

# Una revisión sistemática del maltrato en el estudiante de medicina

Antonio Chávez-Rivera<sup>1\*</sup>, Luciana Ramos-Lira<sup>2</sup> y Luis Felipe Abreu-Hernández<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Programa de Maestría y Doctorado, UNAM; <sup>2</sup>Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales, Instituto Nacional de Psiquiatría;

<sup>3</sup>División de Estudios de Posgrado, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México. Ciudad de México, México

## Resumen

El maltrato en los estudiantes de medicina es una problemática ampliamente descrita en la literatura internacional, pero su conceptualización y su forma de registro son muy heterogéneas. El presente trabajo de revisión tiene como objetivo determinar las principales características de este maltrato a partir del análisis sistemático de la literatura publicada entre 1980 y 2016. Utilizando las bases de datos se obtuvieron 118 trabajos publicados bajo los criterios seleccionados. En el documento se presentan las definiciones con mayor consenso, así como la cimentación de las siguientes categorías: direccionalidad, tipos, perpetradores, escenarios, grupos vulnerables, consecuencias, quejas y forma de justificar el maltrato. Para tratar de combatir el maltrato en los estudiantes de medicina se propone sustituir el verticalismo y la sumisión obligada por el trabajo en equipo y la colaboración entre todos, así como promover las estrategias de denuncia y amonestación del perpetrador.

**PALABRAS CLAVE:** Maltrato. Abuso. Acoso. Estudiantes de medicina.

## Abstract

Mistreatment of medical students is an international problem that has been reported for decades in different countries, but its conceptualization and registration form are very heterogeneous. This review aims to identify the main features of this mistreatment from a systematic analysis of the literature published between 1980 and 2016. Using databases, 118 published papers were obtained under the selected criteria. Most widely accepted definitions are presented and structuring of the following categories: directionality, types, perpetrators, scenarios, vulnerable groups, consequences, complaints, and the way they justify mistreatment. Concluding, in order to bring down abuse in medical students, it is proposed to replace the verticality and submission by teamwork and collaboration among all, and promote strategies of complaint and admonition of the perpetrator. (Gac Med Mex. 2016;152:796-811)

**Corresponding author:** Antonio Chávez-Rivera, maltratoenmedicina@yahoo.com.mx

**KEY WORDS:** Abuse. Mistreatment. Medical students. Sexual harassment.

### Correspondencia:

\*Antonio Chávez-Rivera  
Programa de Maestría y Doctorado en Ciencias Médicas  
Odontológicas y de la Salud  
Unidad de Posgrado  
UNAM  
Posgrados, Zona Cultural, Ciudad Universitaria  
Del. Coyoacán  
C.P. 14510, Ciudad de México, México  
E-mail: maltratoenmedicina@yahoo.com.mx

Fecha de recepción: 19-01-2016

Fecha de aceptación: 18-04-2016

## Introducción

Los primeros registros de maltrato en los estudiantes de medicina se sitúan alrededor de la década de 1960<sup>1,2</sup>, y desde entonces se han realizado diversos estudios en diferentes países que han permitido apreciar que se trata de una problemática internacional con múltiples proporciones y facetas. Uhari, et al.<sup>3</sup> reportaron una aproximación de su magnitud y concluyeron que tres de cada cuatro estudiantes de medicina habían experimentado algún tipo de maltrato durante su formación médica (el de tipo sexual fue el de mayor índice). Por otro lado, Iglesias Benavides, et al.<sup>4</sup> señalan que el maltrato psicológico predomina en un 98%, y se acentúa en las áreas clínicas, mientras que Nagata-Kobayashi, et al.<sup>5</sup> mencionan que el abuso verbal es el tipo de abuso más frecuentemente reportado y colocan el Servicio de Cirugía como el principal escenario.

Con base en los reportes anteriores, es evidente que los tipos de maltrato, los perpetradores, las víctimas y los escenarios donde esto incurre son muy heterogéneos; incluso el concepto de maltrato puede variar de un contexto a otro<sup>6</sup>. El propósito de este artículo de revisión es determinar las principales características del maltrato que ocurre en el estudiante de medicina a partir de un análisis sistemático, sin restar importancia a las consecuencias que genera en el alumno: apatía<sup>7</sup>, deshumanización<sup>8</sup>, depresión<sup>5,9,10</sup> e ideación suicida<sup>10</sup>, que afectan a su salud física<sup>7</sup>, mental<sup>7</sup>, social<sup>11,12</sup> y familiar<sup>11,12</sup>, y a la atención de los pacientes<sup>13</sup>.

## Objetivo

El objetivo del trabajo fue determinar las principales características del maltrato que ocurre en el estudiante de medicina a partir del análisis sistemático de la literatura.

## Método

El trabajo fue de tipo descriptivo. La bibliografía se obtuvo en varias etapas, como se describe a continuación.

La búsqueda de la información se obtuvo de diferentes bases de datos utilizando las palabras clave *mistreatment*, *harassment*, *bullying*, *discrimination*, *misconduct*, *belittlement* y *abuse*, que se cruzaron con *medical student*, y se obtuvo un total de 28 combina-

ciones. Las bases de datos utilizadas fueron EBSCO, recurso electrónico más utilizado en bibliotecas (las abreviaturas del nombre de su fundador Elton B. Stephens Company, por sus siglas en Inglés), OVID, (líder en servicios de información con reconocimiento internacional), ISI, servicio en línea de información científica (*Institute for Scientific Information*, por sus siglas en Inglés) y PROQUEST Nombre de la plataforma que da servicio a las publicaciones electrónicas en línea. Se contemplaron los años 1980 a 2016, adquiriendo trabajos de investigación tanto de corte descriptivo como analítico y artículos de revisión o metaanálisis.

A continuación, se procedió a revisar el material bajo los siguientes criterios:

- Se excluyeron aquellos documentos que sólo realizaban una reflexión sin sustento en la investigación, tales como editoriales, cartas al editor y material de tipo especulativo.
- Se incluyeron trabajos de investigación empírica, metodológicamente rigurosos, donde se asociara el maltrato con otras variables, así como artículos de revisión y metaanálisis que realizaban un balance sobre la investigación en el campo.

La definición de las variables para establecer el análisis se describe más adelante.

El material se recuperó en texto completo en formato PDF, en la mayoría de casos, y el resto se adquirió por medio de los servicios bibliotecarios.

Se elaboraron fichas bibliográficas que concentraban la información relevante y se agruparon de acuerdo a las diferentes variables asociadas al maltrato.

Con base en la información recabada, se procedió a ordenar las categorías principales y describir cada una de ellas abordando las aportaciones de los autores y comparándolas con otros autores que describen el mismo concepto.

Se graficó el panorama general del maltrato en el estudiante de medicina de acuerdo a la literatura obtenida (Fig. 1).

Adicionalmente se procedió a estructurar una tabla (Tabla 1) que concentrara las características principales de cada uno de los artículos utilizados para elaborar el presente trabajo, tales como primer autor, año de publicación, país de procedencia, diseño de la investigación, características de la muestra (número y sexo de los participantes, lugar donde se realizó la investigación), evaluación del maltrato (instrumento) y resultados (tipo y prevalencia del maltrato), conservando el orden en el que aparecía su cita textual.

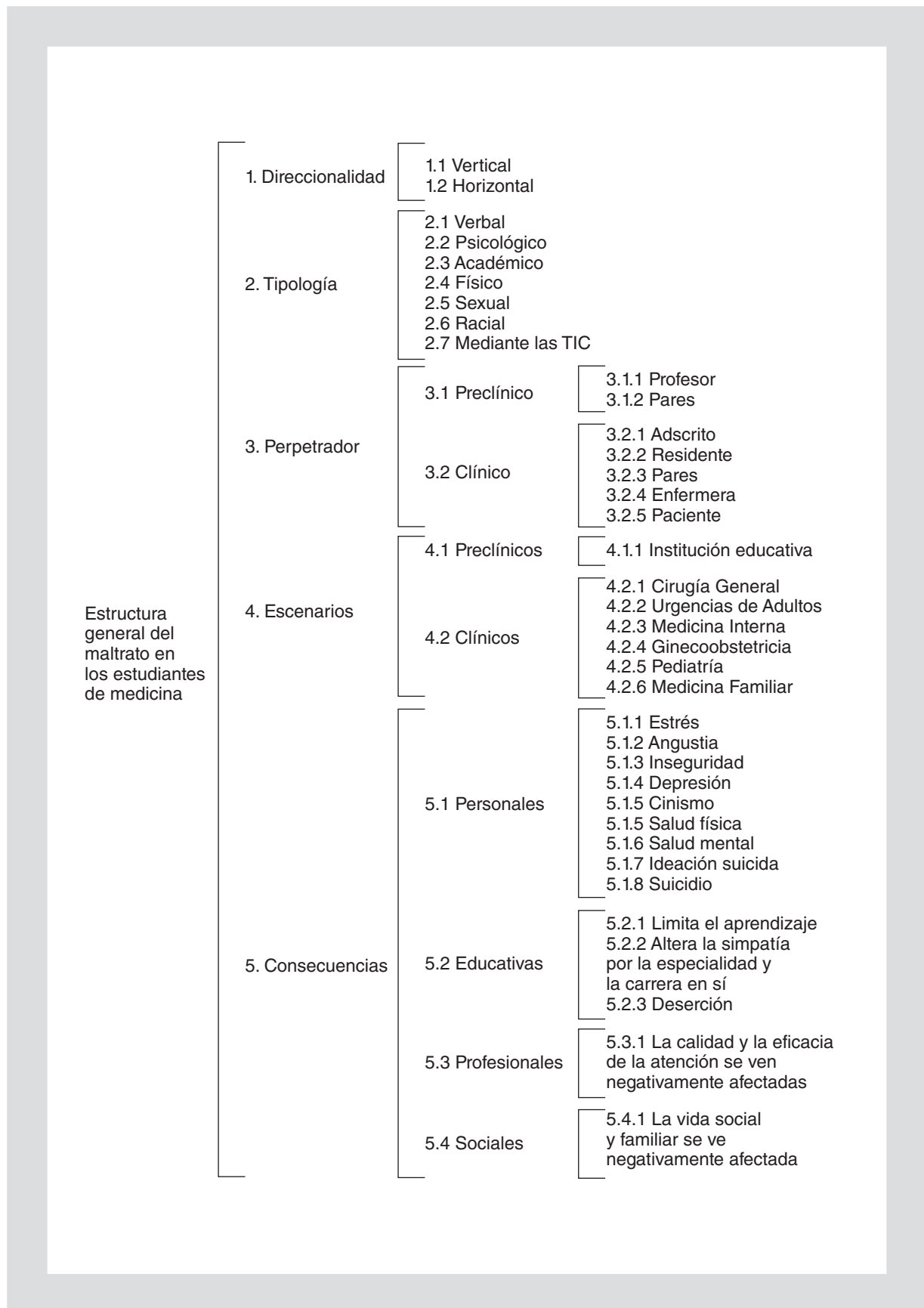


Figura 1. Estructura general del maltrato en estudiantes de medicina dónde se muestran sus respectivas categorías y clasificaciones.

Tabla 1. Resultados de los trabajos encontrados\*

Número	Autor	Año	País	Diseño	Muestra	Evaluación del maltrato	Resultados
1	Ogden PE, et al.	2005	EE.UU.	Ex post facto	Participaron 220 personas: 54 médicos, 42 enfermeras, 71 residentes y 53 estudiantes de medicina. El 52.2% fue del sexo femenino y el 47.8% del masculino	Testimonios videograbados y cuestionarios aplicados	El 44.8% respondió haber recibido abusos durante su entrenamiento médico, el 40.8% de médicos residentes y el 28.3% de estudiantes de medicina
2	Kassebaum DG, et al.	1998	EE.UU.	Ex post facto	Se aplicó en 125 escuelas de medicina acreditadas en EE.UU. (norte, sur, medio oeste y oeste). Participaron 13,168 personas; el 58.5% fue del sexo masculino y el 41.5% del femenino	Cuestionario de la Escuela de Medicina para Graduados	El 5, 049 (38.3%) reportó haber sido maltratado por lo menos en una ocasión. Del total de personas que recibieron maltrato, el 38.1% provenía de escuelas públicas y el 38.6%, de escuelas privadas. Hubo un 25.5% de acoso sexual y un 3.2% de maltrato físico
3.	Uhari M, et al.	1994	Finlandia	Ex post facto	Participaron 255 estudiantes de escuelas de medicina de Finlandia (Oulu y Tampere) con una media de edad de 24.9 años. El 63.9% fue del sexo femenino y el 36.1% del masculino	Cuestionario diseñado por Baldwin, et al. (1988) y, posteriormente, un cuestionario elaborado por varios investigadores de EE.UU.	El 74.2% reportó haber experimentado algún tipo de maltrato durante su formación médica. No hubo diferencias significativas entre ambas escuelas. El maltrato verbal fue a los profesores preclínicos en el 13% de los casos y a los clínicos en el 11%. Hubo maltrato psicológico en el 7% de los preclínicos y el 6% de los clínicos, y maltrato físico en el 5% de los preclínicos y el 4% de los clínicos
4	Iglesias Benavides JL, et al.	2005	México	Ex post facto	Participaron, elegidos al azar, 404 alumnos de los tres últimos años de la carrera de medicina de la UANL. Hubo 142 alumnos de cuarto año, 135 de quinto año y 127 de sexto. El 53.2% fue del sexo femenino y el 46.8% del masculino	Se aplicó un cuestionario de 44 reactivos: 18 referentes al maltrato institucional, 16, al acoso sexual y 10, al apoyo personal y académico que se percibía de la institución	El 30.97% aceptó haber experimentado algún tipo de maltrato. El 7.92% provenía de los instructores; el 38.7%, de profesores de básicas; el 38.7%, de residentes, y el 14.3%, de profesores de clínicas. El acoso sexual provino en el 75.7% de los casos de los residentes. El 57.6% recibieron apoyo institucional
5	Nagata-Kobayashi S, et al.	2005	Japón	Ex post facto	Participaron 559 estudiantes de medicina. El cuestionario se aplicó en seis escuelas de medicina de Japón entre septiembre de 2003 y enero de 2004 durante las horas de clase de forma voluntaria y confidencial. El 73% fue del sexo masculino y el 27%, del femenino. La media de edad fue de 24.7 años.	El cuestionario se elaboró con estudios provenientes de Medline con artículos de 1996 a abril de 2002 y preguntas provenientes de entrevistas personalizadas con egresados de la misma escuela	Del total de cuestionarios aplicados, sólo el 54.4% fueron regresados y contestados satisfactoriamente. El 68.5% manifestó haber sido abusado por lo menos en una ocasión y el abuso verbal fue el más frecuentemente reportado

(Continúa)

Tabla 1. Resultados de los trabajos encontrados\* (Continuación)

Número	Autor	Año	País	Diseño	Muestra	Evaluación del maltrato	Resultados
6	Wilkinson TJ, et al.	2006	Nueva Zelanda	Ex post facto	El cuestionario se aplicó en el año 2001 en las cuatro escuelas de medicina de Nueva Zelanda. De los 1,660 estudiantes, solamente el 83% (1,384) completaron el estudio. El 44.1% fue del sexo masculino y el 55.9%, del femenino. El 85% de los participantes eran menores de 25 años de edad	El cuestionario se construyó con información proveniente de los estudiantes de medicina de la misma universidad	El 68% reportó haber experimentado al menos un episodio de maltrato; el 63% por su raza, el 49% sufrió humillación, el 39%, abuso sexual y el 13%, golpes físicos
7	Maida AM, et al.	2006	Chile	Ex post facto	Se aplicaron 757 cuestionarios en la Universidad de Chile durante los años 2001 y 2002. El 48.5% fue del sexo masculino y el 51.5%, del femenino	Se utilizó la Encuesta de Percepción de Conductas Abusivas, de forma voluntaria y anónima, con la aprobación previa del Comité de Ética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile	El 86.1% reportó haber recibido más de dos incidentes abusivos; el 25.1% gritos, el 41.6% discriminaciones y el 1.2% abuso físico
8	Wolf TM, et al.	1991	EE.UU.	Ex post facto	Se aplicaron 143 cuestionarios en los años 1989-1990. La media de edad fue de 28 años. El 70% fue del sexo masculino y el 30%, del femenino	El cuestionario fue desarrollado por la <i>American Medical Association's Office of Education Research</i> (Baldwin, 1988); contempló la frecuencia, el tipo y la fuente de maltrato en la escuela de medicina	El 98.9% reportó algún tipo de maltrato; el 92% recibió gritos, el 25% fue golpeado y el 51% recibió acoso sexual. El principal perpetrador fue el residente en el 90.8% de los casos
9	Dyrbye LN, et al.	2006	EE.UU.	Ex post facto	Se aplicaron 545 cuestionarios en el Estado de Minnesota en el año 2004. El 45.45% fue del sexo masculino y el 54.6%, del femenino. La edad osciló entre los 25 y los 30 años.	El cuestionario consistió en 118 reactivos para identificar el bienestar y cómo podían las escuelas de medicina hacer cambios para mejorar la calidad de vida de los estudiantes	El 45% de los estudiantes presentó síndrome de <i>burnout</i> . El agotamiento emocional, la despersonalización y los logros personales se situaron en rangos moderados
10	Elnicki DM, et al.	2002	EE.UU.	Ex post facto	El cuestionario se aplicó en 11 escuelas de medicina de EE.UU. al finalizar el tercer año de carrera en los años 1997 y 1998. El 59% de los estudiantes fue del sexo masculino y el 41%, del femenino. La edad media fue de 26 años	El cuestionario fue adaptado del instrumento utilizado en la Universidad de Brown y la Universidad de Virginia del Oeste	El 11% de los estudiantes respondió haber experimentado algún tipo de abuso durante su rotación en el Servicio de Medicina Interna. Las mujeres manifestaron haber recibido mayor abuso (14 vs. 9.8%). No hubo diferencias significativas entre los grupos raciales

(Continúa)

Tabla 1. Resultados de los trabajos encontrados\* (Continuación)

Número	Autor	Año	País	Diseño	Muestra	Evaluación del maltrato	Resultados
11	Maida AM, et al.	2003	Chile	Ex post facto	Se aplicaron 144 cuestionarios a estudiantes de quinto año de la Escuela de Medicina de Chile. El 52% fue del sexo masculino y el 47%, del femenino. La edad media fue de 23 años	El cuestionario fue desarrollado por medio de viñetas sobre situaciones de abuso considerando los estudios de Sheehan, et al. (1990)	El 91% de los estudiantes manifestó haber experimentado por lo menos un episodio de abuso. El 79% reportó abuso emocional; el 23%, abuso físico, y el 2.46%, acoso sexual
12	Sheehan KH, et al.	1990	EE.UU.	Ex post facto	Se aplicaron 75 cuestionarios a los alumnos de tercer año en 1988. El 59% fue del sexo masculino y el 41%, del femenino. La media de edad fue de 26.1 años	El cuestionario se desarrolló en colaboración con la Oficina de la Asociación Médica Americana de Investigación Educativa	El 85% de los estudiantes manifestaron que habían sido agredidos verbalmente, el 24% con algún daño físico, el 49% con asignación de tareas como castigo, por lo menos en una ocasión
13	Lubitz MR, et al.	1996	EE.UU.	Ex post facto	De los 260 cuestionarios, se respondieron 91. El cuestionario se aplicó de julio a agosto de 1994 durante el tercer año de carrera. El promedio de edad fue de 26.5 años. El 53% fue del sexo masculino y el 47%, del femenino	El cuestionario, que se completó de forma anónima, se edificaba con cuatro categorías principales: maltrato verbal, físico, sexual y académico. Se basó en los estudios de Sheehan, et al.	Más del 90% de los participantes reportó abuso en una ocasión por lo menos; el 43% reportó tres tipos de abuso. Las mujeres reportaron tres veces más abuso sexual que los hombres. No hubo diferencias en términos de edad, raza o grado
15	Baldwin DC Jr, et al.	1991	EE.UU.	Ex post facto	De un total de 989 cuestionarios, 581 se respondieron completamente. La media de edad fue de 27.1 años. El 62% fue del sexo masculino y el 38%, del femenino	El cuestionario se aplicó durante la primavera de 1988 en 10 escuelas de medicina de EE.UU. a estudiantes de cuarto año	La humillación pública alcanzó el 86.7%; tomar crédito de otra persona, el 53%; ser tratado de forma injusta de acuerdo al grado, el 34.8%; el maltrato físico, el 26.4%, y el acoso sexual, el 55%. Los residentes y los médicos tratantes fueron las principales fuentes de maltrato
16	Moscarello R, et al.	1994	Canadá	Ex post facto	De los 397 cuestionarios, sólo 347 fueron completados por alumnos, de forma voluntaria y anónima. Se aplicó a principios de 1990 a estudiantes desde primero hasta cuarto año de la carrera de medicina de la Universidad de Toronto. El 66% fue del sexo masculino y el 34%, del femenino	Se desarrolló un instrumento llamado estudio de abuso en el estudiante de medicina con 165 reactivos de opción múltiple para ser contestado en 30 min	El 42% de las mujeres y el 11% de los hombres reportaron haber experimentado acoso sexual antes de cursar la carrera de medicina, y el 46% de las mujeres y el 19% de los hombres durante el entrenamiento en la escuela de medicina

(Continúa)

Tabla 1. Resultados de los trabajos encontrados\* (Continuación)

Número	Autor	Año	País	Diseño	Muestra	Evaluación del maltrato	Resultados
17	Musselman LJ, et al.	2005	Canadá	Ex post facto	Se realizaron 5 entrevistas grupales y 22 individuales en 2 departamentos de cirugía, con un total de 22 facultativos y 14 residentes	El estudio se fundamentó en una metodología cualitativa anclada en un marco de constructivismo social acerca de cómo los maestros y los alumnos del Departamento de Cirugía definen la intimidación y el acoso	Si se desea utilizar la intimidación y el acoso como herramientas para la educación en el área de la cirugía debe tomarse muy en cuenta su funcionalidad y su disfuncionalidad, puesto que hay abundante evidencia de que los estudiantes aprenden mejor cuando el miedo, la frustración y el conflicto no son parte de su entorno educativo
20	Silver HK, et al.	1990	EE.UU.	Ex post facto	De los 519 alumnos que recibieron el cuestionario, 431 lo completaron en su totalidad. Se aplicó a los estudiantes desde primer año hasta cuarto, con una media de 27 años de edad	El cuestionario derivó de la información obtenida de los médicos adscritos y estudiantes que participaron en el estudio piloto de Rosenberg y Silver	El 46.4% de los respondientes declararon que habían experimentado algún tipo de abuso durante su estancia en la escuela de medicina. El 80.6% de los casos tuvo lugar en el cuarto año. El 49.6% de los estudiantes indicaron que habían tardado un mes o más tiempo en superar la adversidad y el 16.2% manifestó que les afectaría de forma permanente
21	Cook DJ, et al.	1996	Canadá	Ex post facto	De los 225 participantes, el 82% completó el cuestionario. El 50% fue del sexo masculino y el 50%, del femenino. Pertenecían a los programas de entrenamiento médico de la Universidad de Mc Master. Se aplicó de julio de 1993 a junio de 1994. La edad media fue de 30.5 años	En un inicio el cuestionario fue construido por medio de la base de datos Medline a partir de 1966; posteriormente se reestructuró con las aportaciones emitidas por los alumnos de los siete programas. Se aplicó de forma voluntaria y confidencial	El 50% de los participantes reportaron haber experimentado abuso psicológico. Diez mujeres reportaron haber experimentado discriminación por su orientación sexual. El 40% reportó haber experimentado lenguaje corporal ofensivo, material didáctico sexista y comentarios indeseados con relación a su forma de vestir
22	Mejía R, et al.	2005	Argentina	Ex post facto	De los 421 participantes, 322 respondieron completamente. El 55% fue del sexo femenino y el 45%, del masculino. El 35% se encontraba en el primer año; el 31%, en el segundo; el 20%, en el tercero; el 12%, en el cuarto, y el 0.5%, en el quinto. La muestra estuvo conformada por alumnos provenientes de los diferentes hospitales de la Universidad de Buenos Aires, del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y de municipios de Buenos Aires	El instrumento se construyó por medio de la búsqueda bibliográfica en Medline, con entrevistas y con la solicitud de instrumentos elaborados por otros autores. El instrumento aplicado describía 13 situaciones de maltrato y a 10 posibles perpetradores	El 90% refirió haber recibido algún tipo de maltrato. El 64% reportó haber recibido gritos; el 57%, haber sido humillado en público; el 15%, haber recibido golpes físicos, y el 10%, haber sufrido discriminación religiosa o racial. El 26% señaló a sus superiores como los principales perpetradores; el 19%, a los jefes de residentes; el 14%, a los médicos de planta; el 8%, a los jefes de sala, y el 8%, a los enfermeros

(Continúa)

Tabla 1. Resultados de los trabajos encontrados\* (Continuación)

Número	Autor	Año	País	Diseño	Muestra	Evaluación del maltrato	Resultados
24	Oancia T, et al.	2000	Canadá	Ex post facto	El estudio se aplicó en una escuela de medicina de Canadá con la participación de 44 estudiantes de reciente ingreso, 177 estudiantes de medicina, 134 residentes y 215 docentes. El porcentaje de mujeres fue del 46% de reciente ingreso, el 49% de estudiantes de medicina, el 47% de residentes y el 25% de docentes	El cuestionario utilizado provenía de los trabajos realizados por Cook, et al. y abarcaba los dominios de abuso psicológico y sexual, discriminación por género, racial, discapacidad y comentarios por homosexualidad. Utilizó una escala de tipo Likert	En general, el abuso y las conductas discriminatorias fueron percibidos más frecuentemente con el aumento del entrenamiento y el nivel de experiencia. En desviación estándar las cifras del abuso psicológico fue de $F [4,514] = 12.58, p < 0.0000$ , abuso sexual $F [4,520] = 14.06, p < 0.0000$ , abuso físico $F [4,520] = 16.12, p < 0.0000$ $F [4,519] = 23.54, p < 0.0000$ discriminación sexual $F [4,519] = 23.54, p < 0.0000$ discriminación racial $F [4,519] = 6.69, p < 0.0002$ , respectivamente y fue percibido mas frecuentemente en residentes y médicos docentes comparados con los estudiantes.
25	Richman JA, et al.	1992	EE.UU.	Ex post facto	Se aplicó el estudio en la Escuela de Medicina de Chicago en 1987. Se inició con 184 estudiantes y finalizó con 137. El 66.5% fue del sexo masculino y el 33.5%, del femenino	Los cuestionarios se fueron aplicando desde el primer año hasta cuarto para investigar síntomas depresivos, ansiedad, hostilidad y problemas con la forma de beber. Los síntomas depresivos fueron medidos por el Centro Epidemiológico de Estudios de la Depresión; la ansiedad, mediante el perfil de los estados de ánimo de nueve elementos; la hostilidad, con la lista de cotejo acerca de los síntomas (SCL-90-R) de seis elementos, y el problema con la forma de beber, con el examen de proyección sobre el alcoholismo de Michigan de 24 elementos	El 71.8% de los estudiantes reportó por lo menos un episodio de experiencias abusivas durante su entrenamiento médico; de éstos, el 54% manifestó haber recibido gritos por parte de los facultativos, residentes y demás personal. El 35.4% manifestó inconformidad por escuchar humor de tipo sexual y el 33% manifestó un trato injusto debido al género

(Continúa)



Tabla 1. Resultados de los trabajos encontrados\* (Continuación)

Número	Autor	Año	País	Diseño	Muestra	Evaluación del maltrato	Resultados
26	Schuchert MK	1998	EE.UU.	Ex post facto	Se aplicó un estudio en 1996 a los graduados de las escuelas de medicina de EE.UU., con un total de 13,168 participantes. El 78.8% fueron menores de 31 años de edad	Se utilizó el cuestionario de la Escuela de Medicina para Graduados	El 38.3% de los que respondieron el cuestionario experimentaron abuso verbal durante su educación. Con respecto al nivel de confianza en sus habilidades clínicas, el 28.4% lo reportaron como alto, el 56.5% como medio y el 15.1% como bajo
27	Baldwin DC, et al.	1998	EE.UU.	Ex post facto	El cuestionario se envió por correo en 1991. En un inicio participaron 989 estudiantes de medicina, de los cuales 857 realizaron estudios de posgrado en 10 escuelas diferentes. Finalmente 571 estudiantes completaron el instrumento. El documento no brinda información demográfica detallada (sexo, edad, etc.).	El cuestionario aplicado correspondía al <i>American Medical Association's Annual Survey of Graduate Medical Education</i>	El 44.5% observó que los registros de los pacientes habían sido falsificados por otras personas. El 73.8% observó maltrato hacia los pacientes por parte de otras personas. El 46.7% testificó que otras personas tomaron el crédito ajeno. El 72.3% reportó que sus colegas habían sido obligados a trabajar en condiciones desiguales en por lo menos una ocasión

\*Se han omitido los trabajos que, por su estructura, no podían contestar a las características establecidas.

## Resultados

Se encontraron 89,563 referencias, pero sólo 118 cumplieron los criterios de inclusión y de exclusión. Con este material, se extrajo la información requerida para detallar cada una de las categorías y que finalmente estuvo contenida en no más de 27 trabajos.

En la tabla 2 se muestra el número de artículos obtenidos según la base de datos utilizada y la palabra clave.

De acuerdo con los autores<sup>3,5-7,11-13</sup>, la concentración y el orden de las variables se establecen como se explica a continuación.

## Abuso

Las variables esenciales para realizar el análisis fueron el maltrato y el abuso. Coverdale, et al.<sup>14</sup> reconocen que existe una amplia variedad de conductas que no son fáciles de definir o de validar, sobre todo cuando se habla del abuso o *bullying*. Algunos autores<sup>2,3,7,11</sup> cuando se refieren al abuso utilizan los mismos indicadores que describen el maltrato<sup>4,15</sup>. Incluso Moscarello, et al.<sup>16</sup> aclaran textualmente que utilizan ambos términos como sinónimos. Wilkinson, et al.<sup>6</sup> admiten la variedad de conceptos de un estudio a otro, y, en consecuencia, adoptan el concepto de «experiencias adversas».

## Definición de maltrato

En sí, el término maltrato es difícil de definir ya que intervienen factores culturales y sociales, incluyendo el enfoque de la disciplina desde la cual se pretenda abordar. Por otro lado, es necesario tomar en cuenta los diferentes contextos en los que ocurre para que exista una discrepancia entre las acciones de maltrato y la percepción de la víctima<sup>17</sup>.

Wilkinson, et al.<sup>6</sup> señalan que la definición puede variar de un estudio a otro, pero que, en general, se establece como la conducta perjudicial, hiriente u ofensiva impuesta de una persona a otra.

En el intento de contribuir a una mejor definición del maltrato, es necesario considerar la intención del perpetrador, la gravedad y frecuencia de la agresión y la susceptibilidad de la víctima como se describe a continuación.

Según Blancas Bustamante<sup>18</sup>, no basta con un solo acto hostil, sino que es indispensable que sea una conducta reiterada y sistemática, entendiendo por sistemática una conducta que atiende a un procedimiento deliberado y aplica un método premeditado para perjudicar a una persona. De manera similar, Hirigo-

Tabla 2. Curva de palabras clave con la base datos y sus respectivos resultados\*

Estudiante de medicina	Maltrato	Acoso	Bullying	Discriminación	Mal comportamiento	Menosprecio	Abuso
EBSCO	12	17	4	6	13	2	12
OVID	2	17	–	2	1	–	1
ISI	6	2	3	1	4	2	2
PROQUEST	2	3	1	1	–	1	1

\*Los números representan la cantidad de artículos encontrados en los recursos digitales en línea.

yen<sup>19</sup> textualmente menciona: «... tomado por separado no es realmente grave; es el efecto acumulativo de microtraumatismos frecuentes y repetidos lo que constituye la agresión».

Sin embargo, también es necesario considerar la gravedad del hecho, puesto que las agresiones violentas como los golpes físicos o las realizadas con algún objeto no requieren de su reiteración para ser consideradas maltrato, pues un solo hecho se constituye en evidencia suficiente. De igual forma, en el ámbito sexual, basta con el intento o sus manifestaciones verbales para que el comportamiento sea ofensivo. Desde luego, cuando existen tocamientos o el acto sexual se consuma, es todavía más agresivo, aunque se produzca en una sola ocasión, peor aún si ocurre de manera reiterada.

Por otro lado, Maida, et al.<sup>7</sup> mencionan que para considerarse una conducta abusiva debe darse en un contexto de desequilibrio de poder. Sin embargo, hay estudios que demuestran que las agresiones también pueden darse entre iguales (pares)<sup>2,3,6,15,16</sup>, sin que exista una jerarquía o poder superlativo sobre la víctima. Por lo tanto, el maltrato no siempre se presenta en situaciones de desigualdad.

Para tratar de romper este círculo destructivo, la víctima debe reconocer que no se trata de una situación «normal» e inevitable, consustancial a su propia condición. Esto implica rebasar tres barreras: la dificultad de percibir e identificar el maltrato, atreverse a presentar una denuncia y confiar en las autoridades para que éstas puedan combatirlo. Frecuentemente el maltrato es percibido como tal, pero la víctima considera que la denuncia puede resultarle contraproducente o inútil<sup>5</sup>.

Para fines de este trabajo se construyó la siguiente definición de maltrato: «Es cualquier comportamiento que atenta contra la integridad física, moral o psíquica de una persona o que vulnera sus derechos, y le genera mortificación, daño psicológico y/o físico, o limita

el aprendizaje, ya sea por medio de estrategias interpersonales o herramientas virtuales efectuadas por un individuo o mediante la concertación de varios».

A continuación se analizan las características que configuran el maltrato.

## Direccionalidad

Las agresiones pueden ser efectuadas en dos condiciones respecto a la jerarquía organizacional: vertical<sup>7</sup> y horizontal<sup>7</sup>. Es vertical cuando una parte de los implicados se localiza en la parte superior y la otra, en la inferior; de esta manera, los docentes preclínicos, los clínicos y los médicos residentes se encuentran en una categoría superior al estudiante común. También puede ocurrir a la inversa, de abajo hacia arriba, cuando los subordinados agreden a un superior. En el aspecto horizontal ninguno de los implicados posee una jerarquía superior o poder superlativo respecto a los otros, es decir, que el maltrato se produce entre iguales.

## Tipología

De acuerdo a su clasificación e incidencia (de mayor a menor), varios autores<sup>3,7,11-13</sup> coinciden en establecer los siguientes tipos de maltrato.

### Maltrato verbal

Silver, et al.<sup>20</sup> definen las agresiones verbales como aquéllas que conllevan insultos, crueldad, humillación o afirmaciones injustas, todo ello con el propósito de ofender. Sheehan, et al.<sup>12</sup> las describen como una comunicación a base de gritos cargados de antipatía, rudeza y hostilidad, menosprecios, humillaciones, maldiciones y ofensas. Tomando en cuenta estas características, los autores manifiestan que del 73 al 85% de la población estudiada ha sido tratada con estas

variantes en por lo menos una ocasión a lo largo de su trayectoria estudiantil, cifras que coinciden con lo reportado por Maida, et al.<sup>11</sup>.

Por otro lado, Sheehan, et al.<sup>12</sup> señalan a los residentes y los médicos adscritos, Uhari, et al.<sup>3</sup>, a las enfermeras y Maida, et al.<sup>11</sup>, a los profesores como los principales perpetradores del maltrato hacia los estudiantes en esta dimensión.

De acuerdo con Lubitz, et al.<sup>13</sup>, existen variaciones en el maltrato verbal que se presenta entre los diferentes servicios clínicos, y los servicios en los que ocurren con mayor frecuencia este tipo de conductas son los siguientes: en primer lugar, el Servicio de Cirugía General; en segundo lugar, el Servicio de Ginecoobstetricia, y, en tercer lugar, el Servicio de Medicina Interna.

En relación con el grupo más vulnerable, en ese mismo estudio destaca el sexo femenino: 73.8%, frente al 63.8% del sexo masculino. Los hallazgos de Nagata-Kobayashi, et al.<sup>5</sup> son similares: 63.3% en el sexo femenino frente al 52.8% en el masculino.

### *Maltrato psicológico*

Cook, et al.<sup>21</sup> definen el maltrato psicológico como la conducta que hace que la gente se sienta herida, devaluada o incompetente, y puede incluir gritos, insultos, ignorar a la persona o hacer comentarios irrespetuosos. Sheehan, et al.<sup>12</sup> describen que se trata de asignar tareas como castigo, amenazar con poner una calificación baja, tomar el crédito del trabajo de otros, quitar privilegios de los que normalmente uno disfruta, competir maliciosamente en contra de uno, colocar trampas en los exámenes o trabajos escritos, comportarse de forma hostil con la persona que ha alcanzado un logro, intentar poner al superior en contra de uno y emitir comentarios negativos en relación con la posibilidad del estudiante de convertirse en médico.

Maida, et al.<sup>7</sup> mencionan que se trata de amenazar con perjudicar académicamente, hablar mal de la persona para perjudicarla, asignar tareas injustas, acreditarse el trabajo injustamente, ignorar o descalificar el trabajo, tratar de forma humillante o discriminar.

Aunque algunos autores manifiesten que en este segmento se incluyen los gritos, las malas palabras y los comentarios negativos, es pertinente incluirlos dentro del terreno del maltrato verbal; de igual forma, la intención de perjuicio académico, como asignar calificaciones bajas, puede ubicarse más claramente en el terreno del maltrato académico.

El maltrato psicológico se limitaría entonces solamente a los comportamientos que tienen como objetivo

que las personas se sientan desplazadas del lugar que les corresponde, incompetentes o devaluadas frente a sí mismas o frente a otras. Son acciones que incluyen que el superior alce los ojos cuando el subalterno manifiesta una idea, muecas o sonrisas burlescas, señas con las manos manifestando desprecio o incompetencia, encomendar tareas que no corresponden a la condición de estudiante de medicina para degradarlo (como por ejemplo realizar la limpieza), mantenerlo sosteniendo objetos por mucho tiempo sin objetivo alguno, aislarlo y no dirigirle la palabra en absoluto, enviarlo a realizar compras y excluirlo de toda actividad deliberadamente.

Los hallazgos de Uhari, et al.<sup>3</sup> y de Maida, et al.<sup>7</sup> señalan al docente como el principal perpetrador de maltrato psicológico, mientras que Sheehan, et al.<sup>12</sup> reportan a los residentes y los internos como los principales autores que incurrir en este tipo de conductas. Según los hallazgos de Uhari, et al.<sup>3</sup>, el sexo femenino es el más afectado.

### *Maltrato académico*

Silver, et al.<sup>20</sup> describen el maltrato académico como asignar una carga de trabajo académica o clínica de manera excesiva o inapropiada, lo que consiste en realizar tareas fuera de las funciones del estudiante o actividades innecesarias y recibir calificaciones o evaluaciones incorrectas o injustas. Dentro de este concepto, Kassebaum, et al.<sup>2</sup> agregan la privación del sueño y las evaluaciones erradas.

De acuerdo con los primeros autores, en la institución educativa, las evaluaciones incorrectas o injustas se distinguen significativamente, mientras que realizar actividades adicionales o tareas ajenas a las estipuladas, según sugieren, se catalogaría dentro del terreno del maltrato psicológico. Por otro lado, en el ambiente clínico, de acuerdo con Kassebaum, et al.<sup>2</sup>, señala que la privación deliberada del sueño, y se contempla la posibilidad de integrarla al maltrato psicológico, puesto que se priva a la víctima de los derechos que le corresponden para socavarla de alguna manera.

Para Nagata-Kobayashi, et al.<sup>5</sup> el maltrato, en general, constituye el negar al estudiante la oportunidad de examinar pacientes, impedirle practicar técnicas médicas y el oponerse a que asista a conferencias o reuniones académicas. Sin embargo, al tratarse de recursos para adquirir o consolidar los conocimientos del alumno, se sugiere que estos indicadores se incluyan en el terreno del maltrato académico, al igual que las múltiples amonestaciones por escrito hacia la

jefatura de enseñanza con propósitos de perjudicar al alumno.

Por otro lado, Nagata-Kobayashi, et al. señalan que la prevalencia alcanza un 23.2% en los alumnos, con una distribución del 25.3% en los hombres y del 19.4% en las mujeres. Lubitz, et al.<sup>13</sup> manifiestan una proporción mucho más alta: 76.4% (70.2% en los hombres y 83.3% en las mujeres). Los servicios con mayor frecuencia son los siguientes: Cirugía, Ginecoobstetricia y Medicina Interna.

### **Maltrato físico**

Cook, et al.<sup>21</sup> definen el maltrato físico como el de aquella persona que se conduce de forma insolente, golpeando o dando empujones a otras personas, de forma que la situación se sale de control y desencadena conductas que atentan contra la integridad física de los involucrados.

Las agresiones pueden suscitarse de forma gradual y comprenden amenazas de agresión física, estar expuesto a riesgos médicos deliberados, empujones<sup>7,11</sup>, arrojar el expediente o algún otro objeto con intención de dañar<sup>7</sup> e incluso ataques de mayor intensidad como bofetadas<sup>12</sup>, jalones de cabello<sup>7</sup>, patadas<sup>12</sup>, mordidas, arañazos, pellizcos, escupitajos o daño a objetos personales<sup>22</sup> de manera intencional.

Resulta importante señalar que las amenazas con armas<sup>11</sup>, los golpes con el instrumental<sup>20</sup> o las lesiones con el electrocauterio al subalterno dentro de un acto quirúrgico de forma deliberada son ejemplos muy claros de maltrato físico.

En relación con la frecuencia, Maida, et al.<sup>11</sup> señalan que el 23.6% de los estudiantes reportaron por lo menos un incidente de maltrato físico; Baldwin, et al.<sup>15</sup> reportan un 18.1% en el pregrado, cifra que aumenta al 42.6% en el posgrado.

### **Maltrato sexual**

Dentro de las primeras definiciones de maltrato sexual se enumeran las pretensiones, el acoso, los avances físicos y los comentarios sexistas<sup>20,23</sup>. Más adelante, Kassebaum, et al.<sup>2</sup> lo definen como la petición de favores sexuales a cambio de calificaciones u otro tipo de recompensas; adicionalmente a los comentarios sexistas, se incluyen los sobrenombres de acuerdo a la personalidad del estudiante y los avances de tipo sexual indeseados por el estudiante y efectuados por el personal académico.

Baldwin, et al.<sup>15</sup> subrayan que se trata de menospre-

cios sexistas, favoritismo, mostrar material de tipo sexual, negación de oportunidades, chismes mal intencionados y recompensas a cambio de favores sexuales, entre otros. Cook, et al.<sup>21</sup> agregan el enunciar bromas sexistas, realizar cumplidos en relación con el cuerpo o la figura, sugerir la forma de vestirse y realizar proposiciones sexuales explícitas.

Maida, et al.<sup>11</sup> sitúan en esta dimensión el estar sometido a avances sexuales sin consentimiento, los apodos de connotación sexual, los tocamientos y caricias indeseados, condicionar las calificaciones a cambio de favores sexuales, forzar la actividad sexual y observar la actividad sexual de terceros; su estudio encontró que el 26.4% de los estudiantes reportaron por lo menos un incidente de este tipo.

Nagata-Kobayashi, et al.<sup>5</sup> ubican en este punto las rotaciones clínico-hospitalarias en que algunos estudiantes de medicina son el blanco para recibir una atención especial no solicitada, invitaciones persistentes, proposiciones explícitas indeseadas, exponer material ofensivo como fotos, caricaturas, etc., emitir lenguaje corporal ofensivo como miradas lascivas, señas..., o acercamientos físicos y ofrecimiento de incentivos a cambio de favores sexuales. En su estudio encontraron que el grupo más vulnerable eran las mujeres, con un 54.1%, mientras que en los hombres la proporción fue de casi la mitad, del 25.3%.

Uhari, et al.<sup>3</sup> también incluyen en este rubro el menosprecio y la discriminación sexual, e indican que el menosprecio se presenta en el 32% de los casos y la discriminación sexual, en el 23%.

Los escenarios con mayor incidencia de maltrato sexual, de acuerdo con los estudios realizados por Nora<sup>23</sup>, señalan al Servicio de Cirugía General en primer término y al de Ginecología y Obstetricia en segundo lugar. Por otro lado, Wolf, et al.<sup>8</sup> mencionan que los principales actores que incurren en este tipo de conductas son los residentes, tanto en el caso de los hombres como de las mujeres.

### **Maltrato racial**

Kassebaum, et al.<sup>2</sup> establecen que se trata de comentarios o críticas ofensivas en relación con la raza o etnia del estudiante. Sheehan, et al.<sup>12</sup> manifiestan que los grupos más vulnerables son todos aquellos que no pertenecen a la raza blanca o hispánica. Sin embargo, según los hallazgos de los primeros autores, la incidencia más alta la obtuvo la raza negra, seguida de la hispana y, por último, de la asiática, destacando que los hombres eran los más vulnerables en todos los casos. La raza

negra conservó su posición destacada aun en escuelas públicas y privadas, sin diferencias significativas. Por otro lado, el alumnado reportó como principales perpetradores, en una escala de mayor a menor, a los médicos adscritos dentro del hospital, a los médicos adscritos dentro del aula y a los profesores preclínicos<sup>2</sup>.

### ***Maltrato mediante el uso de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC)***

El maltrato también puede producirse mediante el uso de las TIC (correo electrónico, redes sociales, blogs, páginas personales, chat, videochat, telefonía celular, llamadas y mensajes de texto), herramientas con las cuales se pueden difundir mensajes de contenido agresivo o violento, como cuando se usa la telefonía celular para fotografiar o videogravar a una persona y después exhibirla en las redes sociales. El maltrato comienza cuando se utilizan estas herramientas con el propósito de humillar o ventilar errores para su burla individual o colectiva potenciando el agravio. El ejercicio de esta dinámica resulta cómodo para el agresor, ya que puede refugiarse en el anonimato utilizando un pseudónimo y de esta forma incitar a otras personas para participar en dicho espacio con las mismas intenciones. Sería interesante conocer su prevalencia y consecuencias, pero en la literatura sobre el maltrato en los estudiantes de medicina este tema se encuentra poco explorado debido a que se trata de un suceso relativamente reciente.

Es conveniente señalar que los diferentes tipos de maltrato pueden combinarse entre sí, lo que potencia el daño originado a la víctima.

### **Perpetradores**

En los reportes elaborados por Sheehan, et al.<sup>12</sup> se señala al residente como el principal perpetrador, lo cual coincide con las cifras de Baldwin, et al.<sup>15</sup>, pero contrasta con los trabajos de Maida, et al.<sup>11</sup>, quienes señalan a los profesores como los principales agresores en todos los tipos de maltrato.

Wolf, et al.<sup>8</sup> mencionan que el mayor porcentaje lo alcanzan los médicos residentes, seguidos del personal de enfermería y los profesores clínicos. Iglesias Benavides, et al.<sup>4</sup> reportan a un grupo conformado por los profesores de ciencias básicas y los residentes como la principal fuente de maltrato, y, en menor proporción, reportan otro grupo compuesto por compañeros pares, enfermeras y pacientes.

Es necesario precisar que el maltrato puede variar

dependiendo del nivel hospitalario. Si el hospital es de segundo o tercer nivel, el número de residentes aumenta y, por lo tanto, la escala de jerarquías se extiende y la conducta del personal de mayor jerarquía hacia el de menor jerarquía es mucho más gélida y distante. Por el contrario, si el centro de atención es de primer nivel, la escala de jerarquías se reduce y la cantidad de residentes es mucho menor o nula. En consecuencia, la relación entre el inmediato superior y el subordinado es más directa, más estrecha, y puede que la incidencia del maltrato sea distinta que en el primer grupo.

### **Escenarios**

Nagata-Kobayashi, et al.<sup>5</sup> señalan que el servicio con mayor número de actos violentos es el de Cirugía General, seguido por el de Medicina Interna y, en significativa menor proporción, los de Oftalmología y Medicina General<sup>9,14</sup>. Sin embargo, para Lubitz, et al.<sup>13</sup>, el segundo lugar lo ocupa el Servicio de Ginecología y el tercero, el de Medicina Interna. Finalmente, los dos grupos de autores coinciden en catalogar el Servicio de Medicina General o Medicina Familiar como el servicio con menor maltrato.

### **Grupos vulnerables**

Se especula que existen características especiales en las víctimas que sirven como detonadores para que se suscite el maltrato. A continuación se describen aquéllas que reporta la literatura.

#### ***Atributos personales***

En algunos estudios el género<sup>2,8,15,20</sup>, la edad<sup>13,15</sup>, el estatus marital<sup>8,15</sup> y la religión<sup>15</sup> no son variables que hagan detonar el maltrato, puesto que no reportan evidencias significativas que demuestren agresión a un grupo más que a otros. Sin embargo, Nagata-Kobayashi, et al.<sup>5</sup> señalan que el género femenino recibe experiencias de maltrato más frecuentemente que el género masculino. Por otro lado, para autores como Lubitz, et al.<sup>13</sup> la raza no es una variable que reporte mayor frecuencia de maltrato, pero para Kassebaum, et al.<sup>2</sup> sí hay una incidencia mayor de maltrato para la raza negra que para la hispana o la asiática.

#### ***Aspectos académicos***

Lubitz, et al.<sup>13</sup> y Elnicki, et al.<sup>10</sup> sostienen que no hay

evidencias de que los alumnos reciban mayor maltrato en función de su grado académico. Sin embargo, Silver, et al.<sup>20</sup> señalan que los índices de mayor incidencia ocurren en el tercer y el cuarto años, lo cual coincide con los hallazgos de Oancia, et al.<sup>24</sup> y Maida, et al.<sup>7</sup>, que demuestran que este tipo de conductas se observan más frecuentemente a medida que asciende el grado académico y el nivel de experiencia.

## Consecuencias del maltrato

Las repercusiones del maltrato hacia los alumnos se agrupan en las siguientes categorías.

### Personales

Silver, et al.<sup>20</sup> manifiestan que unas de las alteraciones más frecuentes son el estrés y la constante angustia<sup>25</sup>. Nagata-Kobayashi, et al.<sup>5</sup> mencionan que las víctimas manifiestan incomodidad, ansiedad, enojo, miedo, nerviosismo y depresión<sup>5,9,10</sup>. De hecho, el hecho de que el alumno se encuentre involucrado en un ambiente hostil puede llevar a que se debiliten la ilusión y el entusiasmo que poseía en un inicio y a que se desmotive, convirtiéndose con el paso del tiempo en una persona con cinismo<sup>2,7,8</sup>, pesimismo<sup>8</sup>, apatía y deshumanización<sup>8</sup>. Elnicki, et al.<sup>10</sup> reportan el caso de un estudiante sometido en un ambiente tan hostil que llegó a desarrollar ideación suicida y requirió terapia con antidepresivos. Sin embargo, los autores también manifiestan que la víctima puede utilizar esta experiencia adversa para rechazar este proceder y no llegar a convertirse en un perpetrador, con la posibilidad de transformarse en una persona mucho más fuerte en el aspecto psicoemocional.

Ahora bien, aunque es probable que un maltrato menor haga más fuerte a la persona, un maltrato avasallador tiene un alto potencial destructivo. Por ello no sorprende que algunos autores señalen un impacto negativo en la salud mental<sup>12,13</sup> y el incremento en el consumo de alcohol<sup>5,25</sup> en estos casos.

### Educativas

En el proceso educativo, el estudiante que ha sido víctima de maltrato manifiesta falta de confianza en sus habilidades clínicas<sup>26</sup>, disminución en el entusiasmo por estudiar<sup>5</sup>, dificultad en la habilidad para estudiar<sup>13</sup>, lo cual limita su aprendizaje<sup>5</sup>.

Por otro lado, Elnicki, et al.<sup>10</sup> señalan que la rotación clínica se torna incómoda para el alumno y le genera

sentimientos adversos hacia la especialidad en la que fue agredido, evitando así futuras rotaciones. Es decir, que el maltrato puede llevar a que la inclinación que se tenía en un inicio por alguna especialidad médica disminuya hasta el punto del desagrado<sup>15,13</sup> teniendo como resultado el deseo de cambiar de escuela<sup>4</sup> o el anhelo de desertar de la carrera<sup>5,7,11,12</sup>.

La meta de la educación médica es esencialmente preparar para brindar atención a los pacientes, pero este objetivo profesional se ve debilitado en la medida en que hay evidencias de que el estudiante de medicina que ha recibido maltrato durante su formación posteriormente reproducirá esta conducta hacia el paciente.

### Profesionales

En el marco profesional, de acuerdo con Lubitz, et al.<sup>13</sup>, la eficacia en el cuidado del paciente por parte del alumno sometido a innumerables abusos se ve perjudicada. Maida, et al.<sup>11</sup> señalan que el 35% de la población estudiada manifestó que la calidad del trabajo en general resultó negativamente afectada. Incluso el alumno en sus actividades profesionales desarrolla otro tipo de conductas secundarias, como falsificar el registro de los pacientes<sup>27</sup>, es decir, inventar que se han llevado a cabo procedimientos y estudios, mentir sobre el estado actual del enfermo y/o alterar los resultados del laboratorio, posiblemente por temor a ser reprendido por el superior, tratando de evitar castigos y amonestaciones futuras. Sin embargo, el alterar los registros puede ocasionar múltiples problemas de magnitudes inimaginables.

### Sociales

No es difícil imaginar que el estar envuelto en un ambiente hostil es un terreno fértil para generar conflictos que desembocan en el rompimiento de lazos sentimentales<sup>12</sup>, lo que puede originar enemistades que desarrollan gradualmente sentimientos de odio y venganza, hasta llegar incluso a desear asesinar a alguien<sup>10</sup>. Maida, et al.<sup>11</sup> señalan que el 25.6% de la población estudiada manifestó un perjuicio en su vida social y el 6% en su vida familiar.

### Acerca de las quejas

Nagata-Kobayashi, et al.<sup>5</sup> afirman que el mayor porcentaje de alumnos víctimas de maltrato no presentaron quejas debido a dos motivos: primero, para algu-

nos no fue un problema suficientemente significativo como para reportarlo ante las autoridades competentes; segundo, los alumnos consideraron que efectuar un reporte de maltrato generaría otros problemas adicionales, que empeorarían aún más su situación. Iglesias Benavides, et al.<sup>4</sup> reportan que la mitad de de la muestra consideró que la queja con un superior no serviría de nada y la otra mitad respondió lo contrario. Por lo tanto, es posible imaginar la existencia de un importante subreporte de las quejas.

## Acerca de la justificación

De acuerdo con las aportaciones de la población estudiada, Musselman, et al.<sup>17</sup> señalan que la agresión puede ser aceptable (justificada) por el alumno si conlleva fines educativos para mejorar su desempeño clínico y/o reporta beneficios para el paciente. Y se considera disfuncional (injustificada) cuando los comentarios o las actitudes se encuentran fuera del contexto estrictamente clínico o no conllevan propósitos de enseñanza. Por otro lado, el agresor la justifica como una herramienta para fomentar el sentido de responsabilidad en el alumno.

## Discusión y conclusiones

En las organizaciones altamente jerarquizadas, con poderes claramente asimétricos, frecuentemente calcadas de los contextos militares, las órdenes se ejercen verticalmente y deben ser acatadas, con sumisión y sometimiento. Los niveles superiores poseen el poder y los subordinados se encuentran en situación de desventaja y desprotección. Por ello, una organización jerárquica como la de los hospitales grandes facilita que se cometan actos de maltrato, casi sin consecuencias para el perpetrador, sobre todo cuando las autoridades (jefes de enseñanza y directores) contemplan dichos actos como irrelevantes o «normales».

Por lo regular, dentro de un ambiente clínico, los superiores se encargan de imponer un sentido de la jerarquía que va en detrimento de quienes se encuentran en los escalones inferiores de la organización. Por ello, si el residente no tuvo la oportunidad de dormir o de tomar sus alimentos, mucho menos tendrá derecho el subalterno de hacerlo, esto sólo por marcar un orden jerárquico, aunque el subalterno tenga la posibilidad para llevarlo a cabo.

Mientras estas conductas continúen apuntando a una jerarquía acentuada, limitarán la posibilidad del alumno

de adquirir confianza en su superior, obstaculizando la iniciativa, la reflexión, la crítica, el aporte de ideas, la participación y el entusiasmo, e impidiendo el trabajo en equipo y el aprendizaje colaborativo.

Por otro lado, es necesario enfatizar que el médico adscrito o el residente ocupan un lugar importante para compartir con el alumno el conocimiento relacionado con el proceder clínico; fungen como autoridad y modelo a seguir, así que si incurrir en conductas hostiles, el alumno puede adoptarlas de forma inconsciente y reproducirlas posteriormente en cualquiera de los contextos en que se desempeñe, perpetuando así el maltrato.

Otro aspecto importante a considerar es el reconocimiento de estas conductas. Un estudio realizado por Nagata-Kobayashi, et al.<sup>5</sup> señala que el 30% de los alumnos no reconocieron las conductas abusivas cuando ocurrieron. El hecho de no percibir estas conductas puede explicarse por varios factores: el desconocimiento de lo que se entiende por maltrato, el hecho de haber experimentado conductas similares de forma reiterada a través del tiempo hasta el grado de pasar inadvertidas y, por último, las costumbres o tradiciones propias de la institución justificadas como la única forma de trabajar.

La propuesta para tratar de disminuir la incidencia del maltrato apunta a reducir las jerarquías, puesto que en el ejercicio de las mismas se favorece el autoritarismo, la arbitrariedad, el mal uso o abuso del poder, y son más proclives a propiciar el maltrato.

Si se implementa un sentido de equidad, equilibrio y armonía en la institución, es posible que florezca un óptimo trabajo en equipo que ofrezca actitudes que beneficien y motiven directamente a cada uno de los miembros, incluso al paciente mismo.

La literatura deja claro que no se trata de casos aislados, fortuitos y poco comunes, sino de un sistema que afecta directamente a la víctima, con una intensidad y dimensiones variables. Con la finalidad de evitar que se perpetúen estas conductas tan nocivas de generación en generación y de una institución a otra, la propuesta consiste en abandonar un ambiente hostil y cambiarlo por otro más agradable con el objetivo de brindar mayores oportunidades de aprendizaje y, por ende, mejor atención al paciente.

Resulta imprescindible crear mecanismos que modifiquen el clima organizacional y, en su caso, favorecer la denuncia y proteger a las víctimas, a la vez que se amonesta a los perpetradores. Si no se combate

frontalmente el maltrato, no será posible mejorar la calidad de la atención y construir entornos favorables al aprendizaje.

## Bibliografía

1. Odgen PE, Wu EH, Elnicki MD, et al. Do attending physicians, nurses, residents, and medical students agree on what constitutes medical student abuse? *Acad Med.* 2005;80(10 Suppl):S80-3.
2. Kassebaum DG, Cutler ER. On the culture of student abuse in medical school. *Acad Med.* 1998;73(11):1149-58.
3. Uhari M, Kokkonen J, Nuutien M, et al. Medical student abuse: An international phenomenon. *JAMA.* 1994;271(13):1049-51.
4. Iglesias Benavides JL, Saldívar Rodríguez JL, Bermúdez Barba V, Guzmán López A. Maltrato del estudiante de medicina. Percepción de 404 alumnos de cuarto, quinto y sexto años de la carrera. *Med Univer.* 2005;7(29):191-202.
5. Nagata-Kobayashi S, Sekimoto M, Koyama H, et al. Medical student abuse during clinical clerkships in Japan. *J Gen Intern Med.* 2006;21(3):212-8.
6. Wilkinson TJ, Gill DJ, Fitzjohn J, Palmer CL, Mulder RT. The impact on students of adverse experiences during medical school. *Med Teach.* 2006;28(2):129-35.
7. Maida AM, Herskovic MV, Pereira A, Salinas-Fernandez L, Esquivel C. [Perception of abuse among medical students of the University of Chile]. *Rev Med Chil.* 2006;134(12):1516-23.
8. Wolf TM, Randal HM, Von Almen K, Tynes LL. Perceived mistreatment and attitude change by graduating medical students: a retrospective study. *Med Educ.* 1991;25(3):182-90.
9. Dyrbye LN, Thomas MR, Huntington JL, et al. Personal life events and medical student burnout: A multicenter study. *Acad Med.* 2006;81(4):374-84.
10. Elnicki DM, Curry RH, Fagan M, et al. Medical student's perspectives on and responses to abuse during the internal medicine clerkship. *Teach Learn Med.* 2002;14(2):92-7.
11. Maida AM, Vásquez A, Herskovic V, et al. A report on student abuse during medical training. *Med Teach.* 2003;25(5):497-501.
12. Sheehan KH, Sheehan DV, White K, Leibowitz A, Baldwin DW Jr. A pilot study of medical student abuse, student perceptions of mistreatment and misconduct in medical school. *JAMA.* 1990;263(4):533-7.
13. Lubitz MR, Nguyen DD. Medical student abuse during third-year clerkships. *JAMA.* 1996;275(5):414-6.
14. Coverdale JH, Balon R, Roberts LW. Mistreatment of trainees: verbal abuse and other bullying behaviors. *Acad Psychiatry.* 2009;33(4):269-73.
15. Baldwin DC Jr, Daugherty SR, Eckenfels EJ. Student perceptions of mistreatment and harassment during medical school. *West J Med.* 1991;155(2):140-5.
16. Moscarello R, Margittai J, Rossi M. Differences in abuse reported by female Canadian medical students. *CMAJ.* 1994;150(3):357-63.
17. Musselman LJ, MacRae HM, Reznick RK, Lingard LA. You learn better under the gun: intimidation and harassment in surgical education. *Med Educ.* 2005;39(9):926-34.
18. Blancas Bustamante C. El acoso moral en la relación de trabajo. Pontificia Universidad Católica del Perú, Facultad de Derecho. Palestra Editores S.A.C.; 2007. p. 24.
19. Hirigoyen MF. El acoso moral en el trabajo. Barcelona: Paidós; 2001. p. 19.
20. Silver HK, Glick AD. Medical student abuse, Incidence, Severity and Significance. *JAMA.* 1990;263(4):527-32.
21. 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(11):1657-65.
22. Mejía R, Diego A, Alemán M, Maliandi MR, Lasala F. [Perception of mistreatment during medical residency training]. *Medicina (B Aires).* 2005;65(4):295-301.
23. Nora ML. Sexual harassment in medical education: A review of the literature with comments from the law. *Acad Med.* 1996;71(1):113-8.
24. Oancia T, Bohm C, Carr T, Cujec B, Johnson D. The influence of gender and specialty on reporting of abusive and discriminatory behavior by medical students, residents and physician teachers. *Med Educ.* 2000;34(4):250-6.
25. Richman JA, Flaherty JA, Rospenda KM, Christensen ML. Mental health consequences and correlates of reported medical student abuse. *JAMA.* 1992;267(5):692-4.
26. Schuchert MK. The relationship between verbal abuse of medical students and their confidence in their clinical abilities. *Acad Med.* 1998;73(8):907-9.
27. Baldwin DC, Daugherty SR, Rowley BD. Unethical and unprofessional conduct observed by residents during their first year of training. *Acad Med.* 1998;73(11):1195-200.