

ARTÍCULO DE REVISIÓN

Bullying durante el pre y posgrado de la formación médica

Raúl Carrillo-Esper,* Karla Gómez-Hernández*

RESUMEN

A lo largo del internado y la residencia los médicos desarrollan herramientas técnicas y teóricas para el desempeño de la práctica clínica. Asimismo, durante estos años despliegan su identidad profesional en donde valores como la ética y el humanismo tienen un papel relevante, ya que serán transmitidos a las siguientes generaciones de médicos en formación y utilizadas con sus pacientes. En este trabajo se define el concepto de bullying en la residencia médica y se realiza una revisión literaria en torno al tema. Asimismo, se presenta un análisis del ambiente laboral y los vínculos de poder durante su formación y el impacto que ha tenido en los últimos años en distintos países del mundo.

Palabras clave. Bullying. Residencia médica. Ética. Relaciones de poder.

BULLYING DURANTE EL PRE Y POSGRADO DE LA FORMACIÓN MÉDICA

La violencia en el área laboral ha existido desde hace siglos; sin embargo, a partir de la valorización de los derechos humanos, las condiciones laborales comenzaron a ser estudiadas en el ámbito académico.¹ La formación médica siempre ha sido considerada exigente y compleja; sin embargo, en los últimos años se han realizado investigaciones en distintos países, principalmente en los desarrollados, que se han centrado en el maltrato y el abuso en la formación médica, tanto de pre^{2,3} como de posgrado. La prevalencia de maltrato oscila entre 60 y 95%.⁴⁻⁸ Se ha observado que tanto médicos como estudiantes de medicina son susceptibles de experimentar y cometer maltrato, acoso y discriminación.⁹⁻¹³

El objetivo de este trabajo fue revisar conceptos actuales del bullying en la residencia médica.

ABSTRACT

Throughout the internship and residency, the physicians develop techniques tools and theoretical for the performance of clinical practice. Also, during these years display their professional identity where values such as ethics and humanism have an important role as they will be transmitted to subsequent generations of doctors in training and used with their patients. In this paper we define the concept of bullying on medical residency and we done a literary review on the theme. Also, presented an analysis of the work environment and the links of power during his training and the impact it has had in last years in countries around the world.

Key words. Bullying. Medical residency. Ethics. Power relations.

DEFINICIÓN Y CONCEPTOS GENERALES

Uno de los conceptos que se ha utilizado durante la residencia médica es el de maltrato psicológico, el cual se define como aquel comportamiento que hace que otra persona se sienta herida u ofendida,^{14,15} desvalorizada o incompetente; incluye gritos, insultos o faltas de respeto. A éste se suma el maltrato físico que incluye golpes y todo tipo de trato violento.¹⁶ Se entiende por acoso sexual las propuestas sexuales no deseadas, demandas de favores sexuales y otras conductas verbales o físicas con contenido sexual que alteran o ponen en peligro cualquiera de los elementos que integran la relación laboral.^{17,18}

El bullying fue definido por primera vez por el psicólogo Dan Olweus,¹⁹ que observó la violencia escolar en su país, Noruega, en 1973. A partir de 1982, a raíz del suicidio de tres jóvenes se inició un estudio profundo sobre el acoso y hostigamiento escolar. En Inglaterra se crearon

* Unidad de Terapia Intensiva. Fundación Clínica Médica Sur.

Correspondencia:

Psic. Karla Gómez-Hernández

Unidad de Terapia Intensiva. Fundación Clínica Médica Sur

Correo electrónico: kleviosa@hotmail.com

tribunales escolares a partir de 1989 para apoyar a todos aquellos estudiantes que sufrieran de dicho maltrato.

La Asociación Británica de Medicina define el bullying como "el comportamiento persistente hacia un individuo, que consiste en ser intimidante, degradante, ofensivo o malicioso y que deteriora la confianza y autoestima del receptor".²⁰ Las consecuencias psicoafectivas del bullying son relevantes en los resultados de los procesos formativos.²¹

El bullying es una palabra inglesa que lleva consigo la intimidación, exclusión social, amenaza a la integridad, coacción, manipulación, hostigamiento, entre otros, y es un concepto que a nivel mundial ha sido ampliamente investigado en el ámbito escolar. En medicina, la Asociación Médica Británica (British Medical Association) lo define como maltrato psicológico, invisible o aquel comportamiento que hace que otra persona se sienta herida, ofendida, desvalorizada o incompetente, e incluye gritos, insultos y faltas de respeto. Asimismo, agrega a la definición el maltrato físico, que incluye golpes y todo tipo de trato violento.²²

BULLYING EN LA RESIDENCIA MÉDICA

Silver^{23,24} concluyó que los cambios en la actitud de los médicos hacia sus pacientes podrían ser resultado del trato hostil y punitivo recibido en la escuela de medicina. Spiegel²⁵ determinó que el estrés al cual son sometidos los médicos en formación es percibido por ellos mismos como inversamente proporcional a su rendimiento académico. Perales²⁶ postuló que el estrés que soporta un estudiante de medicina durante su adiestramiento es obligatoriamente alto, con riesgo de pérdida de la salud mental, vida social y la imagen de la profesión médica.

A nivel mundial existen estudios que se centran en determinar el maltrato y el abuso en la formación médica, tanto de pregrado^{27,31} como de posgrado³²⁻³⁵ y han encontrado una prevalencia de maltrato que oscila entre 10 y 50% de los encuestados. Un porcentaje importante de los sujetos investigados que percibieron maltrato consideró el abandono de la carrera como consecuencia de esta experiencia traumática (32.2%).^{36,37}

MALTRATO EN LA FORMACIÓN MÉDICA

La violencia en la residencia médica existe desde hace varias décadas y los residentes justifican su existencia porque consideran que no existe otra manera de incorporar tan gran cantidad de conocimientos y habilidades en un periodo tan breve. Esta aceptación de la violencia como

el método normal de enseñanza vuelve muy difícil erradicarla.

El transformar una conducta socialmente adquirida en un fenómeno propio de la naturaleza se conoce como naturalización y tiene como consecuencia reforzar la perpetuación de esa conducta.³⁸ Los seres humanos aceptan los fenómenos naturales sin analizarlos ni discutirlos, "ocurren así y así debe ser", quedan incorporados en la sociedad por largo tiempo, se refuerza la aceptación social y se vuelve más difícil modificarlo; este proceso se conoce como invisibilización.

La residencia médica pareciera estar construida sobre el convencimiento de que la violencia es inherente al proceso de aprendizaje. El maltrato en la formación de los médicos tiene graves consecuencias sobre su desarrollo profesional tanto inmediato como posterior. Es difícil comprender cómo puede un joven médico incorporar y desarrollar cualidades como el altruismo o la compasión por un enfermo cuando se forma en un ambiente en el cual permanentemente recibe críticas o humillaciones por realizar en forma incorrecta tareas que forman parte del aprendizaje.

El estudiante de medicina se enfrenta a la tarea de aprender a ejercer una profesión, a relacionarse con los pacientes y a asumir la responsabilidad del ejercicio de la misma.

El alumno, al ingresar a una institución médica y al integrarse como parte de su estructura, tiene que enfrentar el modelo del médico y la profesión médica que ha idealizado y preconcebido, en contraste con la realidad que se le devela. En muchos casos, el médico en formación ve al médico como un personaje privilegiado en la sociedad, al que se le atribuyen una serie de características de sabiduría, liderazgo y poder, así como un modo de vida y nivel económico deseables. Muchas veces la idea de convertirse en médico funciona como un mecanismo de resolución de conflictos sociales, como forma de compensar carencias percibidas y como medio para la adquisición de poder.

Los médicos en proceso de formación se enfrentan a una realidad que suele resultar contradictoria y difícil. Kay³⁹ explicó este fenómeno como una desidealización traumática y utilizó este concepto para hablar del impacto que generan la frustración, la desilusión, los malos entendidos e irritaciones, que el estudiante de medicina vive de forma cotidiana en los hospitales durante su práctica clínica, sobre su autopercepción, la disminución en su aprendizaje, su autoestima, sus expectativas de convertirse en médico y especialista, factores que en su conjunto le pueden conducir a un sentimiento de desilusión y menosprecio

hacia sus maestros e incluso hacia la profesión misma. Para Kay³⁹ existe una necesidad de afirmación no sólo en la niñez sino también en la edad adulta, la cual es reforzada al adoptar modelos idealizados como referentes de sí mismos.

Se ha descrito el efecto que tienen la conducta y el comportamiento de los médicos en la formación ética de los estudiantes de medicina, demostrando cómo la exposición de éstos a eventos antiéticos realizados por los médicos de mayor jerarquía pueden influir en la formación o deformación de sus sistemas de valores y en la creación de sus códigos de ética.

Lyoid⁴⁰ define al ambiente hospitalario como hostil, en el cual existe una creciente carencia de modelos médicos a seguir. También, en muchos análisis se ha hecho énfasis en las situaciones de exceso de trabajo y agotamiento que producen las largas horas de trabajo. Se ha señalado en particular el exceso de labor burocrática y "de papelería" que ocupa el tiempo que debería de estar destinado a la práctica clínica y a la enseñanza teórica.

Algunos autores han demostrado cómo la privación del sueño disminuye la capacidad de juicio clínico y es necesario evaluar el impacto que esto tiene no sólo en la calidad de atención a los pacientes, sino también en su seguridad. Aunque se han realizado reformas en varios países del mundo para regular las horas de trabajo a favor de los médicos en formación, para Reshma, *et al.*,⁴¹ los resultados han sido insuficientes.

Los ambientes de trabajo en los cuales se forman los médicos son fundamentales para la calidad de la educación en la carrera de medicina. En las instituciones de salud mexicanas existe un fenómeno de desinterés y apatía ante el trabajo, a raíz del exceso de trabajo rutinario rígido y repetitivo, del individualismo, etc.⁴²

ANTECEDENTES DE BULLYING EN LA RESIDENCIA MÉDICA

El impacto del abuso, maltrato, discriminación, acoso y hostigamiento ha cobrado creciente importancia en la discusión dentro del campo de la educación médica. Silver,⁴³ en 1992, acuñó el término de abuso sobre los estudiantes de medicina (*medical student abuse*). Fue el primero en sugerir que los cambios en la actitud de los médicos podrían ser resultado del trato hostil y punitivo recibido en la escuela de medicina. Por su parte, Uhary⁴⁴ definió al abuso sobre los estudiantes de medicina como un fenómeno global, haciendo énfasis en la necesidad de realizar un debate internacional sobre la actitud cínica del

personal médico hacia los estudiantes y hacia la misma medicina. Lubitz y Nguyen⁴⁵ encontraron una influencia significativa que ejercía el abuso experimentado por los médicos internos durante su rotación por las diferentes especialidades sobre el tipo de especialidad elegida, resultando favorecidas especialidades como medicina familiar y rechazadas especialidades quirúrgicas, en las que se vivió un mayor abuso.

Sheehan, *et al.*⁴⁶ reportaron que la mayoría de los estudiantes que interrogaron experimentaron episodios de maltrato y abuso por parte de sus profesores, como el maltrato físico, psicológico y sexual, en donde el abuso y la crítica continua llegan a tener repercusiones importantes. Ambos estudios reportaron que este abuso tuvo un impacto de tal magnitud que les generó una inestabilidad emocional significativa. Se ha encontrado que el maltrato proviene de los médicos adscritos, los cuales fueron sometidos a abuso en su etapa de estudiantes.

ESTUDIOS SOBRE BULLYING EN LA FORMACIÓN MÉDICA

En Latinoamérica se han realizado estudios que han arrojado los mismos resultados que en países como Estados Unidos o Inglaterra. Una investigación hecha en Buenos Aires a todos los médicos residentes del hospital de Clínicas José de San Martín perteneciente a la Universidad de Buenos Aires, del Hospital General de Agudos Dr. Ignacio Pirovano perteneciente al Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y del Sanatorio Municipal Dr. Julio Méndez, perteneciente al Instituto Municipal de Obras Sociales (IMOS), arrojó 13 situaciones de maltrato y 10 posibles perpetradores. Respondieron la encuesta 322 residentes (55% mujeres), 72% correspondía a residencias de orientación clínica, 22% a quirúrgicas y 6% a diagnósticas. El 89% de los residentes refirió recibir algún tipo de maltrato, señalando en promedio ocho ítems cada uno. No se encontraron diferencias entre los centros participantes. El 75% de los residentes refirió sufrir críticas por no realizar tareas administrativas, 64% recibir gritos, 57% ser humillado en público por sus errores, 13% ser amenazado con sufrir perjuicios físicos, 10% recibir comentarios no deseados de índole sexual, 7% ser expuesto a material de contenido pornográfico sin haberlo solicitado, 15% refirió sufrir golpes, empujones y 10% sufrió discriminación religiosa o racial. Los responsables del maltrato referidos con mayor frecuencia fueron: residentes superiores (26%), jefes de residentes (19%), médicos de base (14%), jefes de servicio (8%) y enfermeros (8%). Existe una alta prevalencia de mal-

trato dentro de la residencia, siendo los principales responsables los residentes de años superiores.¹

En Chile se realizó un estudio en 2009 en el cual se invitó a participar a todos los residentes de distintas especialidades de la Facultad de Medicina de la Universidad de Concepción. Aceptaron participar 80 sujetos que corresponden a 46.5% de los residentes, y pertenecen a ocho de las 16 especialidades médicas ofertadas, correspondiendo el grupo mayoritario a la especialidad de medicina interna ($n = 22$; 27.5%). Ochenta sujetos encuestados: 44 hombres (55%) y 32 mujeres (40%), con cuatro casos que no aportaron esta información. Sus edades oscilaban entre los 25 y los 42 años ($M = 31.30$; $DE = 3.53$). En cuanto al nivel cursado, 32.5% de los encuestados cursaba el primer año de su especialidad ($n = 26$), 28.8% cursaba el segundo año ($n = 23$), 33.8% estaba en el tercer año ($n = 27$), cuatro casos no aportaron esta información.²⁰

Aunque la percepción de bullying de los residentes de los programas de especialización médica de la Universidad de Concepción es menor que la reportada por estudios del Reino Unido y Estados Unidos, es preocupante la elevada presencia de conductas de acoso/intimidación que éstos experimentan de manera aislada, pero que también pueden dañar la autoestima, autoeficacia y desempeño académico de los afectados.²⁰

Es importante destacar que la definición de bullying es ambigua y que los casos clasificados en la categoría de frecuencia moderada también podrían ser interpretados como bullying, aumentando de siete a 25 casos, cifra que coincide con los estudios citados.²⁰⁻²¹

La mayoría de los casos de acoso/intimidación y/o bullying encontrados en esta investigación corresponden a residentes de especialidades médicas no quirúrgicas. Estos resultados posiblemente se pueden atribuir a la baja participación en el estudio de los residentes de especialidades quirúrgicas, lo cual también constituye una limitación del estudio, pues en la mayoría de las investigaciones acerca de bullying en el posgrado se reporta mayor prevalencia en las especialidades quirúrgicas, hecho que se atribuye a las características de personalidad de los profesionales de esta área de la medicina.²⁰

En cuanto al origen de las conductas de acoso-intimidación y bullying, al igual que en otros estudios, se encontró que el maltrato proviene de médicos no docentes y médicos docentes. Según Silver²⁴ este fenómeno podría explicarse por la repetición de modelos, es decir, por la propia historia de maltrato experimentada por estos profesionales durante su formación.

CONCLUSIÓN

Bullying es una entidad frecuente en las escuelas de medicina y durante la residencia médica, por lo que es necesario que las instituciones implementen procesos que lo identifiquen y políticas contra la intimidación y acoso como parte de sus procesos de gestión de calidad, dado que los estudiantes de pre y posgrado tienen derecho a ser tratados con dignidad, respeto y consideración. Si durante su formación han sufrido acoso, intimidación o bullying, a menos que estén dotados de una gran capacidad de resiliencia e inteligencia emocional, carecerán de las actitudes y valores necesarios para enfrentar esta nueva epidemia del siglo XXI, que tiene un gran impacto deletéreo en la formación, actitud y desenvolvimiento social.

REFERENCIAS

1. Mejía R, Diego A, Alemán M, Maliandi M, Lasala F. Percepción de maltrato durante la capacitación de médicos residentes. *Med Buenos Aires* 2005; 65: 295-301.
2. Moscarello R, Margittai KJ, Rossi, M. Differences in abuse reported by female and male Canadian medical students. *Can Med Assoc J* 1994; 150: 357-63.
3. Baldwin D, Daugherty S, Eckenfels, E. Student perceptions of mistreatment and harassment during medical school. A survey of ten United States schools. *West J Med* 1991; 155: 140-5.
4. Cook D, Liutkus J, Risdon C, Griffith L, Guyatt G, Walter S. Resident's experiences of abuse, discrimination and sexual harassment during residency training. *Can Med Assoc J* 1996; 154: 1657-65.
5. Komaromy M, Bindman A, Haben R, Sande M. Sexual harassment in medical training. *N Engl J Med* 1993; 328: 322-6.
6. Vanlneveld C, Cook D, Kane S, King D. Discrimination and abuse in internal medicine residence. *J Gen Intern Med* 1996; 11: 401-5.
7. Quine L. Workplace bullying in junior doctors: questionnaire survey. *BMJ* 2002; 324: 878-9.
8. Quine L. Workplace bullying in NHS community trust: staff questionnaire survey. *BMJ* 1999; 318: 228-32.
9. Schwartz A, Black E, Goldstein M, Jozefowicz R, Emmings F. Level and causes of stress among residents. *J Med Educ* 1987; 62: 744-53.
10. Daugherty S, Baldwin D, Rowley B. Learning, satisfaction, and mistreatment during medical internship. *JAMA* 1998; 279: 1194-9.
11. Lois M. Sexual harassment in medical education: A review of literature with comments from the law. *Acad Med* 1996; 71: 113-8.
12. Lenhart S, Evans C. Sexual harassment and gender discrimination: A primer for women physicians. *J Am Womens Assoc* 1991; 46: 77-82.
13. Myers M. Abuse of residents: It's time to take action. *Can Med Assoc J* 1996; 154: 1705-06.
14. Giberti E, Fernández A. La mujer y la violencia invisible. Buenos Aires: Sudamericana; 1989, p. 16-23.

15. Pizzino A. Report on CUPE's (Canadian Union on Public Employees) National Health and Safety Survey of Aggression Against Staff. *Can Med Assoc J* 1994.
16. Rosenberg D, Silver H. Medical student abuse: an unnecessary cause of stress. *JAMA* 1984; 251: 739-42.
17. Riger S. Gender dilemmas in sexual harassment policies and procedures. *Amer Psych Assoc* 1991; 46: 497-505.
18. Rubenstein M. Dignity of women at work: Report on the problem of sexual harassment in the Member States of the European Communities. Commission of the European Communities. Brussels, 1987.
19. Olweus D. Bullying at school. What we know and what we can do. *Morata* 1993; 18: 17-20.
20. Bastías N, Fasce E, Ortiz L, Pérez Ch, Schaufele P. Bullying y acoso en la formación médica de postgrado. *Rev Educ Cienc Salud* 2011; 8: 45-51.
21. Paice E, Smith D. Bullying of trainee doctors is a patient safety issue. *The Clinical Teacher* 2009; 6: 13-7.
22. Mejía R, Diego A, Alemán M, Maliandi M, Lasala F. Percepción de maltrato durante la capacitación de médicos residentes. *Med, Buenos Aires* 2005; 65: 301-7.
23. Silver H. Medical Students and medical school. *JAMA* 1992; 155: 140-5.
24. Silver H, Glicken A. Medical student abuse: incidence severity, and significance. *JAMA* 1990; 263: 527-32.
25. Spiegel D. Medical student stress and clerk ship performance. *Med Educ* 1986; 61: 929-31.
26. Perales A, Sogi C, Morales R. Estudio comparativo de salud mental en estudiantes de medicina de dos universidades estatales peruanas. *Anales de la Facultad de Medicina* 2003; 64: 239-46.
27. Lebenthal A, Kaiserman I, Lernau O. Student abuse in medical school: a comparison of students' and faculty's perceptions. *Isr J Med Sci* 1996; 32: 229-38.
28. Frank E, Carrera J, Stratton T, Bickel J, Nora L. Experiences of belittlement and harassment and their correlates among medical students in the United States: longitudinal survey. *BMJ* 2006; 333: 682-7.
29. Wood D. Bullying and harassment in medical schools. *BMJ* 2006; 333: 664-5.
30. Aref-Adib G. Belittlement and harassment of medical students: is a source of medical education. *BMJ* 2006; 333: 809.
31. Mukhtar F, Daud S, Manzoor I, Amjad I, Saeed K, Naeem M, Javed M. Bullying of medical students. *J Coll Physicians Surg Pak* 2010; 20(12): 814-8.
32. Quine L. Workplace bullying in junior doctors: questionnaire survey. *BMJ* 2002; 324: 878-9.
33. Syed A, Yousafzai A, Siddiqi M, Rafey F, Khan R, Zuberi S. Bullying of Trainee Psychiatrists in Pakistan: A Cross-Sectional Questionnaire Survey. *Acad Psychiatry* 2009; 33: 335-9.
34. Cheema S, Ahmad K, Giri S, Kaliaperumal V, Naqvi S. Bullying of junior doctors prevails in Irish health system: a bitter reality. *Ir Med J* 2005; 9: 274-5.
35. Scott J, Blanshard C, Child S. Workplace bullying of junior doctors: cross-sectional questionnaire survey. *N Z Med J* 2008; 121: 10-4.
36. Maida A, Vásquez A, Herskovic V, Calderón J, Jacard M, Pereira A, Widdel L. A report on student abuse during medical training. *Med Teach* 2003; 25: 497-501.
37. Maida A, Herskovic V, Pereira A, Salinas L, Esquivel C. Percepción de conductas abusivas en estudiantes de medicina. *Rev Med Chile* 2006; 134: 1516-23.
38. Dorola E. La naturalización de los roles y la violencia invisible. Buenos Aires: Sudamericana; 1989, p. 191-200.
39. Kay J. Traumatic Deidealization and the Future of Medicine. *JAMA* 1990; 263: 572-3.
40. Lyoid C. A thurther assesment of medical school stress. *Med Educ* 1983; 58: 964-7.
41. Reshma J, Surender R. Regulation of junior doctors work hours: an analysis of British and American doctors experiences and attitudes. *Social Science & Medicine* 2004; 58: 2181-91.
42. Consejo C, Viesca-Treviño C. Ética y relaciones de poder en la formación de médicos residentes e internos: Algunas reflexiones a la luz de Foucault y Bourdieu. *Bol Mex His Fil Med* 2008; 11: 16-20.
43. Silver H. Medical Students and medical school. *JAMA* 1992; 155: 140-5.
44. Uhary M. Medical Student Abuse: An International Phenomenon. *JAMA* 1994; 271: 1049.
45. Lubitz R, Nguyen D. Medical Student Abuse During Tirad Year Clerkships. *JAMA* 1996; 275: 414-6.
46. Sheehan K. A pilot study of medicine student abuse: student perceptions of mistreatment and misconduct in medical school. *JAMA* 1990; 263: 533-7.