

ARTÍCULO DE REFLEXIÓN

“La letra con sangre entra”: el maltrato en la formación médica

MICHELLE CORTÉS BARRÉ*

Resumen

Aunque es bien conocido que un ambiente de respeto y confianza favorece el aprendizaje, el maltrato sigue siendo un comportamiento frecuente en las facultades de medicina. Esta conducta suele ser aceptada y justificada en todos los niveles de la práctica médica, desde los estudiantes y profesores, hasta los mismos pacientes y se considera como inherente a la cultura hospitalaria.

Este artículo revisa el maltrato en la educación médica y pone en evidencia la falta de formación docente en pedagogía y didáctica así como las características propias del entorno hospitalario como dos posibles causas de su perpetuación.

Palabras clave

Educación médica, maltrato, aprendizaje, contexto hospitalario, formación docente.

Title

“Spare the rod and spoil the child”: mistreatment in medical education

Abstract

Although it is well known that an atmosphere of respect and confidence favors learning, mistreatment continues being a frequent behavior in the medical schools. This conduct is usually accepted and justified at all the levels of medical practice, and it is considered an inherent behavior in the hospital culture.

* Médica (Universidad Nacional de Colombia), magíster en Educación (Pontificia Universidad Javeriana); profesora, Departamento de Morfología, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Javeriana; asesora en Metodología e Investigación, Sociedad Colombiana de Cirugía Ortopédica y Traumatología y Centro Latinoamericano de Investigación y Entrenamiento en Cirugía de Mínima Invasión, Bogotá, D. C., Colombia.

This article reviews mistreatment in medical education and puts in evidence the lack of professor's education in pedagogy and didactics as well as the characteristics of the clinical setting as two possible causes of its perpetuation.

Key words

Medical education, mistreatment, learning, clinical setting, professor's education.

Introducción

Pocas personas de nuestra época pueden decir que no hayan escuchado o, incluso, pronunciado, alguna vez esta sentencia. Se trata de un refrán popular del siglo XV que aparentemente se resiste a perecer y encuentra la forma de ser transmitido de generación en generación, por siglos y siglos. Ya en 1611, Sebastián de Covarrubias escribía que “el que pretende saber ha de trabajar y sudar; y eso significa allí sangre, y no açoitarse los muchachos con crueldad, como lo hazen algunos maestros de escuela tiranos”[1], argumentando que este refrán no debía aplicarse al pie de la letra.

Sin embargo, esta sentencia se ha utilizado tradicionalmente para justificar el maltrato de los estudiantes por sus maestros, especialmente en la educación inicial, como una forma válida de enseñanza. Aunque hoy el maltrato en el aula está completamente revaluado, aún persisten remanentes culturales de esta práctica. En particular, me refiero a la enseñanza de la medicina en el contexto hospitalario.

El maltrato tiene múltiples caras y diversas expresiones; no es necesario llegar a los golpes para evidenciar una situación de agravio. El maltrato psicológico, entendido como un comportamiento que hace que otra persona se sienta herida, ofendida, menospreciada, discriminada, incompetente u hostigada, es habitual en la carrera de medicina. Diferentes estudios han evidenciado una frecuencia de maltrato percibida por los estudiantes en 60 a 95% de los encuestados[2]. Aunque este tipo de comportamiento no es exclusivo de la formación médica, los estudiantes de medicina son los más afectados. En efecto, una investigación realizada recientemente en la Universidad de Oulu, en Finlandia, reportó una mayor prevalencia de maltrato físico y psicológico en los estudiantes de la facultad de medicina en comparación con estudiantes de otras facultades[3].

Ahora bien, los estudios de medicina se caracterizan por ser duros y exigentes, sobre todo durante las prácticas clínicas que se realizan en el ámbito hospitalario. Estas prácticas implican la realización de múltiples actividades por parte del estudiante: la asistencia médica a los pacientes en consulta, hospitalización y cirugía, llevando a cabo turnos diurnos y nocturnos, la ejecución de diversas tareas administrativas y el cumplimiento de responsabilidades académicas, entre otras[4]. Todas estas actividades sue-

len ser ejecutadas bajo la supervisión de médicos expertos que tienen la responsabilidad del adecuado manejo de los pacientes. En este contexto, un error cometido por un estudiante puede tener graves consecuencias, tanto para la salud de los pacientes que reciben sus cuidados como para los médicos tratantes y la institución hospitalaria. Por esta razón, existe una mayor tendencia al maltrato en este entorno[2].

Según varios estudios, los tipos de comportamiento percibidos como maltrato, más comunes en el contexto hospitalario, son la humillación pública, los comentarios de menosprecio, el hostigamiento sexual, la discriminación de sexo, el tomar el crédito por el trabajo de otro y proferir gritos [2, 3, 5, 6]. Sorprende que todavía existan reportes de maltrato físico con golpes y empujones, con una prevalencia de alrededor de 10% en los estudios consultados. Por otro lado, las personas que cometen estos maltratos suelen ser médicos y residentes en una posición superior en la escala jerárquica, aunque también pueden ser pares, enfermeros, pacientes y sus familias [5, 6]. Por lo tanto, el maltrato encuentra eco en todos los actores de la formación médica y, en particular, en los mismos estudiantes.

Este comportamiento forma parte de un ciclo que está profundamente enraizado en todos los niveles de la

práctica médica. Así, muchos médicos aceptan, justifican y perpetúan el maltrato como un proceder habitual en la enseñanza de la medicina[7]. Con el propósito de llegar a una comprensión de la construcción social de los significados de la intimidación y el hostigamiento en el ámbito quirúrgico, Musselman *et al.* realizaron una investigación en la que se examinaron y compararon las percepciones de los estudiantes y docentes de estos comportamientos[8]. Los resultados mostraron algunos elementos interesantes que se desarrollan a continuación.

Primero, se encontró que los participantes del estudio piensan que la ‘cultura quirúrgica’ les permite aceptar comportamientos en el quirófano que, en otras circunstancias, serían percibidos como maltrato. Además, varios de los entrevistados hablaron de una ‘buena intimidación’: un residente dijo en una entrevista grupal que “algunas personas necesitan tener miedo para hacer las cosas”[8]. Esta percepción fue vista tanto en docentes como en estudiantes.

Segundo, al explorar las justificaciones que los participantes dieron al maltrato, se determinaron tres dimensiones de legitimación de este tipo de comportamientos: tener un propósito aceptable, obtener un efecto pedagógico o clínico positivo y percibir la necesidad de dicho comportamiento. Esto puede ilustrarse con los siguientes

tes fragmentos, que corresponden a entrevistas individuales realizadas a dos residentes[8]:

“Desde que estoy aquí, he tenido una experiencia negativa... [El cirujano] estaba tenso y la tomó contra mí. Me golpeó, fue abusivo verbalmente. (...) Fue esa interacción la que probablemente me empujó a la práctica, me motivó más. Entonces, creo que, en ese sentido, es una herramienta de aprendizaje. Es una herramienta de motivación”.

“Si alguien me hace pasar un mal momento por algo que hice en el quirófano y su intención es que yo avance o mejore, entonces eso es bueno. Yo no lo clasificaría como hostigamiento. Aunque pueda sentirme incómodo, es bueno”.

Cuando los profesores utilizan el maltrato como una herramienta para promover el aprendizaje en sus estudiantes, se pone de manifiesto su falta de formación pedagógica. En efecto, tradicionalmente se ha pensado que cualquier profesional, por el simple hecho de tener una formación universitaria, está en la capacidad de enseñar sus conocimientos a otros. En el área de la salud, en particular, es común esperar que un profesional realice actividades educativas en algún momento de su carrera —dirigidas a la comunidad, el paciente, su familia y estudiantes de menor rango, entre

otros[9]— y se asume que dicha experiencia es suficiente para su formación pedagógica.

En consecuencia, los docentes de medicina suelen seleccionarse por su experticia clínica o quirúrgica y, aunque su actividad principal sea la enseñanza, generalmente no están preparados en temas educativos[10]. De hecho, algunos de ellos todavía ven el maltrato como una herramienta didáctica aceptable y efectiva para los propósitos de aprendizaje. Por ejemplo, uno de los profesores entrevistados por Musselman *et al.* argumentaba que “el hostigamiento siempre es inapropiado *a menos que* (...) después de varios intentos repetidos, intentos apropiados para hacer que alguien cambie su comportamiento, uno decida tomar una aproximación de hostigamiento”[8].

La didáctica es una disciplina que busca responder a las problemáticas propias de la enseñanza en el aula[11]. En otras palabras, se centra en proporcionarle al docente las estrategias necesarias para optimizar la interacción educativa, promoviendo el aprendizaje del estudiante.

Ahora bien, el aula en la práctica médica hospitalaria es un híbrido entre aula de clase y lugar de trabajo. Se trata de un lugar que no ha sido diseñado para satisfacer las demandas del proceso educativo[12] y en el que el estudiante realiza funciones diversas

que involucran, no sólo la parte académica, sino que se constituyen ya en un ejercicio profesional. El estudiante debe adaptarse a una institución particular, responder como cualquiera de los profesionales que se desempeñan en ella y asumir responsabilidades propias de la práctica de la medicina[12]. De esta manera, va tomando mayor importancia en el aula el elemento profesional que el educativo y la didáctica empieza a perfilarse como un saber tácito, de poca importancia.

Asimismo, los roles de los actores involucrados en este escenario se transforman. Se pasa de una relación entre docente y estudiante a una relación entre profesional experto y principiante. Así, el papel del docente como enseñante se va perdiendo y prevalece su papel de supervisor del inexperto.

En este complejo contexto, los implícitos colectivos sobre la enseñanza de la medicina y, en particular, la percepción de que el maltrato es una herramienta positiva para promover el aprendizaje, ganan importancia en la configuración de las prácticas de enseñanza de los médicos docentes. Tanto así que, aunque se sabe que el maltrato afecta el aprendizaje de los médicos en entrenamiento[5] y que existen muchas evidencias de que los estudiantes aprenden mejor si el ambiente educativo está libre de temores, conflictos y frustraciones[8], sigue

persistiendo en algunos médicos la idea de que se aprende mejor en situaciones de estrés.

En consecuencia, es urgente encontrar estrategias para detener la perpetuación del círculo de maltrato en la formación médica. En este sentido, la comunidad médica internacional ha estado haciendo esfuerzos para mejorar el entorno educativo de los estudiantes de medicina y de otras áreas de la salud que realizan sus prácticas en el ámbito hospitalario, con el fin de ajustarlo a sus necesidades de aprendizaje[9, 13-15]. Así, se están investigando y proponiendo nuevas estrategias aplicables al entorno clínico, en las que una de las premisas es promover una relación de confianza y respeto entre estudiante y profesor para establecer un espacio de enseñanza y aprendizaje adecuado[16].

Finalmente, conviene resaltar la importancia de la formación y capacitación docente en pedagogía y didáctica, disciplinas fundamentales para la reflexión y el desarrollo comprensivo del arte de enseñar en contextos tan complejos como el ámbito hospitalario.

Bibliografía

1. Dr. Castro. *Seniloquium. Refranes que dicen los viejos*, ed., trad. y notas de Fernando Cantalapedra y Juan Moreno. Anexos de la Revista *Lemir*. ISSN 1579-735X. 2004; 17.

2. Mejía R, Diego A, Alemán M, Maliandi M, Lasala F. Percepción de maltrato durante la capacitación de médicos residentes. *Medicina* (Buenos Aires). 2005;65:366-8.
3. Rautio A, Sunnari V, Nuutinen M, Laitala M. *Mistreatment of university students most common during medical studies*. *BMC Med Educ*. 2005;5:36-47.
4. Fred HL. These are the days. The internship revisited. *Tex Heart Inst J*. 2007;34:3-5.
5. Cook DJ, Liutkus JF, Risdon CL, Griffith LE, Guyatt GH, Walter SD. Residents' experiences of abuse discrimination and sexual harassment during residency training. *Can Med Assoc J*. 1996;154:1657-65.
6. Daugherty SR, Baldwin DC, Rowley BD. Learning, satisfaction and mistreatment during medical internship. A national survey of working conditions. *JAMA*. 1998;279:1194-9.
7. Myers MF. Abuse of residents: it's time to take action. *Can Med Assoc J*. 1996;154:1705-8.
8. Musselman LJ, MacRae HM, Reznick RK, Lingard LA. "You learn better under the gun": intimidation and harassment in surgical education. *Med Educ*. 2005;39:926-34.
9. Hand H. *Promoting effective teaching and learning in the clinical setting*. *Nursing Standard*. 2006;20:55-63.
10. Bligh J. Learning from uncertainty: a change of culture. *Med Educ*. 2001;35:2-3.
11. Díaz A. La investigación en el campo de la didáctica. Modelos históricos. *Perfiles Educativos*. 1998;20:5-29.
12. Koens F, Mann KV, Custers EJFM, Cate OTJT. Analysing the concept of context in medical education. *Med Educ*. 2005;39:1243-9.
13. Gordon F, Hazlett C, Cate O, Mann K, Kilminster S, Prince K, *et al*. Strategic planning in medical education: enhancing the learning environment for students in clinical settings. *Med Educ*. 2000;34:841-50.
14. Spencer J. *Learning and teaching in the clinical environment*. *BMJ*. 2003;326:591-4.
15. Brooks N, Moriarty A. *Development of a practice learning team in the clinical setting*. *Nursing Standard*. 2006;20:41-4.
16. West R. Teaching in the clinical setting. *Psychiatry*. 2007;70:218-20.