta situación, de ejercicio inapropiado de poder habitualmente, son los profesores, los residentes de mayor jerarquía. Este fenómeno no es exclusivo de México o de América Latina, existe evidencia que sustenta en países desarrollados como el estudio realizado por Deborah Cook en Canadá, donde mostró que hasta un 50% de los residentes referían haber sufrido abuso psicológico (Cook et al., 1996). En la última década estas situaciones de abuso, maltrato, discriminación, acoso y hostigamiento han cobrado una creciente importancia en el campo de la educación médica. Silver en 1992 comienza hablar de los cambios de actitud de los médicos como consecuencia del trato hostil y punitivo que pudieron haber vivido durante su proceso de formación (Silver, 1990).

Capítulo 3. El porqué de desarrollar este proyecto de maestría

“Las causas están ocultas. Los efectos son visibles para todos”

Ovidio

Planteamiento del problema

Como ya se revisó en los marcos conceptuales que sustentan este trabajo de investigación; la mitad del proceso de enseñanza y de aprendizaje de los médicos especialistas proviene de otro médico en formación (Sánchez-Mendiola et al., 2010). La enseñanza dentro de la clínica ocurre en un sistema jerárquico (Hamui-Sutton et al., 2014). El uso de jerarquías aunados a factores como: las horas de trabajo, la carga asistencial, el sexo femenino, el tipo de especialidad, el antecedente de maltrato, el nivel sociocultural, el origen étnico y el grado académico favorecen un ejercicio inapropiado de poder. Datos reportados en investigaciones mexicanas revelan una frecuencia de 93% de acoso general (Herrera-Silva, 2006) y Sepúlveda y cols. reporta una frecuencia de ejercicio inapropiado de 32% por autorreporte y 82.4% por cuestionario autodirigido en su estudio realizado en médicos residentes de pediatría (Sepúlveda-Vildósola & Reyes-lagunes, 2017).

La cultura organizacional de los médicos se encuentra permeada de relaciones de poder en su proceso de formación como especialista. La cultura organizacional, el sistema jerárquico y la red de poder en la que se encuentra inmersos los residentes son componentes que van a determinar la conceptualización de estos términos y su ejercicio dentro de la unidad hospitalaria. Se tiene documentado la elevada prevalencia de ejercicio de poder de forma asimétrica en esta etapa, pero poco sabemos del por qué ejercen el poder de esta forma.

Justificación

En México no se conoce de forma objetiva la prevalencia, la magnitud e implicaciones del ejercicio inapropiado del poder, así como los factores asociados a este (Sepúlveda-Vildósola & Reyes-lagunes, 2017). El abordar este tipo de problemáticas desde distintos ejes metodológicos permitirá conocer de forma más completa los ambientes de trabajo donde se forman los futuros médicos especialistas y generar intervenciones. Como ya se ha mencionado, las consecuencias del ejercicio inapropiado del poder van más allá de afectar al propio residente; pues esto también impacta en la atención médica que recibe el paciente (Sepúlveda-Vildósola & Reyes-lagunes, 2017).

La importancia de este proyecto de investigación es el acercamiento a la cultura organizacional de la residencia médica por medio del lenguaje. Las relaciones entre la cultura y el lenguaje establecen, a este último, como un reflejo social (Delgado León, 2001). El abordar la conceptualización de los términos de poder y jerarquía por medio de redes semánticas naturales modificadas con un enfoque cualitativo permitirá obtener por medio del lenguaje datos referentes a la organización y la interpretación de la cultura organizacional de esta etapa de formación médica. Esta técnica metodológica está sustentada bajo la cognición social, es decir, la información se encuentra almacenada en forma de redes en las cuales las palabras forman significados. Los significados asignados por la persona son dinámicos y pueden verse afectados por los procesos de identidad y aculturación al que se ve expuesto el individuo (Muñoz, 2005). Por medio de las redes semánticas naturales modificadas tendremos un acercamiento al mundo social en el que se desarrollan los médicos residentes en la clínica durante el proceso de especialización médica.

Pregunta de Investigación

¿Cuál es la conceptualización de poder y jerarquía en las residencias médicas?

Objetivo General

- ✓ Conocer la conceptualización de poder y jerarquía de los médicos de posgrado durante la especialización médica por medio de redes semánticas naturales modificadas

Objetivos Específicos

- ✓ Conocer la conceptualización de poder y jerarquía
- ✓ Conocer la conceptualización del estilo de enseñanza en el posgrado y su relación con la conceptualización de poder y jerarquía
- ✓ Conocer la conceptualización de las personas de mayor grado académico y su relación con la conceptualización de poder y jerarquía

Capítulo 4. Metodología de la Investigación

“Soy de los que piensan que la ciencia tiene una gran belleza. Un científico en su laboratorio no es sólo un técnico: es también un niño colocado ante fenómenos naturales que le impresionan como un cuento de hadas”

Marie Curie

Introducción

Soy médico anestesiólogo, esta formación profesional es ajena a muchas áreas que tuve que acercarme para poder contestar mi pregunta de investigación. Este proyecto de tesis me llevó a leer a filósofos, psicólogos sociales y a utilizar una herramienta metodológica denominada redes semánticas, que era desconocida para mí en un principio. Las redes semánticas tienen su base en la memoria semántica que toma en cuenta la capacidad humana para construir significados. Este instrumento metodológico proporciona datos del ambiente social aprendido por el individuo. Puedo decir que esta experiencia de acercarme a áreas distintas ha sido un reto personal importante, pues en ocasiones no era totalmente un cuento de hadas este proyecto de investigación, pues la falta de experiencia lo complicaba. Debo agradecer la colaboración de todos mis tutores pues sus distintas áreas de formación pulieron mi trabajo. Este proyecto me dejó comprender las palabras de William Lawrence Bragg, que ***“lo importante de la ciencia no es tanto obtener nuevos datos, sino descubrir nuevas formas de pensar sobre ellos”***

Método

El estudio fue de enfoque cualitativo, este proyecto se abordó *por medio de redes semánticas naturales modificadas para conocer la conceptualización de los términos poder, abuso de poder, tres dimensiones de cultura organizacional propuesta por Hofstede: de índice de distancia de poder, individualismo versus colectivismo, masculinidad versus feminidad y jerarquía de los médicos residentes.*

- **Universo de trabajo:** Médicos de posgrado que se encontrarán cursando la especialidad o subespecialidad médica en México
- **Diseño del estudio:** Cualitativo
- **Metodología utilizada:** Redes semánticas naturales modificadas
- **Muestreo:** por conveniencia. Se identificará a las personas que reúnan los criterios de inclusión de este proyecto de investigación.

Descripción General del Estudio

El diseño de este estudio fue de tipo cualitativo, se investigó la conceptualización de jerarquía, ejercicio de poder, abuso de poder e índice de distancia por medio de redes semánticas naturales modificadas. Se realizó en abril del 2016 en cuatro hospitales públicos. Las dos sedes de la ciudad de México fueron el Hospital General de México y el Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubirán. La sede del estado de Guanajuato fue el Hospital de Alta Especialidad del Bajío y la sede del estado de Morelos fue el Hospital General Regional # 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social. La participación de los médicos fue de forma voluntaria, anónima y confidencial.

Criterios de selección:

Criterios de inclusión:

- Se incluyeron médicos de posgrado que se encontraban cursando la especialidad o subespecialidad médica que desearon participar en el estudio de manera voluntaria.

Criterios de exclusión:

- Médicos de posgrado que se estaban cursando la especialidad o subespecialidad que no deseen participar en este protocolo de investigación
- Se excluyeron a los médicos residentes que llenaron con más de una palabra u oraciones el instrumento de las redes semánticas naturales modificadas.

Contexto y población

La población de este estudio fueron médicos de posgrado, que durante la aplicación del instrumento, estaban cursando la especialidad o la subespecialidad. Los residentes fueron contactados vía correo electrónico y solo se incluyeron en este estudio aquellos que desearon participar. Se excluyeron a los médicos que llenaron con más de una palabra u oraciones el instrumento. Se recabó la información por correo electrónico con el formato diseñado con la técnica de redes semánticas naturales modificadas e información sociodemográfica como edad, sexo, grado académico, sede hospitalaria, estado civil y nacionalidad. Para la realización de este estudio se contactaron a 30 residentes vía correo electrónico, se les explico el objetivo de su participación y se les anexo el formato de las

redes semánticas naturales modificadas. Solo fueron reenviados 22 correos electrónicos. Se excluyeron a dos participantes por no llenar de forma correcta el instrumento.

Fecha de Realización del Estudio: Abril -2016

Técnica de Redes semánticas naturales modificadas

Se exploraron los constructos de jerarquía, ejercicio de poder, abuso de poder e índice de distancia de poder por medio de la técnica de redes semánticas naturales modificadas. Esta técnica es útil para el estudio de la representación de los conceptos, pues permite obtener información de aspectos conductuales y culturales que generan los individuos acerca de su mundo social. La estructura semántica se va formando a partir de las influencias del lugar, la propia vida del sujeto y su percepción de la realidad, todo esto permite que la persona construya un significado (Muñoz, 2005).

El objetivo fue obtener el significado de los constructos ya mencionados, por medio de frases estímulo. Éstas fueron diseñadas con los marcos teóricos de cultura organizacional, poder y jerarquía. Las frases con las que se investigaron fueron:

1. *El proceso de enseñanza en el posgrado se caracteriza por:*
2. *El estilo de enseñanza en el posgrado en medicina se caracteriza por:*
3. *Los mejores maestros de la residencia médica tienen la siguiente característica*
4. *Las características negativas de los profesores son:*
5. *Las personas que tienen mayor grado académico se caracterizan por ser:*

Se les pidió a los participantes escribir 5 palabras a partir de los enunciados estímulos. Las palabras podían ser adjetivos, sustantivos o verbos. Posterior a esto los médicos tenían que jerarquizarlas por medio de números de acuerdo su relevancia personal.

Análisis de las redes semánticas modificadas

De acuerdo con protocolo de análisis las Redes Semánticas Naturales, se realizó lo siguiente (Muñoz, 2005):

1. Se obtuvo el tamaño de la red contando el número total de palabras definidoras para cada frase estímulo.
2. Posteriormente se obtuvo el peso semántico por medio de la suma de las frecuencias ponderadas para cada palabra.
3. Después se obtuvo la distancia semántica cuantitativa asignando el porcentaje de 100% a la definidora que constituía el núcleo de la red y por medio de una regla de tres se determinó el valor de las palabras restantes hasta el punto de quiebre de la red semántica.

Aspectos éticos:

Este es un estudio de tipo cualitativo; sin riesgo de acuerdo a la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. Los aspectos éticos que se consideraron en esta investigación son:

Consentimiento Informado

1. Previa a la participación de los residentes se les dio una breve explicación acerca de los objetivos del proyecto, los alcances de su participación y el manejo sus datos y su privacidad.
2. Se les proporcionó el consentimiento informado por escrito del estudio, antes de iniciar con su colaboración en el trabajo.
3. La participación o rechazo de los sujetos en el estudio no tuvo ningún efecto en su situación académica.

Anonimato

4. La identidad de los participantes y de los informantes se va mantuvo de forma anónima durante la realización del estudio.
5. Se cuidaron los detalles que puedan permitir la identificación del informante.

Confidencialidad

6. La información recabada en esta investigación solo fue utilizada con estos fines
7. La información utilizada en este proyecto fue aquella que los informantes autorizaron usar.
8. La información obtenida y los resultados de este estudio de investigación no fueron usados en perjuicio de los participantes y tampoco tuvo efecto alguno sobre su situación académica
9. Se protegió el bienestar, la privacidad de sus datos y la protección de sus derechos de los participantes en todo momento.

Ejes Teóricos de la Investigación

Jerarquías	Sistema de Organización del personal de salud que permite marcar las diferencias entre las funciones, obligaciones y derechos de cada uno de los niveles implicados, teóricamente se facilita la comunicación y organización entre los de mayor grado jerárquico con los de menor grado. (Franco-Osorio, 1988)
Cultura Organizacional	<p>“A la programación colectiva de la mente que distingue a los miembros de una organización de otra. Esta cultura va ser holística, determinada, relacionada con el estudio de rituales y símbolos. Se encuentra socialmente construida y es difícil de modificar” (Hofstede, 2017).</p> <p>Conjunto de normas, valores, y rituales que van a marcar las pautas de interacción entre los médicos residentes</p>
Poder	Es la probabilidad de imponer la propia voluntad dentro de una relación social, aún contra toda resistencia y cualquiera que sea el fundamento de esta” (Weber, 1979).
Médico Residente	Personal en formación que ejerce su poder en base a la cultura organizacional, jerarquía en la que se encuentra

Tabla 1. Ejes teóricos de la investigación

Sistema de Relaciones Conceptuales

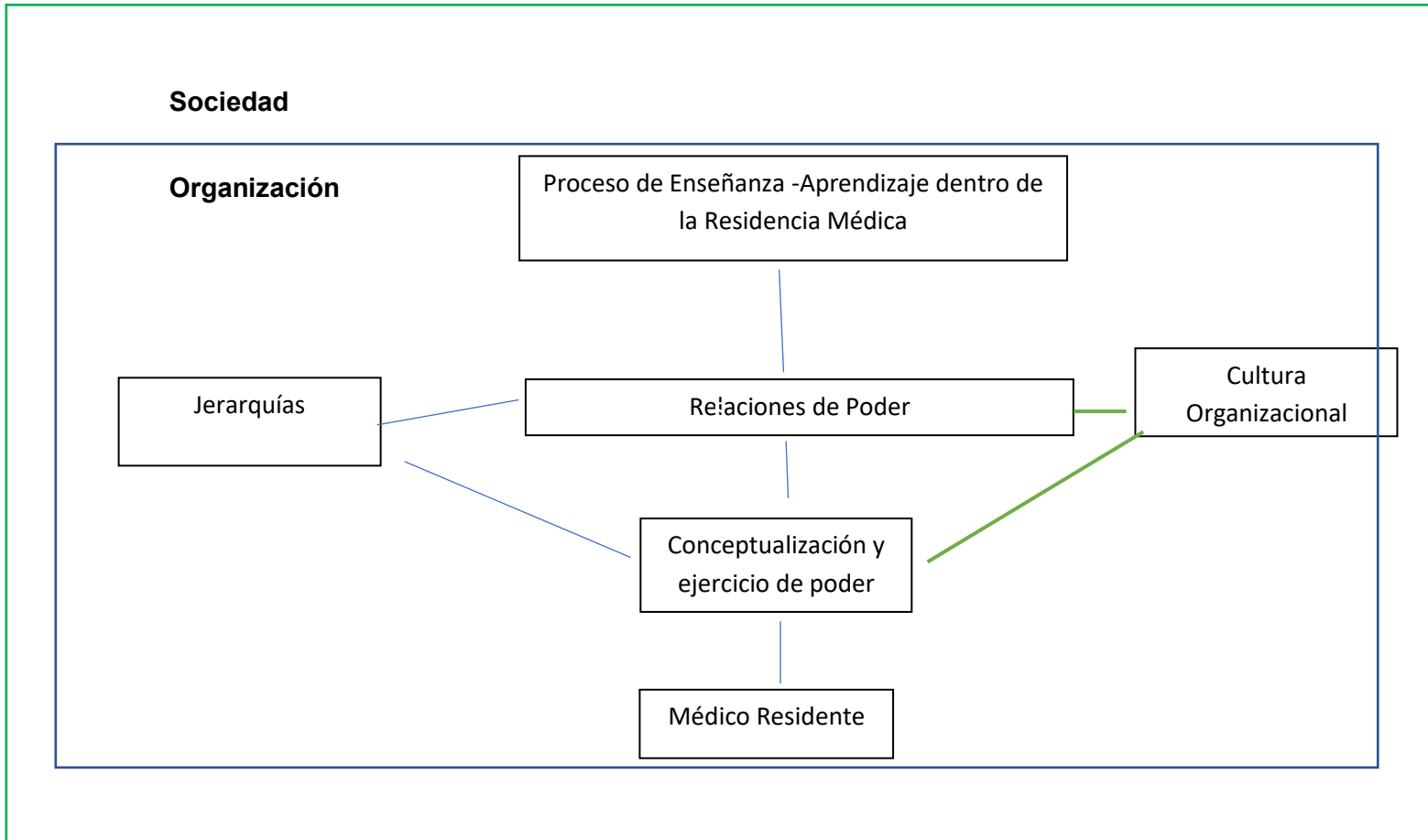


Gráfico 1. Sistema de relaciones conceptuales

Variables

VARIABLE	DEFINICION OPERATIVA	TIPO DE VARIABLE	CATEGORÍAS
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento del individuo	<ul style="list-style-type: none"> ○ Cuantitativa ○ Discreta 	Número de años cumplidos
Sexo	Se refiere al conjunto de características biológicas que definen al espectro de humanos en femenino/masculino	<ul style="list-style-type: none"> ○ Cualitativa ○ Nominal 	Femenino Masculino
Estado civil	Situación personal en que se encuentra una persona física en relación con otra, con quien se crean lazos jurídicamente reconocidos	<ul style="list-style-type: none"> ○ Cualitativa ○ Nominal 	Soltero/divorciado/viudo Casado/unión libre
Nacionalidad	Condición que reconoce a un individuo la pertenencia a un estado o nación	<ul style="list-style-type: none"> ○ Cualitativa ○ Nominal 	✓ Mexicano ✓ Extranjero
especialidad médica	Estudios de posgrado que realiza un médico cirujano para adquirir conocimientos de un área especializada de la medicina	<ul style="list-style-type: none"> ○ Cualitativa ○ Nominal 	○ Nombre de la especialidad que cursa
Grado académico durante la residencia	Es la distinción dada por la institución educativa para determinar el año académico que se está cursando	<ul style="list-style-type: none"> ○ Cualitativa ○ Ordinal 	1°,2°,3°,4°,5°,6°,7°,8°,9°

Abuso	Es el acto que lastima de forma intencional ya sea física o emocionalmente a cualquier persona	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Cualitativa ✓ Nominal 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Conceptualización ✓ Ejercicio ✓ Tipos
Poder	“Es la probabilidad de imponer la propia voluntad, dentro de una relación social, aun contra toda resistencia y cualquiera que sea el fundamento de esa probabilidad”	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Cualitativa ✓ Nominal 	<ul style="list-style-type: none"> -conceptualización -ejercicio
Jerarquía	Organización de personas en una escala ordenada y subordinante según criterio de relevancia dentro de la misma	<ul style="list-style-type: none"> • Cualitativa • Nominal 	<ul style="list-style-type: none"> -conceptualización -ejercicio
Liderazgo	La capacidad que tiene una persona para influir en un grupo para el logro de determinados objetivos	<ul style="list-style-type: none"> • Cualitativa • Nominal 	<ul style="list-style-type: none"> -conceptualización -ejercicio
Antecedente personal de maltrato -Laboral	Abusos de tipo psicológico, físico o académico que causen o puedan ocasionar daño a la persona maltratada	<ul style="list-style-type: none"> • Cualitativa • Nominal 	<ul style="list-style-type: none"> • SI/NO • Tipo • Ejercicio

Tabla 2. Variables del protocolo de investigación

Recursos disponibles:**Financiamiento:**

El financiamiento de este protocolo de investigación fue proporcionado por la beca mensual otorgada por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT)

EQUIPO	COSTO APROXIMADO
1 computadora personal	Se cuenta con el recurso
1 Ipad	Se cuenta con el recurso
Cuenta de correo electrónico	Se cuenta con el recurso
Paquetería Office Microsoft 2016	\$ 2, 599.00

Tabla 3. Recursos disponibles

Participantes:

Como grupo, es el primer proyecto que se diseña. La investigadora responsable tiene grado de doctorado y realiza investigación en el campo de la educación médica dentro del Instituto Mexicano del Seguro Social. La colaboradora tiene maestría en bioética y ha realizado estudios relacionados con el tema de poder en medicina dentro del IMSS. Los miembros del comité tutorial son externos al IMSS, expertos en bioética, psicología social y educación médica.

Tecnológicos:

Se utilizarán los programas de paquetería Office. Excel donde se realizaron las bases de datos y la realización de los gráficos y Word para la redacción de la tesis de maestría

Resultados:

El número total de participantes de este estudio fue de 20 residentes, en la tabla 1 se presentan las características sociodemográficas de los médicos que colaboraron.

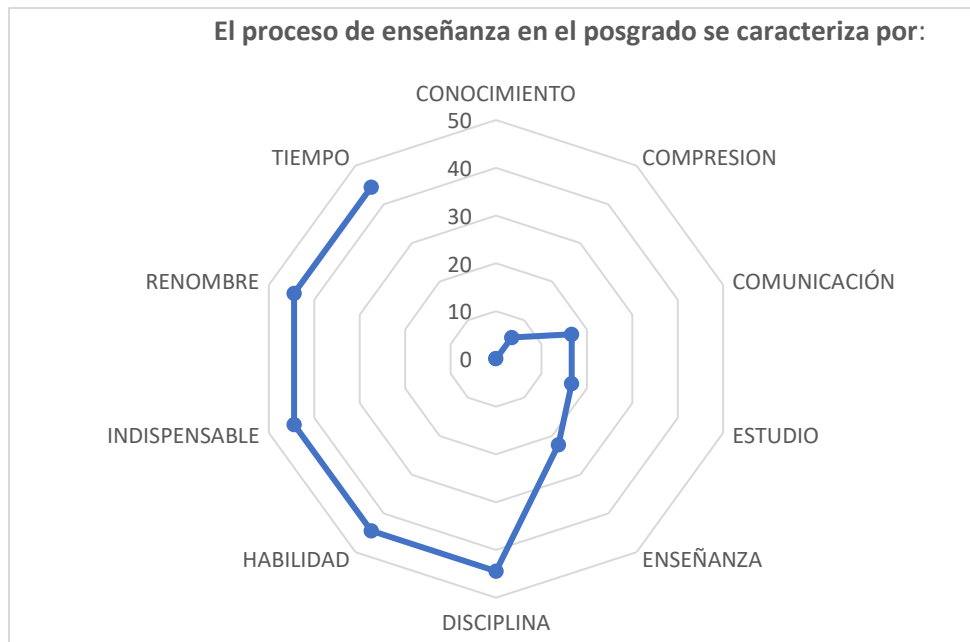
Tabla 4. Características sociodemográficas de los médicos de posgrado participantes

Edad promedio	26 años	
Sexo		
Mujer n (%)	14 (70%)	
Hombre n (%)	6 (30%)	
Grado académico	Residente de segundo año	7 (35%)
	Residente de tercer año	9 (45%)
	Residente de cuarto año	1 (5%)
	Residente de quinto año	3 (15%)
Nacionalidad	Mexicano	19 (95%)
	Extranjero	1 (5%)

Estado Civil	Soltero	18 (90 %)
	Casado	1 (5%)
	Unión Libre	1 (5%)
Especialidad	Medicina Interna	3 (15%)
	Anestesiología	5 (25%)
	Urgencias médico -quirúrgicas	8 (40%)
	Medicina Perioperatoria	1 (5%)
	Medicina del enfermo en estado crítico	1(5%)
	Gastroenterología	2 (10%)

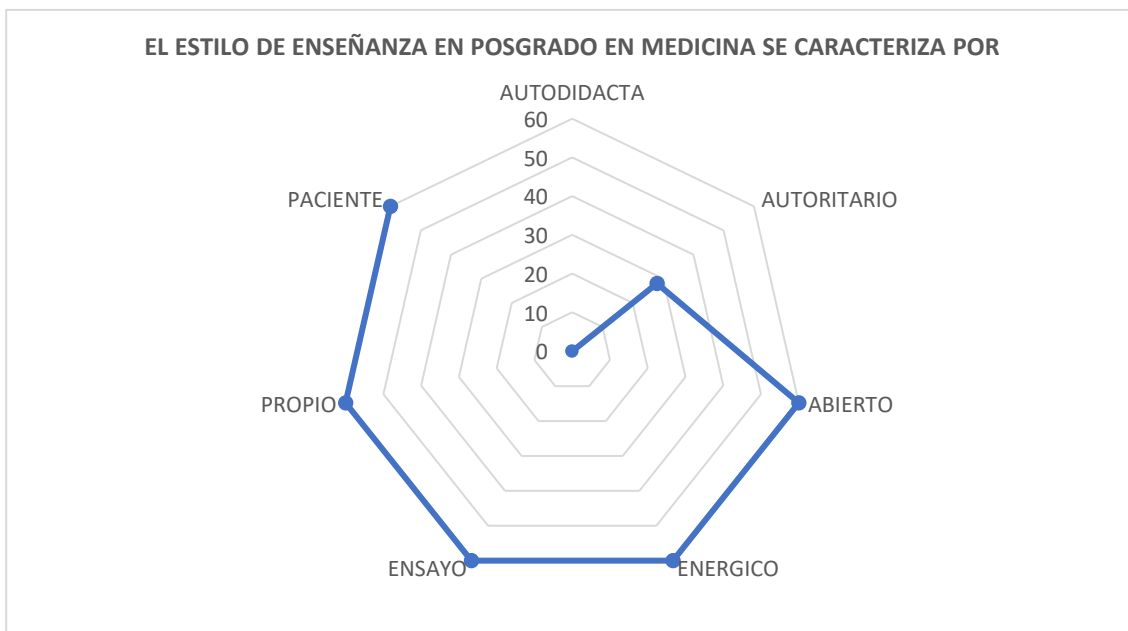
La primera frase estímulo fue, *el proceso de enseñanza en el posgrado se caracteriza por*. Para esta pregunta se obtuvo un tamaño de la red de 28 palabras. El núcleo de la red estuvo constituido por la palabra conocimiento. La red semántica estuvo compuesta por 10 palabras antes del punto de quiebre. Estas se muestran en el gráfico uno.

Gráfico 2. Red semántica sobre el proceso de enseñanza en el posgrado



La segunda frase estímulo exploró *el estilo de enseñanza en el posgrado en medicina*. Para esta red semántica se obtuvo un tamaño de la red de 30 palabras. El núcleo de la red quedó constituido por la palabra *autodidacta*. La red semántica antes del punto de quiebre estuvo formada por 7 palabras como se muestra en el gráfico dos.

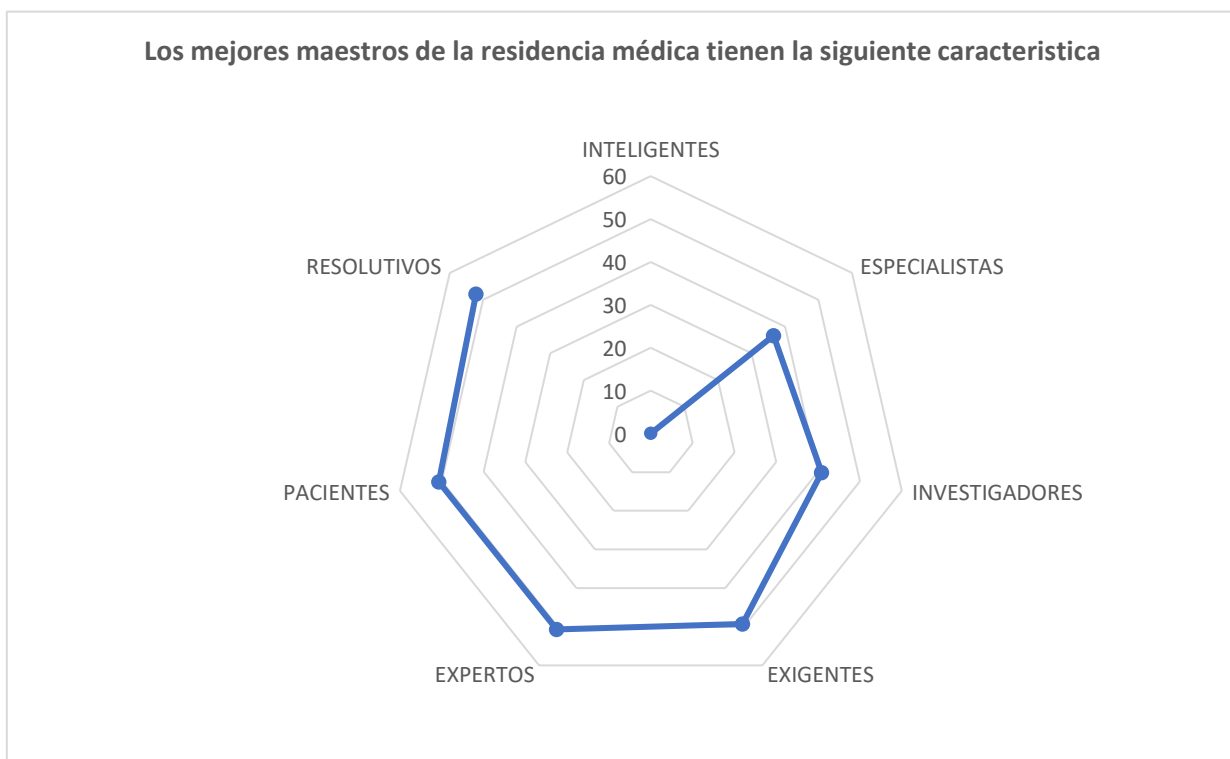
Gráfico 3. Red semántica sobre las características del estilo de enseñanza en el posgrado



Las preguntas estímulo tres y cuatro investigaron características positivas y negativas de los maestros durante la residencia médica. Se exploraron con las siguientes frases estímulo: *los mejores maestros de la residencia médica tienen la siguiente característica y las características negativas de los profesores son.*

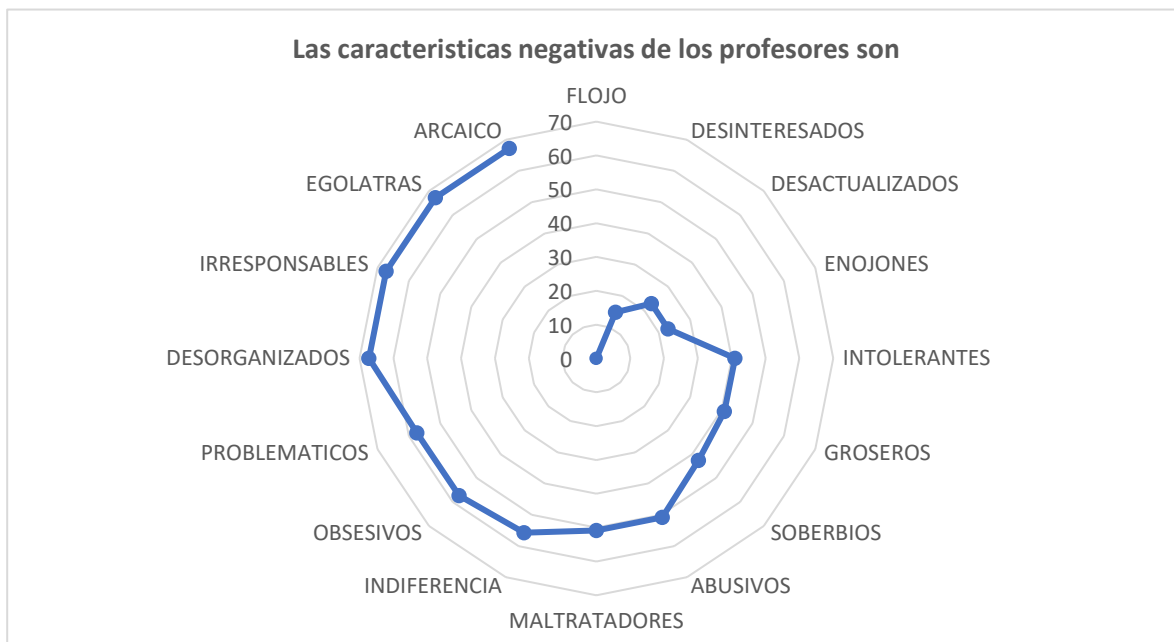
Para las características positivas se obtuvo un tamaño de la red de 30 palabras. La red quedó constituida con 7 palabras antes del punto de quiebre como se muestra en el gráfico tres. El núcleo de esta pregunta quedó compuesto por la palabra inteligentes.

Gráfico 4. Red semántica sobre las características de los mejores maestros de la residencia médica



La pregunta cuatro exploró las características negativas de los profesores, tuvo un tamaño de red de 53 palabras. El núcleo estuvo contituido por la palabra flojo. La red tiene 16 palabras antes punto de quiebre como se muesntra en la gráfica cuatro.

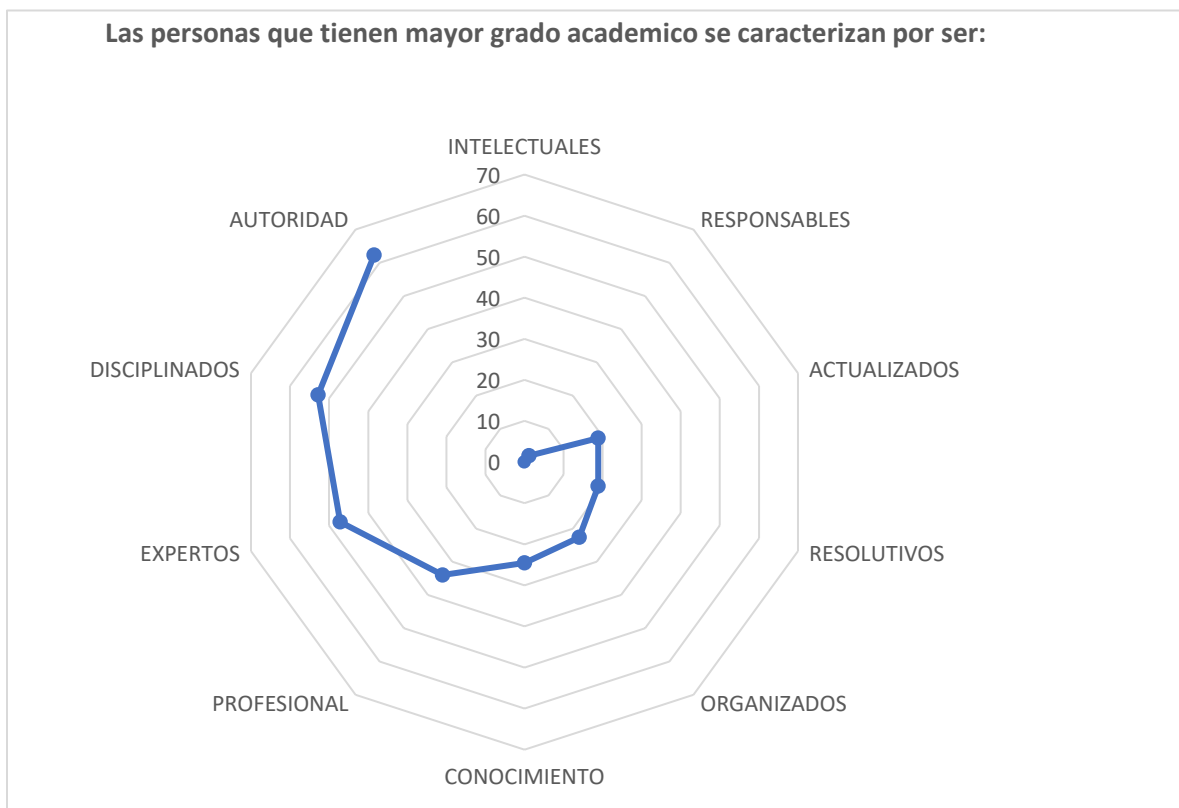
Gráfica 5. Red semántica sobre las características negativas de los profesores



La quinta pregunta investigó la conceptualización sobre las características que tienen las Personas de mayor grado académico. Esto se exploró con la siguiente frase : *las personas que tienen mayor grado académico se caracterizan por ser.*

El tamaño de la red de esta frase estuvo conformado por 54 palabras. El núcleo lo constituyó la palabra intelectuales. Diez palabras formaron la red antes del punto de quiebre como se ve en el gráfico cinco.

Gráfico 6. Red semántica relacionada con el grado académico



Capítulo 5. Discusión

“La ausencia de una prueba no es la prueba de una ausencia”

Carl Sagan

“...se despertó una mañana después de un sueño intranquilo, se encontró sobre su cama convertido en un monstruoso insecto”.

La metamorfosis - Franz Kafka

Este trabajo de investigación permitió obtener la conceptualización de poder por parte de los médicos residentes dentro del sistema jerárquico en el que se desenvuelven. Este acercamiento se logró por medio del uso de redes semánticas naturales modificadas. El diseño de este trabajo fue cualitativo. La relevancia de este proyecto de investigación es mostrar que el poder no solo se encuentra en manos del gobierno o de instituciones de seguridad como la policía o el ejército. Habitualmente pensamos que el poder se encuentra dentro de estas instituciones y son ellas las encargadas de ejercerlo. Si pensamos en un sistema educativo en la clínica, pareciera ser un escenario neutro e independiente de relaciones de poder. Teóricamente este sistema educativo, en el cual se encuentran inmersos los médicos, está diseñado para ser una fuente de creación y distribución de conocimiento. Partiendo de la conceptualización de poder propuesta por Foucault, el poder se encuentra en la sociedad de forma permanente. El sistema educativo clínico no escapa de esto. Los médicos en formación se encuentran dentro de esta red de poder que les ira determinado de forma consciente e inconsciente su quehacer profesional y educativo. Los médicos residentes ingresan a un modelo de formación basado en jerarquías. Por medio de estas, los futuros especialistas aprenden cuáles son sus funciones, sus obligaciones, sus actividades y normas de conducta aceptadas en el hospital. Es decir, los médicos residentes trabajan, aprenden y enseñan bajo un sistema de grados académicos.

Se ha citado como una causa de ejercicio inapropiado de poder a las estructuras jerárquicas. Bonafons en el 2009 mostró en su trabajo que el 90% de las personas que llevaban un proceso legal por acoso mental en Francia, tenían un puesto de mayor jerarquía respecto a la víctima. Su estudio no reporto ningún proceso legal de alguien de menor jerarquía (Bonafons, Jehel, & Coroller-Béquet, 2009). Si esta información la trasladamos al contexto de las sedes hospitalarias donde se forman los médicos especialistas, el sistema jerárquico es un factor que favorece ejercicios de poder asimétricos. Hasta el 71% de los casos relacionados con abuso de poder son realizados por médicos de mayor grado en la escala jerárquica, como son: los médicos adscritos, médicos residentes de mayor jerarquía y personal directivo. La frecuencia de este ejercicio asimétrico de poder en esta etapa de formación médica se encuentra descrita entre un 60-95%. Los datos de este fenómeno en México son muy variables, de lo reportado en 2017, se encuentra el estudio de Sepúlveda y cols. que muestra una frecuencia de ejercicio inapropiado de poder de un 32% por autorreporte y un 82.4% por cuestionario autodirigido (Sepúlveda-Vildósola & Reyes-lagunes, 2017). *A pesar de que el abuso de poder por médicos de mayor grado es un fenómeno con elevada frecuencia en el ámbito clínico; cuando se explora el constructo de poder por medio, del rol ejercido de acuerdo con el grado jerárquico, los médicos no conceptualizaron de primera instancia palabras relacionadas con ejercicio inapropiado del poder. Ellos percibieron a las personas de mayor rango jerárquico y su ejercicio de poder con rasgos positivos. Dentro de las tres palabras con las que definieron a las personas con mayor jerarquía se encontraron intelectuales, responsables y actualizados. La palabra autoridad se encuentra como décima definidora en esta red semántica.* Este fenómeno puede ser explicado por diversas situaciones. Una de ellas es que los médicos residentes no son conscientes de lo que se califica como abuso y pueden tener una actitud ingenua ante un comportamiento abusivo. Otra situación que puede favorecer esta conceptualización es que los médicos en formación no sienten confianza en el sistema de

denuncias y tienen temor de las represarías que pueda generar el manifestar situaciones de abuso de poder. Y quizá cuando tienen la confianza de exponer su situación, no conozcan la forma de cómo y con quién realizar su denuncia. Estos factores aunados al poco entrenamiento que han mostrado los médicos supervisores para el manejo de estas situaciones pueden favorecer que los médicos muestren una baja comunicación del maltrato durante la especialización médica, pues solo el 12 % de ellos notifican esta situación (Leisy & Ahmad, 2016). Este comportamiento se ve reflejado en la forma en que los médicos conceptualizaron el poder relacionado con el grado jerárquico en este estudio.

Los resultados de esta red semántica se pueden analizar bajo el marco teórico de la cultura organizacional propuesta por Hofstede. De acuerdo con las seis dimensiones de la cultura organizacional planteadas, México se encuentra con un puntaje elevado en el concepto de índice de distancia de poder. Los mexicanos esperan y pueden llegar a aceptar como “normal” la distribución asimétrica de este. Este rasgo cultural puede permear en el sistema educativo de los médicos. Los residentes de menor grado pueden ver habitual este comportamiento asimétrico de poder durante su formación académica. Esta dimensión de la cultura organizacional se puede contrastar con un país con un índice de distancia de poder bajo. Irlanda es el país con menor puntaje dentro de esta dimensión de la cultura organizacional. Los irlandeses consideran que las desigualdades entre las personas deben ser minimizadas (Hofstede, 2017). Estos rasgos culturales se reflejan en la incidencia de maltrato en los médicos reportada entre México e Irlanda. Mientras que en México hay reportes de prevalencia de abuso de poder hasta del 82.4 % en Irlanda se ha reportado una prevalencia del 30% (Leisy & Ahmad, 2016; Sepúlveda-Vildósola & Reyes-lagunes, 2017). Los porcentajes de incidencia de ejercicio inapropiado de poder parecen estar relacionados con los rasgos culturales de cada país

La enseñanza en esta etapa de formación médica se efectúa por la interacción con otros profesionales de la salud de distintos grados jerárquicos (Hamui-Sutton et al., 2014). Actualmente esta labor recae de forma importante en los residentes, pues como ya se mencionó previamente la mitad del aprendizaje de un médico en formación proviene de otro médico en formación. A pesar de ser una actividad habitual en la clínica menos del 15% de los médicos refirió tener algún entrenamiento docente o pedagógico (Brown, 1970). Este protocolo de investigación mostró en la red semántica relacionada con las características de la enseñanza un fenómeno interesante, los médicos que participaron ven en su formación educativa una actividad principalmente autodidacta, es decir, no perciben que la mayoría de su enseñanza proviene de otro médico residente de mayor grado.

Este trabajo no logró la saturación teórica, por lo cual este resultado puede ser diferente a lo reportado previamente con relación al residente como educador. El objetivo de este proyecto fue obtener la conceptualización de poder. Esta investigación se acercó a este propósito por medio de distintas aristas. Una de ellas fue obtener la conceptualización de poder relacionado con el estilo y el tipo de enseñanza durante el posgrado de medicina. En estas redes semánticas se encontraron palabras como autoritario, disciplina y exigentes en las primeras definidoras. A pesar de todas las actividades relacionadas para mejorar la práctica docente en las residencias médicas, como la integración al currículo central, de un seminario de educación a las especialidades médicas avaladas por Universidad Nacional Autónoma de México (Sánchez-Mendiola, et. al. 2010). Los médicos en formación siguen utilizando el abuso de poder como una herramienta funcional educativa, con un efecto pedagógico positivo. Siguen repitiendo esta conducta para lograr el aprendizaje de sus residentes de menor grado. Los médicos ven en estas conductas un instrumento educativo que les permite alcanzar su objetivo (Cortes Barre, 2010; Leisy & Ahmad, 2016). Esta forma de enseñar solo refleja la falta de profesionalización del docente en medicina. La mayoría

de los profesores adquieren esta formación no profesional y la reproducen de forma no reflexiva. Otro factor importante que favorece esta conducta es la selección de un maestro de medicina, generalmente este es elegido en base a su experiencia y desempeño clínico, sin considerar de forma primordial su formación docente previa. Esto se ve reflejado en la red semántica que explora las características positivas de sus docentes. *Los médicos residentes que participaron en el estudio visualizaron a los mejores profesores, a aquellos médicos que son: inteligentes, especialistas, investigadores y expertos. En esta red no aparecen definidoras relacionadas a un docente con formación educativa en el área.* Los profesores son un punto clave para poder instituir cambios del proceso de enseñanza-aprendizaje en la clínica y evitar se sigan repitiendo patrones que solo denotan la falta de profesionalización docente en medicina (Maria & Costa, 2010). *La poca profesionalización docente en el área médica y la justificación de abuso de poder como herramienta pedagógica se ven reflejados en la red semántica que aborda el estilo de enseñanza en el posgrado. En esta aparece como segunda definidora la palabra autoritario. La conceptualización de ejercicio de poder dentro del quehacer educativo refleja una relación social asimétrica y unidireccional en este proceso de formación. Esta conceptualización de poder estaría acorde a la definición de Weber, donde se ve como una forma de dominación-represión. Como podemos observar la enseñanza dentro de la clínica muestra el ejercicio del poder reflejado en conductas y códigos de la cultura médica. Lempp y cols. reportaron que los médicos aprendieron la importancia del sistema jerárquico por medio de la enseñanza que involucró algún tipo de abuso de poder por médicos de mayor rango (Lempp, 2004).*

Otra de las aristas utilizadas en este estudio para llegar a la conceptualización de poder fue por medio de las características de sus docentes. Cuando se analiza la *red semántica relacionada con características negativas de los profesores muestra palabras relacionadas con ejercicio asimétrico del poder. Los médicos en formación conceptualizaron a sus docentes como médicos desinteresados, desactualizados, enojones, intolerantes y groseros en las primeras cinco palabras definidoras. Esta red nos muestra que el médico residente se encuentra dentro de una cultura organizacional con tendencia a un índice de distancia de poder alto.* De los riesgos que implica tener una cultura organizacional con un IDP alto (índice de distancia de poder) se encuentra la comunicación poco efectiva. Los médicos de menor rango raras veces cuestionan las decisiones de sus superiores, aun sabiendo que éstas pueden ser equivocadas. Este código de conducta establecido aunado al IDP alto pueden generar la posibilidad de errores médicos que impacten en el desenlace de un paciente (Morales-Oyarvide, 2015) (Hamui-Sutton et al., 2014). Dentro de estos códigos de conducta, el silencio juega un papel crucial. Cuando el silencio sucede dentro de un ámbito laboral se denomina Silencio Organizacional. Este constructo se define como “aquél hecho observable y compartido donde los empleados rechazan dar a conocer sus opiniones o preocupaciones sobre problemas latentes de la organización” (Leyva-Moral, 2007). Los médicos eligen esta conducta para evadir repercusiones académicas, para evitar salir del grupo del que pertenecen y ser etiquetados (Leisy & Ahmad, 2016). Esta conducta es peligrosa porque no solo favorece la mala comunicación, sino, por las repercusiones que puede conllevar con los pacientes. En el año 2005 Se realizó el estudio llamado “Silence kills: The seven crucial conversations for healthcare”. El estudio muestra que más del 50% de los trabajadores encuestados habían presenciado ver a otros compañeros romper reglas, cometer errores, demostrar incompetencia, una falta de trabajo en equipo y faltas de respeto; pero solo uno de cada diez trabajadores de la salud hablaba de estas situaciones. Esta conducta involucra la atención y la seguridad de los pacientes. Estudios

previos han reportado que más del 60% de errores en la administración de fármacos son ocasionados por la falta de comunicación interpersonal. *The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* sugiere que la falta o la inadecuada comunicación es una de las causas principales para este tipo de situaciones (Maxfield, Grenny, McMillan, Patterson, & Switzler, 2005). El índice de distancia de poder elevado aunado al silencio organizacional también repercute en los residentes. Estos dos factores son importantes para que los malos tratos persistan en el sistema. Las consecuencias que esta combinación tiene sobre los residentes van desde problemas para la convivencia social, dificultar el aprendizaje, menor motivación para aprender y menos compromiso profesional. Los residentes que sufren de abuso de poder en esta etapa tienen mayor probabilidad de trastornos ansioso-depresivos, problemas cardiovasculares e incluso pueden llegar al suicidio o cometer actos de homicidio (Sepúlveda-Vildósola & Reyes-lagunes, 2017).

Como se puede ver la enseñanza en la clínica no solo va reflejar el ejercicio asimétrico del poder y la falta de profesionalización docente. La enseñanza también es un medio para que los médicos aprendan del sistema jerárquico en el cual se encuentran inmersos desde el primer día de la residencia médica. Las implicaciones de esta cultura organizacional van más allá del ámbito educativo. Los médicos aprenden y enseñan diversos comportamientos en la clínica, sin visualizar las implicaciones que puede tener este fenómeno en ellos mismos y en los pacientes. Es interesante cuando se comparan las redes semánticas de características positivas y negativas de los profesores. Los médicos residentes tienen más palabras definidoras en la red semántica relacionada con características negativas. El tamaño de esta red fue de 53 palabras comparada con la red que explora las características de los mejores maestros, donde el tamaño de red fue de 30 palabras. Las primeras cuatro definidoras de la red semántica relacionada con las características negativas fueron las

palabras flojo, desinteresados, desactualizados y enojones. Todo este “*bagaje*” cultural al que se encuentra expuesto el residente se ve reflejado en la forma de conceptualizar características negativas y positivas de sus profesores. De forma consciente e inconsciente, la cultura organizacional va moldeando su habitus y doxa (Consejo & Treviño, 2008). Foster y cols. mencionan que las relaciones de jerarquía, ejercicio de poder, las experiencias, buenas o malas, dentro de su formación de médicos especialistas; van a contribuir al desarrollo de la identidad profesional (Foster & Roberts, 2016). En los últimos 15 años ha habido un interés creciente en enseñar a los estudiantes de medicina a pensar y actuar como médicos. El desarrollo de una identidad profesional es tan importante como la adquisición de habilidades y conocimientos. Existen reportes de la literatura que los ambientes clínicos, los docentes y los pacientes son muy significativos para el desarrollo de una imagen profesional de ellos mismos. Los contextos de la organización en la clínica también son pieza clave para la formación de la identidad. Estos entornos pueden plantearles desafíos importantes, para ejemplo está, que los médicos en formación deben aprender a acoplarse en el sistema jerárquico manteniendo al mismo tiempo sus valores personales y su autovaloración. Los años de formación como especialista son cruciales para el desarrollo de su identidad profesional, pues es durante este periodo donde se llevará a cabo la transición de estudiante a profesional de la salud.

Este conocimiento es importante ya que va impactar en el propio residente, con los profesionales de la salud con los que se desenvuelve y con los pacientes (Wilson, et al., 2013). Toda esta cultura organizacional a la que se encuentra expuesto el médico residente va aportar para la formación de su identidad profesional, entonces si el médico se encuentra expuesto de forma constante a relaciones asimétricas de poder, ve a sus docentes como personas sin profesionalización en el área educativa y tiene mayor

conceptualización de las características negativas que positivas de sus docentes, va desarrollar una identidad permeada de todos estos rasgos. Es relevante que las personas que participan en la formación de médicos comprendan que estos factores aunado a sus actitudes, acciones y pensamientos pueden impactar en la formación sus estudiantes (Wilson et al., 2013).

Otro rasgo en el ámbito médico que podría favorecer relaciones asimétricas de poder es la competitividad. En este tipo de situaciones los individuos buscan efectos beneficiosos para sí mismos. Un aprendizaje competitivo busca que el estudiante se desempeñe mejor. Estos tipos de ambientes favorecen que los estudiantes obstruyan el éxito de los demás, ellos trabajan de forma individual y buscan ser los mejores de ese grupo (Pliego, 2011). La competitividad puede estar relacionada con la dimensión de masculinidad propuesta en la definición de cultura organizacional de Hofstede. México tiene un puntaje de 69 puntos, que los sitúa como una sociedad de rasgos masculinos, es decir una sociedad impulsada por la competencia, el logro y el éxito. Un ejemplo claro de esta situación es el examen que se sustenta para ingresar a una especialidad médica en el país. El examen nacional de aspirantes a residencias médicas determina el acceso a la especialidad con base en la calificación obtenida. En el año 2012 se ofertaron 6,900 plazas en veintiocho especialidades de entrada directa para un total de 55 mil sustentantes de la prueba. Para el año 2016, 41 mil médicos generales sustentaron este examen, nuevamente con una proporción menor de plazas ofertadas (Casas Patiño, et. al, 2013)(Díaz-Maldonado, 2016). Habitualmente la elección de un especialista o subespecialista en medicina se guía por buenas calificaciones o por considerar a la medicina como una profesión que asegura dinero y estatus en una sociedad (Shim et al., 2016). Este ambiente competitivo, donde el logro y el éxito juegan un rol en la formación del *habitus* médico, favorecerá que los galenos que están dentro de una

organización con rasgos masculinos busquen impresionar a sus jefes para preparar el camino para algún puesto de trabajo en el futuro (Lempp, 2004). *En este estudio las redes semánticas relacionadas con el proceso de aprendizaje muestra la palabra renombre como novena definidora. En cuanto a la red relacionada con las características positivas de sus profesores aparecen rasgos relacionados con logro y éxito, pues sus mejores maestros son inteligentes, especialistas e investigadores. Como se ha mencionado con anterioridad, el ambiente de aprendizaje en medicina puede tener rasgos masculinos, en este estudio se observó esta conceptualización de la cultura en la que se desenvuelven y puede ser un factor que favorezca relaciones de poder con asimetría en el ámbito clínico. La finalidad de estos hallazgos de este proyecto de investigación es generara una práctica reflexiva de los profesores clínicos y residentes sobre cómo actúan en el ambiente clínico. El generar una conciencia de como su entorno y su comportamiento repercute en su ambiente de aprendizaje, en ellos mismos y sus pacientes. Esta investigación pretende aportar conocimiento que desarrolle un cambio colectivo, donde el poder en forma de abuso deje de ser una de las principales herramientas de aprendizaje para los futuros especialistas.*

Conclusiones

“Mi humanidad está ligada a la tuya, porque solo juntos podemos ser humanos.”

Desmond Tutu, activista por los derechos sociales y obispo de Sudáfrica

ALIIIS VIVERE

del latín "Vivir para los demás".

Hace más de una década ingresé a la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México para formarme como médico. No sabía todas las implicaciones que tendría sobre mí el portar un uniforme blanco. Al principio solo visualicé que esta profesión me había dado la oportunidad de formarme como especialista en anestesiología, mis mejores amigos, un trabajo en un hospital público y en estos dos últimos años formarme como profesional en la educación médica. Este proyecto de investigación me llevó a reflexionar la forma en la que aprendemos y lo que aprendemos durante los 10 años o más de formación médica.

Crear que el ejercicio inapropiado de poder es la mejor forma para “Hacernos Médicos” va en contra de la finalidad esencial de la educación que propone la United Nations Educational Scientific and Cultural Organization (UNESCO). Esta organización ve a la educación como un medio para “fomentar la dignidad, la capacidad y el bienestar de las personas” (UNESCO, 2015) Los médicos que nos formamos como especialistas dentro de este sistema jerárquico sabemos que muchas veces estos preceptos quedan lejanos a nuestra educación. Factores como la carga asistencial, la competitividad, la falta de profesionalización docente y la cultura organizacional, favorecen un medio fértil para que el ejercicio inapropiado de poder sea una herramienta educativa no solo de conocimientos médicos.

La poca reflexión de los comportamientos “habituales” en el hospital por parte de la comunidad médica no ha dejado ver que repercuten en el desarrollo de la cultura en la que estamos cotidianamente trabajando, estudiando y educando. La identidad profesional de los médicos se construye de todos estos aprendizajes formales e informales. Permitir que el abuso, el maltrato y el bullying sigan como conductas “aceptadas” en nuestro entorno es permitirnos a nosotros mismos trabajar, estudiar y educar en un entorno que nos daña física y psicológicamente. Estas acciones también repercuten en la seguridad y calidad de atención que brindamos a nuestros pacientes.

Este proyecto de investigación es una contribución pequeña, pero no desdeñable, a nuestro entorno educativo en la clínica como médicos especialistas. Se debe generar más investigación con la finalidad de mejorar los entornos de aprendizaje. Mucho de lo que somos, hacemos y pensamos es un reflejo de esta cultura en la que estamos inmersos.

Fortalezas de la investigación

- Las redes semánticas naturales modificadas es una técnica de recolección de datos que permite observar la organización del mundo social del individuo y la asignación de significados. Esta herramienta puede analizarse de forma cualitativa y cuantitativa. La información recabada por medio de esta metodología en este proyecto puede generar nuevas hipótesis, nuevas preguntas de investigación e instrumentos para abordar temáticas relacionadas con este tema.
- Las redes semánticas naturales modificadas fueron analizadas de forma cualitativa en esta investigación. Los resultados obtenidos muestran información similar a la obtenida por otras técnicas de recolección de información cualitativa.

Limitaciones

- Este estudio no explora las dinámicas de más sedes hospitalarias, la cuales pudieran ser distintas a las sedes participantes.
- Esta investigación solo contó con la participación de sedes hospitalarias públicas.
- A pesar de que las indicaciones eran claras y se contaba con un ejemplo en el formato aplicado, se generó confusión en el llenado del este. El poco conocimiento de esta técnica metodológica por parte de los médicos residentes puede ser un factor que limite la participación.

Potenciales líneas de investigación

El continuar con el proceso de investigación de este tema con sus diferentes aristas y enfoques es una herramienta que de pauta a potenciales líneas de investigación. Las conceptualizaciones de poder y jerarquía podrían verse modificadas por los rasgos de la cultura organizacional de México. Este proyecto puede desarrollarse en países con rasgos similares o distintos en las dimensiones propuestas por Hofstede y comparar las conceptualizaciones de los médicos residentes en México y sus homólogos de otro país. Entre los temas que podrían derivarse de este proyecto de maestría se encuentran:

- Formación de identidad y su impacto en la enseñanza/ en el paciente
- Cultura organizacional y errores médicos
- Cultura organizacional y profesionalismo
- Estrategias para disminuir el ejercicio inapropiado del poder

- Evaluación y funcionamiento de las estrategias para disminuir el ejercicio inapropiado de poder
- Tipos de conflicto que se presentan en la residencia
- Estrategias de manejo de conflicto durante la residencia médica

Referencias Bibliográficas

1. Brown, R. (1970). House Staff attitudes toward teaching. *J Med Educ*, 45:156-159.
2. Bonafons, C., Jehel, L., & Coroller-Béquet, A. (2009). Specificity of the links between workplace harassment and PTSD: Primary results using court decisions, a pilot study in France. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 82(5), 663–668. <https://doi.org/10.1007/s00420-008-0370-9>
3. Casas Patiño, D., Rodríguez Torres, A., Casas Patiño, I., & Galeana Castillo, C. (2013). Residentphysicians in Mexico: tradition or humiliation. *Medwave*, 13(7), e5764–e5764. <https://doi.org/10.5867/medwave.2013.07.576>
4. Consejo, C., & Treviño, C. V.-. (2008). Etica y relaciones de poder en la formación de médicos residentes e internos : Algunas reflexiones a la luz de Foucault y Bourdieu. *Medigraphic Artemisa*, 11(1), 16–20.
5. Cook, D. J., Liutkus, J. F., Risdon, C. L., Griffith, L. E., Guyatt, G. H., & Walter, S. D. (1996). Residents’ experiences of abuse, discrimination and sexual harassment during residency training. *Cmaj*, 154(11), 1657–1665.
6. Cortes Barre, M. (2010). “ La letra con sangre entra ”: el maltrato en la formación médica, 51(1), 43–48. Retrieved from <http://med.javeriana.edu.co/publi/vniversitas/serial/V51n1/Universitas M%E9dica Vol. 51 No. 1/La letra con sangre entra. P%E1g. 43-48.pdf>
7. Díaz-Maldonado, I. (09 de 02 de 2016). Obtenido de <http://saludiario.com/inicia-examen-nacional-de-aspirantes-a-residencias-medicas-2016/>
8. Delgado León, F. (2001). y cultura. *Revista de Estudios de Ciencias Sociales Y Humanidades de Córdoba*, 5–6, 11–15Fortoul-van-der-Goes, T. (2013). Lo que decimos y lo que hacemos,la incongruencia de la enseñanza de los buenos hábitos: el currículo oculto. *Inv Ed Med*, 2(7):119-121.
9. Foster, K., & Roberts, C. (2016). The Heroic and the Villainous: a qualitative study characterising the role models that shaped senior doctors’ professional identity. *BMC Medical Education*, 16(1), 206. <https://doi.org/10.1186/s12909-016-0731-0>
10. Franco-Osorio. (1988). ¿Por qué organizar? *Revista Escuela de Administración de Negocios*, 5:6-10.
11. Garay, R. (2009). La cultura organizacional. Un potencial activo estratégico desde la perspectiva de la administración. *Invenio*, 12 (22) , 67-92.

12. Hamui-Sutton, A., Vives-Varela, T., Gutiérrez-Barreto, S., Castro-Ramírez, S., Lavalle-Montalvo, C., & Sánchez-Mendiola, M. (2014). Cultura organizacional y clima: el aprendizaje situado en las residencias médicas. *Investigación En Educación Médica*, 3(10), 74–84. [https://doi.org/10.1016/S2007-5057\(14\)72730-9](https://doi.org/10.1016/S2007-5057(14)72730-9)
13. Herrera-Silva. (2006). Características de la violencia en residentes de dos instituciones formadoras de pediatras en el estado de Sonora. *Bol Med Hosp Inf Mex*, 63(1):18-31.
14. Hofstede, G. (1983). National cultures in four dimensions: A research based theory of cultural differences among nations. *International Studies of Management & Organization*, 13(1/2), 46–74. <https://doi.org/10.1080/00208825.1983.1Hofstede>, G. consultado el (10 de 05 de 2017). *Geert-Hofstede*. Obtenido de <https://geert-hofstede.com/mexico.html>
15. Huang, Y.-T. (2015). Las dimensiones culturales aplicadas a la enseñanza / aprendizaje de ELE: un análisis de caso entre la cultura española y la cultura china. *MarcoELE: Revista de Didáctica Español Lengua Extranjera*, (20), 4.
16. Hüther, O., & Krücken, G. (2013). Hierarchy and power: a conceptual analysis with particular reference to new public management reforms in German universities. *European Journal of Higher Education*, 3(4), 307–32 <https://doi.org/10.1080/21568235.2013.850920>
17. Leisy, H. B., & Ahmad, M. (2016). Altering workplace attitudes for resident education (A.W.A.R.E.): discovering solutions for medical resident bullying through literature review. *BMC Medical Education*, 16(1), 127. <https://doi.org/10.1186/s12909-016-0639-8>
18. Lempp, H. (2004). The Hidden Curriculum in undergraduate medical education:Qualitative study of medical students perceptions of teaching. *BMJ*, 329:770-3.
19. Leyva-Moral, J. (2007). Silencio Organizacional: Revisión de la Bibliografía de las razones y consecuencias del silencio en el trabajo. *Index Enferm*, (57):33-36.
20. Linton, R. (1945). Cultura y personalidad. En R. Linton, *Cultura y personalidad*. México, DF: Fondo de Cultura Economica.
21. López, L. (2004). Las jerarquías en el ámbito médico. *Rev Cent Dermatol Pascua*, 13(2):73.
22. Maria, N., & Costa, S. C. (2010). La formación pedagógica de profesores de medicina. *Revista Latinoamerica de Enfermeria*, 1(18), 1–7.

23. Maxfield, D., Grenny, J., McMillan, R., Patterson, K., & Switzler, A. (2005). The Seven Crucial Conversations for Healthcare. *VitalSmarts*, 1–19.
24. Mejía. (2005). Percepción de Maltrato durante la capacitación de los médicos residentes. *Medicina (Buenos Aires)*, 65:295-301.
25. Mejía, R. (2001). Maltrato durante la residencia médica. Percepción de los residentes. *Medicina (Buenos Aires)*, 61:114-121.
26. Méndez-López Felipe, J., Mendoza-Espinosa, H., Torruco-García, U., & Sánchez-Mendiola, M. (2013). El médico residente como educador. *Investigación En Educación Médica*, 2(7), 154–161. [https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/S2007-5057\(13\)72705-4](https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/S2007-5057(13)72705-4)
27. Montbrun, A. (2010). Notas para una revisión crítica del concepto poder. *Polis. Revista de la Universidad Bolivariana*, 9(25) :325-389.
28. Morales-Oyarvide, V. (08 de octubre de 2015). *www.lja.com*. Obtenido de "Comunicación y poder: los riesgos de las jerarquías en medicina": www.lja.com
29. Muñoz, V. (2005). Disponible en: Retrieved from <http://www.redalyc.org/BusquedasAvanzadas.oa>
30. Pliego, N. (2011). Cooperative learning and its advantages in intercultural education. *Hekademos: Revista Educativa Digital*, 63–76. Retrieved from <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3746890&info=resumen&idioma=ENG>
31. Román, A. (2011). Social organization: function and features. *Medwave*, 11(12), e5267–e5267. <https://doi.org/10.5867/medwave.2011.12.5267>
32. Reyes, C., Zúñiga, D., Wright, A. N. A. C., Olivares, P., Toro, L., Aravena, C., & Vergara, L. (2010). ¿Están preparados los residentes e internos para enseñar? Percepción de estudiantes de medicina de pre y postgrado, 196–204
33. Sánchez-Mendiola, M., Graue-Wiechers, E. L., Ruiz-Pérez, L. C., García-Durán, R., & Durante-Montiel, I. (2010). The resident-as-teacher educational challenge: a needs assessment survey at the National Autonomous University of Mexico Faculty of Medicine. *BMC Medical Education*, 10(1), 17. <https://doi.org/10.1186/1472-6920-10-17>
34. Sepúlveda-Vildósola, A. C., & Reyes-lagunes, L. I. (2017). Workplace bullying during specialty training in a pediatric hospital in Mexico: a little-noticed phenomenon.

35. Silver, H. (1990). Medical Student Abuse: Incidence, severity and significance. *Journal of the American Medical Association* , 263(4) :527-532.
36. Shim, E.-J., Jeon, H. J., Kim, H., Lee, K.-M., Jung, D., Noh, H.-L., ... Hahm, B.-J. (2016). Measuring stress in medical education: validation of the Korean version of the higher education stress inventory with medical students. *BMC Medical Education*, 16(1), 302. <https://doi.org/10.1186/s12909-016-0824-9>
37. UNESCO. (2015). *Replantear la educación. ¿Hacia un bien común mu*
38. Weber, M. (1979). *Economía y Sociedad*. México: Fondo de Cultura Económica.
39. Wilson, I., Cowin, L. S., Johnson, M., & Young, H. (2013). Professional identity in medical students: pedagogical challenges to medical education. *Teaching and Learning in Medicine*, 25(4), 369–73. <https://doi.org/10.1080/10401334.2013.82796>

Índice de gráficos y tablas

Tabla 1. Ejes teóricos de la investigación	28
Tabla 2. Variables del protocolo de investigación	31
Tabla 3. Recursos disponibles	32
Tabla 4. Características Sociodemográficas de los médicos de posgrado participantes	33
Gráfico 1. Sistema de Relaciones Conceptuales	29
Grafico 2. Proceso de enseñanza en el posgrado	34
Grafico 3. Estilo de enseñanza en el posgrado	35
Grafico 4. Características de los mejores maestros de la residencia médica	36
Grafico 5. Características negativas de los profesores	37
Grafico 6. Relación con el grado jerárquico	38