

PEDAGOGÍAS HOSTILES EN RESIDENCIAS MÉDICAS: UN PROBLEMA ESTRUCTURAL DE LA FORMACIÓN EN SALUD

CAROLINA RONI¹, JULIAN A. MUR¹, ROCIO DEZA^{1,2}, MARÍA ISABEL FERNÁNDEZ CEDRO¹,
FABIANA REBOIRAS^{1,2}

¹Centro de Investigación en Gestión, Educación y Desarrollo Sustentable, ²Observatorio Social Universitario, Universidad Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina

Dirección postal: Carolina Roni, Centro de Investigación en Gestión, Educación y Desarrollo Sustentable, Universidad Hospital Italiano de Buenos Aires, Potosí 4240, 1199 Buenos Aires, Argentina

E-mail: carolina.roni@hospitalitaliano.org.ar

Recibido: 17-VII-2024

Aceptado: 2-X-2024

Resumen

Introducción: Los ambientes hostiles de aprendizaje en la medicina están presentes en el grado y el posgrado. Actualmente, investigaciones internacionales continúan evidenciando esta problemática de naturaleza estructural y universal. En Argentina existen escasos antecedentes, la investigación realizada por Reboiras (2020) fue el punto de partida del presente trabajo. El objetivo fue caracterizar el trato percibido por médicos/as durante la formación en programas de residencias médicas básicas de las siete regiones de Argentina.

Materiales y métodos: Se desarrolló un estudio cuantitativo desde un enfoque descriptivo-interpretativo. La muestra se conformó por 509 residentes, y los datos se recolectaron entre abril de 2022 y mayo de 2023. Las dimensiones de análisis fueron: maltrato educativo, psicoemocional, discriminación, violencia física y acoso sexual. El estudio incluyó 22 centros asistenciales de 10 provincias de las 7 regiones geográficas de Argentina (Provincia de Buenos Aires, Ciudad de Buenos Aires, región Pampeana, región Cuyo, región Noroeste, región Noreste y región Patagónica).

Resultados: El 95.5% señaló haber sufrido algún tipo de maltrato durante su formación. Se reportaron prevalencias de 94.5% para maltrato educativo, 62.5% para maltrato psicoemocional, 42.1% para discriminación, 13.9% para acoso sexual y 6.8% para maltrato físico.

Discusión: Se evidencia una elevada prevalencia de situaciones de maltrato a nivel nacional. Se confirma la introyección de la violencia como estándar formativo, que habilita la reproducción de ambientes hostiles y conlleva dificultades para el desarrollo de habilidades profesionales tales como empatía o compasión, claves para el cuidado y la calidad de la atención.

Palabras clave: violencia estructural, educación médica, residencias médicas, fuerza laboral en salud

Abstract

Hostile pedagogies in medical residencies: A structural problem of health training

Introduction: Hostile learning environments in medicine are present at the undergraduate and postgraduate levels. Currently, international research continues to demonstrate this problem of a structural and universal nature. There are few antecedents in Argentina, the research carried out by Reboiras (2020) was the starting point of the present work. The objective was to characterize the mistreatment perceived by physicians during training in basic medical residency programs in Argentina.

Materials and methods: A quantitative study was carried out using a descriptive-interpretative approach.

The sample consisted of 509 residents, and data were collected between April 2022 and May 2023. The dimensions of analysis were educational mistreatment, psychoemotional abuse, discrimination, physical violence and sexual harassment. The study included 22 health care centers in 10 provinces of the 7 geographical regions of Argentina (Province of Buenos Aires, City of Buenos Aires, Pampas region, Cuyo region, Northwest region, Northeast region and Patagonia region).

Results: A total of 95.5% reported having suffered some type of mistreatment during their education. Prevalences of 94.5% for educational mistreatment, 62.5% for psychoemotional mistreatment, 42.1% for discrimination, 13.9% for sexual harassment and 6.8% for physical mistreatment were reported.

Discussion: There is evidence of a high prevalence of situations of mistreatment at the national level. The introjection of violence as a formative standard is confirmed, which enables the reproduction of hostile contexts and leads to difficulties in the development of professional skills such as empathy or compassion, which are key to care and quality of attention.

Key words: structural violence, training programs, medical residencies, health workforce

PUNTOS CLAVE

- La formación del buen profesional de la salud parece ser el resultado de la resistencia a contextos apremiantes y tratos hostiles, según se documenta en estudios regionales e internacionales. Sin embargo, esto trae consecuencias perjudiciales tanto para las personas en formación como para la calidad de la asistencia. Esta investigación caracterizó el trato recibido en las residencias médicas del territorio argentino. Evidenció que la mayoría de residentes participantes del estudio reciben algún tipo de maltrato (educativo, psicoemocional, discriminación, violencia física y/o acoso sexual). Los agentes prevalentes del maltrato son médicos/as de planta y responsables del programa de residencia.

Los ambientes hostiles de aprendizaje están presentes tanto en la formación médica de grado como de posgrado, y han sido reportados a partir de la década del '80^{1,2}. Actualmente, inves-

tigaciones internacionales continúan evidenciando esta problemática de naturaleza estructural y universal^{3,4}.

En un análisis bibliográfico, Reboiras⁵ observó un rango de 20% a 90% de presencia de acciones de intimidación y maltrato hacia estudiantes y residentes en sus procesos de formación. Las más frecuentes fueron acciones de maltrato verbal y psíquico, seguidas de acoso sexual, maltrato físico y discriminación. La alta frecuencia y duración del maltrato producen en el individuo un considerable sufrimiento socioeducativo, psicoemocional y psicofísico, como depresión, síndrome de *burnout*, insomnio, abuso de sustancias, irritabilidad y alteraciones del humor⁶⁻⁸. Motivan dudas acerca de la elección de la carrera y afectan la confianza, la autoestima, la salud mental, la seguridad profesional, la concentración y el aprendizaje^{9,10}.

Los antecedentes latinoamericanos¹¹⁻¹⁴ son consistentes con los hallazgos del norte global sobre tipos de maltrato, responsables y consecuencias en la calidad de vida y desarrollo profesional durante la residencia. En Argentina, Rovere¹⁵ señala que son aún escasos los trabajos locales que documentan la magnitud del problema. A nivel nacional se destacan los aportes de Mejía¹⁶, Reboiras⁵ y Galli y col.¹⁷.

El presente estudio da continuidad al trabajo de Reboiras⁵, ampliando el relevamiento bibliográfico y extendiendo el trabajo de campo hacia las siete regiones geográficas de la Argentina. Define al maltrato como "la conducta ofensiva, intimidante, degradante, discriminatoria o maliciosa que se ejerce de manera persistente contra un individuo y que tiene por lo general el efecto de socavar la confianza y autoestima, dejando distinto tipo y gravedad de secuelas"⁵ y, como una práctica social legitimada que excede tanto al campo de la salud como a los vínculos interpersonales, y responde a problemas estructurales. Esta definición se construye con base en las definiciones de Silver y Glicker¹⁸, Rodríguez-Caballeira y col.¹⁹, la Asociación Médica Británica y la Asociación Americana de Escuelas de Medicina, y se reconstruye para el presente trabajo.

El estudio enfoca la dimensión social del problema de los ambientes hostiles de aprendizaje desde la perspectiva de las "pedagogías

del cuidado”, propuestas por Motta y Bennett²⁰. El concepto de “pedagogías del cuidado” emerge como una apuesta teórica y política para transformar la praxis pedagógica hegemónica en la educación superior, caracterizada por dinámicas de descuido y maltrato²⁰. Se acuña el concepto de pedagogías hostiles como un marco para comprender la producción y reproducción de dichas dinámicas. A partir de los aportes de Segato²¹ y su noción de pedagogías de la crueldad, denominamos pedagogías hostiles al conjunto de actividades educativas que promueve la naturalización de violencias y, en consecuencia, la reproducción de estructuras jerárquicas bajo la lógica de la subordinación de las personas y grupos más vulnerables.

Partimos de la hipótesis de considerar al maltrato como una práctica socioeducativa legitimada en el campo de las residencias médicas, que permite la reproducción de estructuras jerárquicas ligadas al verticalismo y autoritarismo que caracterizan al campo de la medicina y de la educación en ciencias de la salud^{1,3,5,16}.

El objetivo general de la investigación fue caracterizar el trato percibido por médicos/as residentes en su proceso de aprendizaje durante la formación en programas de residencias médicas básicas de las siete regiones geográficas de Argentina en el período lectivo comprendido entre abril de 2022 y mayo de 2023.

Materiales y métodos

Se realizó un estudio cuantitativo descriptivo-interpretativo de corte transversal.

Población

El sistema de residencias médicas es un dispositivo de formación en servicio rentado, con una duración de entre tres y cinco años, dedicación horaria exclusiva (40 horas semanales) y guardias de 24 horas semanales durante todo el programa⁵. En Argentina, cada año se ofrecen cerca de 7000 vacantes y se reciben alrededor de 12 000 inscripciones²².

Participaron de este estudio 509 residentes de Argentina (aproximadamente el 7% de la población total) correspondientes a los programas formativos de cirugía general, tocoginecología, clínica médica y clínica pediátrica, especialidades troncales para todas las personas residentes. Dichas residencias se encontraban distribuidas en 22 hospitales públicos y privados de 7 regiones del país, atendiendo a la siguiente distribución geográfica: región pampeana (Santa Fe, Entre Ríos, La Pampa, Córdoba), región cuyana (San Juan, San Luis, Mendoza), región patagónica (Neuquén, Río Negro, Chubut, Santa Cruz, Tierra del Fuego), región noroeste (Tucumán, Salta, Jujuy, Catamarca, La Rioja, Santiago del Estero), región nordeste (Misiones, Formosa, Chaco, Corrientes), Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) y Provincia de Buenos Aires (PBA) (Tabla 1). La media de edad de participantes fue de 29.5 años (de=3.08), y la distribución por género fue de 71.5% mujeres, 26.5% varones, 0.4% personas no binarias, y 1.6% otras identidades de género.

Tabla 1 | Hospitales relevados según región geográfica, tipo de gestión y cantidad de residentes entrevistados/as

Región geográfica	Hospitales relevados	Tipo de gestión		Residentes (n)
		Pública	Privada	
Ciudad de Buenos Aires	3	2	1	103
Provincia de Buenos Aires	5	4	1	202
Cuyo (San Juan, San Luis, Mendoza)	1	1	-	45
NEA (Chaco, Corrientes, Formosa y Misiones)	2	2	-	32
NOA (Catamarca, Jujuy, Tucumán, Salta y Santiago del Estero)	4	3	1	34
Pampeana (Córdoba, Entre Ríos y Santa Fe)	3	1	2	70
Patagónica (Chubut, La Pampa, Neuquén, Río Negro, Santa Cruz y Tierra del Fuego)	4	3	1	23
Total	22	16	6	509

Instrumento de evaluación

Se utilizó un cuestionario estructurado compuesto por 68 ítems en total, de los cuáles 23 preguntas de campo cerrado se analizaron cuantitativamente en el presente estudio. Se realizó una prueba piloto a 10 ex residentes (graduados/as recientes) y jefes/as de residentes. El instrumento se organizó en 5 dimensiones del maltrato: maltrato educativo, maltrato psicoemocional, discriminación, violencia física y acoso sexual. Estas dimensiones fueron definidas en base a la literatura³ y permitieron indagar los planos individual, grupal e institucional.

Procedimiento

La recolección de datos se realizó entre el mes de abril de 2022 y el mes de mayo de 2023, tanto en modalidad presencial como virtual, mediante la plataforma Google Forms. Las personas residentes completaron el cuestionario previa instrucción, teniendo como único criterio de inclusión que fueran actualmente residentes de las mencionadas especialidades. El cuestionario fue autoadministrado (Apéndice), voluntario y anónimo, y se tomó un consentimiento informado al inicio donde se aseguró la confidencialidad de las respuestas con fines únicamente investigativos. Adicionalmente, se realizó un relevamiento web y se consultó a las instituciones participantes sobre la existencia de mecanismos de reporte ante situaciones de violencia en sus organizaciones.

Análisis estadístico

Se calcularon las frecuencias absolutas y relativas de los ítems del cuestionario destinados al procesamiento estadístico, así como las prevalencias para cada tipo de maltrato. La prevalencia global de cada dimensión se calculó a partir de la respuesta positiva en al menos una de las preguntas que la componen. Se utilizó el paquete estadístico SPSS 25 para el procesamiento de datos.

Consideraciones éticas

Todas las personas participantes fueron informadas sobre los objetivos de la investigación y se les solicitó

consentimiento informado, asegurando el anonimato y la confidencialidad de las respuestas (de acuerdo con la Declaración de Helsinki y la Ley Argentina 25.326). Además, se contó con la aprobación del Comité de Ética Central del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires (Acta 2022- 14280524-GDEBA-CECMSALGP) y del Comité de Ética de la Universidad Hospital Italiano de Buenos Aires (N° 0004-22/2021).

Resultados

El 95.5% de las/os residentes participantes respondió afirmativamente en alguno de los ítems que compone a cada una de las dimensiones de maltrato. Respecto del maltrato percibido según dimensión de análisis (Tabla 2), la dimensión *maltrato educativo* presentó la mayor prevalencia con el 94.5% de casos, y entre las preguntas que la conforman se observaron las frecuencias afirmativas más elevadas para situaciones tales como percibir falta de reconocimiento a la dedicación y/o esfuerzo durante la residencia (75.6%), la asignación de tareas inapropiadas y/o que no corresponden a la formación (64%), la asignación de plazos casi imposibles de cumplir para completar una tarea asignada (61.9%), y ser expuesta/o a resolver situaciones clínicas o quirúrgicas por encima de las responsabilidades de su año de residencia (61.3%). En segundo orden de prevalencia se posicionó el *maltrato psicoemocional* con un 62.5%. Allí, la mitad de las/os residentes (49.3%) señaló haber recibido calificaciones verbales degradantes y/o gritos frente a colegas y/o pacientes, y un 39.1% afirmó haberse sentido especialmente observada/o o vigilada/o en su desempeño. En tercer lugar, aparece la *discriminación* con una prevalencia del 42.1% de residentes que indicaron haber sido objeto de burlas o bromas persistentes en el servicio (28.9%), haber recibido comentarios ofensivos sobre su nacionalidad (7.5%), creencias espirituales (6.1%) y/o género (15.5%).

Tabla 2 | Prevalencia de maltrato por dimensión

Tipo de maltrato	Recibió maltrato					
	%	Sí	n	No	n	
Educativo	94.5		481	5.5	28	
Psicoemocional	62.5		318	37.5	191	
Discriminación	42.1		214	57.9	295	
Físico	6.8		35	93.2	474	
Acoso sexual	13.9		71	86.1	438	

En la dimensión de *acoso sexual* encontramos que 1 de cada 10 residentes lo ha sufrido, es decir, 13.9% fue objeto de proposiciones y/o acciones sexuales no deseadas. Respecto al *maltrato físico*, un 6.8% recibió golpes, empujones o alguna otra clase de agresión física en el último tiempo.

Sobre las/os principales responsables de las acciones de maltrato (Tabla 3), ordenados por cantidad de menciones, se señaló a: - médicos/as de planta o de guardia; seguidos por - jefes/as de residentes, instructores/as, coordinadores/as; - otros/as residentes; - pacientes; y - jefes/as de servicio.

En cuanto al conocimiento de áreas y/o mecanismos de reporte de situaciones de violencia o maltrato en las instituciones, el 69.7% señaló no conocer vías posibles para reportarlas. Asimismo, el relevamiento realizado sobre la existencia de mecanismos o áreas de reporte de situaciones de violencia en las instituciones participantes no permitió obtener resultados al respecto.

Por otra parte, entre quienes indicaron haber sufrido situaciones de maltrato, el 39.5% también afirmó haber sufrido algún impacto en su salud, en su formación u otro aspecto de su vida debido a dichas situaciones. Los principales efectos del maltrato según cantidad de menciones son: educativos (pérdida de concentración,

confianza, errores frecuentes u otros); psíquicos (ataques de pánico, adicción a drogas, alcoholismo, angustia, insomnio u otros); sociales (dificultades en vida de relación pareja, familia, pacientes u otros); y físicos (cefalea, falta de apetito, obesidad, hipertensión u otro). En suma, 1 de cada 5 residentes percibió algún impacto del maltrato en la formación en algún ámbito de su vida (Tabla 4).

Discusión

Los resultados obtenidos en nuestro estudio evidencian que el maltrato continúa siendo una práctica socioeducativa prevalente dentro de los programas de residencias médicas de la Argentina⁵. Los datos actuales muestran leves mejoras en algunos indicadores respecto de su antecedente. En este sentido, descendieron levemente el *maltrato global* y el *maltrato educativo*, y significativamente el *maltrato psicoemocional*. Sin embargo, la prevalencia global se mantiene por encima de la documentada por Mejía y col.¹⁶, y resulta similar a los expresados recientemente en otros países de la región como Paraguay, Perú y México^{14,24,25}.

Asimismo, las cifras reportadas de *maltrato físico* resultan significativas en tanto relevan golpes, empujones, apretones, arrojé de objetos u otra forma de agresión física. Por otra parte, este

Tabla 3 | Principal responsable de acciones de maltrato según cantidad de menciones

Principal responsable	Cantidad de menciones
Médicos/as de planta y guardia	302
Jefes/as de residencia, instructores/as y coordinadores/as	150
Otros/as residentes	108
Pacientes	90
Jefatura del servicio	86

Tabla 4 | Efecto o impacto del maltrato en la vida

Efecto o impacto	Cantidad de menciones
Educativos (pérdida de concentración, pérdida de confianza, errores frecuentes u otros)	161
Psíquicos (ataques de pánico, adicción a drogas, alcoholismo, angustia, insomnio u otros)	119
Sociales (dificultades en relación de pareja, familia, pacientes u otros)	109
Físicos (cefalea, falta de apetito, obesidad, hipertensión u otro)	103

estudio muestra un aumento de la incidencia de acciones de *discriminación*, que fue reportada con menores niveles en el estudio precedente. Por último, respecto de situaciones de *acoso sexual*, los porcentajes indican que esta clase de situaciones se triplicó en los últimos años en relación al estudio antecedente. Esto puede deberse a la visibilización y la concientización provocada por los movimientos feministas y de las diversidades sexuales y de género.

Con relación a las personas identificadas como principales responsables de perpetrar acciones de maltrato, los/as médicos/as de planta o de guardia, seguidos por los/as residentes superiores, siguen siendo los/as más señalados/as respecto del estudio en 2016⁵. Este dato es consistente con lo encontrado en investigaciones recientes sobre la temática en el mundo. Entre estos estudios solo varía la posición de los pacientes, ubicados entre los primeros lugares como perpetradores del maltrato. Probablemente, el comportamiento de los pacientes está vinculado con la configuración local de la prestación sanitaria, entendida como derecho o como servicio comercial²⁶⁻²⁹. En nuestro caso, los/as pacientes pasan del segundo lugar en 2016⁵ al cuarto en el presente estudio.

En cuanto al conocimiento de áreas y/o mecanismos de reporte del maltrato dentro de la residencia, el desconocimiento es significativo, 7 de cada 10 residentes no los conoce. Sin embargo, no es posible interpretar con precisión este dato porque, como se mencionó anteriormente, no se obtuvo respuesta sobre la existencia de mecanismos de reporte de este tipo de situaciones por parte de las instituciones participantes.

Las percepciones acerca del efecto nocivo de este tipo de trato en la salud, la formación u otros aspectos de la vida de las/os residentes, prácticamente se han duplicado. Esto puede deberse a la toma de conciencia y a la aparición de posicionamientos críticos²³ y de desnaturalización hacia estas situaciones en las residencias.

Esta investigación confirma la introyección de la violencia como estándar de la experiencia formativa, que habilita la reproducción de ambientes hostiles para el aprendizaje^{30,31}. Estos ambientes conllevan dificultades para el desarrollo de habilidades profesionales tales como la empatía o la compasión, claves para el cuidado

del personal médico y la calidad de atención dirigida a la población^{12, 32, 33}. El presente estudio propone un cambio de enfoque hacia una pedagogía del cuidado²⁰, que revalorice el trato y las relaciones interpersonales como un elemento esencial en los procesos de aprendizaje, con potencial transferencia a los vínculos asistenciales a pacientes. La erradicación de las pedagogías hostiles durante la residencia resultaría beneficiosa para la formación de la fuerza laboral en salud y, por ende, para los modelos de atención sanitaria.

Por su parte, las limitaciones del estudio están referidas a la representatividad de la muestra en algunas regiones del país como Cuyo y NEA, considerando además que los programas de residencia tienden a concentrarse en las grandes ciudades. Teniendo en cuenta esta limitación, en la región Patagónica se decidió relevar instituciones que contaban únicamente con la especialización en medicina general y/o familiar que, para el análisis, se consideró homóloga a clínica médica.

A partir de los resultados expuestos y de los antecedentes revisados en la materia, se proyectan tres ejes de acciones prioritarias. En primer lugar, fortalecer la investigación, difusión y sensibilización sobre la problemática. En segundo lugar, enfocar la formación de los recursos humanos en salud apuntando a la implementación de pedagogías del cuidado, centradas en la colaboración, la confianza y el respeto, aspectos reconocidos como valiosos por los/as residentes²³. Por último, aunar esfuerzos en la supervisión y gestión estratégica y transversal de los programas de residencia, a través de marcos regulatorios de implementación efectiva, con mecanismos protegidos de reporte de incidentes y políticas de tolerancia cero. La jerarquización del trato debiera convertirse en indicador de calidad para entes acreditadores de los centros asistenciales y formativos.

Agradecimientos: Esta investigación fue financiada por el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires a través del Programa de Becas Julieta Lanteri, otorgados desde la Dirección de Investigación y Cooperación Técnica de la Dirección Provincial de Escuela de Gobierno en Salud Floreal Ferrara.

Conflicto de intereses: Ninguno para declarar

Bibliografía

1. Silver HK. Medical students and medical school. *JAMA* 1982; 247: 309-10.
2. Myers MF. Abuse of residents: it's time to take action. *CMAJ* 1996; 154: 1705-8.
3. Brooks JV, Bosk CL. Bullying is a systems problem. *Soc Sci Med* 2013; 77: 11-2.
4. Fnais N, Soobiah C, Chen MH, et al. Harassment and discrimination in medical training: a systematic review and meta-analysis. *Acad Med* 2014; 89: 817-27.
5. Reboiras F. Condiciones de formación en las residencias médicas. El maltrato como práctica educativa legitimada. [Tesis de maestría]. Buenos Aires: FLACSO Sede Académica Argentina; 2020. En: <http://hdl.handle.net/10469/16408>; consultado mayo 2024.
6. Tafoya S, Jaimes-Medrano A, Carrasco-Rojas J, Mujica M, Rodríguez-Machain A, Ortiz-León S. Asociación del acoso psicológico con el desgaste profesional en médicos residentes de la Ciudad de México. *RIEM* 2020; 9:18-27.
7. Anderson N, Lett E, Asabor EN, et al. The association of microaggressions with depressive symptoms and institutional satisfaction among a national cohort of medical students. *J Gen Intern Med* 2022; 37: 298-307.
8. Chen L, Zhao Z, Wang Z, et al. Prevalence and risk factors for depression among training physicians in China and the United States. *Sci Rep* 2022; 12: 8170.
9. Griffith CH, Wilson JF. The loss of idealism throughout internship. *Eval Health Prof* 2003; 26: 415-26.
10. Osuch JR. Legacy of abuse in a sacred profession: another call for change. *AMA J Ethics* 2009; 11: 161-6.
11. Chávez-Rivera A, Ramos-Lira L, Abreu-Hernández LF. Una revisión sistemática del maltrato en el estudiante de medicina. *Gac Med Mex* 2016; 152: 796-811.
12. Derive S, Casas Martínez ML, Obrador Vera GT, Villa AR, Contreras D. Percepción de maltrato durante la residencia médica en México: medición y análisis bioético. *RIEM* 2018; 7: 35-44.
13. Stolovas N, Tomasina F, Pucci F, Frantchez V, Pintos M. Trabajadores médicos jóvenes. *Rev Méd Urug* 2011; 27: 21-9.
14. Real Delor RE, Ayala Saucedo A. Maltrato a residentes de medicina del Paraguay en 2022: estudio multicéntrico. *Rev Fac Cien Med Univ Nac Córdoba* 2023; 80: 112-8.
15. Rovere M. El futuro de las residencias [video en internet]. *Youtube*. 27 de octubre de 2021. En: <https://www.youtube.com/watch?v=mbqCeFWQq4g>; consultado mayo 2024.
16. Mejía R, Diego A, Alemán M, Maliandi MR, Lasala F. Percepción de maltrato durante la capacitación de médicos residentes. *Medicina (B Aires)* 2005; 65: 295-301.
17. Galli A, Gimeno G, Lobianco MD, et al. Maltrato en la formación médica: situación en las residencias de cardiología. *Rev Argent Cardiol* 2020; 88: 48-54.
18. Silver HK, Glick AD. Medical student abuse. Incidence, severity and significance. *JAMA* 1990; 263: 527-32.
19. Rodríguez-Carballeira A, Escartín Solanelles J, Visaute Vinacua B, Porrúa García C, Martín-Peña J. Categorization and hierarchy of workplace bullying strategies: a Delphi survey. *Span J Psychol* 2010; 13: 297-308.
20. Motta S, Bennett A. Pedagogies of care, care-full epistemological practice and 'other' caring subjectivities in enabling education. *Teach High Educ* 2018; 23: 631-46.
21. Segato RL. La guerra contra las mujeres. Madrid: Traficantes de Sueños; 2016.
22. Silberman P, Silberman M, López E, Caruso MP, García Argibay S, Lois IP. Caracterización de la población inscripta al examen único para residencias médicas 2020. *Rev Salud Pública* 2023; 28: 59-66.
23. Reboiras FI, Mur JA, Deza R, Fernández-Cedro MI, Roni C. Maltrato en las residencias médicas: un estudio cualitativo sobre la configuración de las identidades profesionales. *RIEM* 2023, 13: 17-25.
24. Castro R, Sarmiento-Chavero M, Romay-Hidalgo F, Castañeda-Prado A. Exploración sobre el grado de cumplimiento de los derechos de los médicos residentes en México. *RIEM* 2024; 13: 56-67.
25. Valenzuela G. Descortesía en el ambiente laboral y maltrato al profesional médico. *Rev Soc Peru Med Interna* 2021; 34: 91-2.
26. Siller H, Tauber G, Komlenac N, Hochleitner M. Gender differences and similarities in medical students' experiences of mistreatment by various groups of perpetrators. *BMC Med Educ* 2017; 17: 134.
27. Méndez FE, Rodríguez AI, Rios-González C. Percepción sobre el maltrato en médicos residentes de un Hospital de referencia de Paraguay. *An Fac Cienc Méd (Asunción)* 2023; 56: 27-34.
28. El-Zoghby SM, Ibrahim ME, Zaghloul NM, Shehata SA, Farghaly RM. Impact of workplace violence on

- anxiety and sleep disturbances among Egyptian medical residents: a cross-sectional study. *Hum Resour Health* 2022; 20: 84.
29. Hamui-Sutton L, Paz-Rodríguez F, Sánchez-Guzmán A, Vives-Varela T, Corona T. Violence and clinical learning environments in medical residencies. *Int J Environ Res Public Health* 2023; 20: 6754.
30. Baker S, Gleason F, Lovasik B, et al. Relationship between burnout and mistreatment: Who plays a role? *Am J Surg* 2021; 222:1060-5.
31. Zuger A. Dissatisfaction with medical practice. *N Engl J Med* 2004; 350: 69-75.
32. Arnold LF, Zargham SR, Gordon CE, et al. Sexual harassment during residency training: a cross-sectional analysis. *Am Surg* 2020; 86: 65-72.
33. Herrera-Silva JC, Treviño-Moore A, Acosta-Corona CG. Características de la violencia en residentes de dos instituciones formadoras de pediatras en el estado de Sonora. *Bol Med Hosp Infant Mex* 2006; 63: 18-30.

Apéndice

Cuestionario de recolección de datos "Condiciones de formación y trato en residencias médicas"

Enunciado	Respuesta
¿Le dieron plazos casi imposibles de cumplir para realizar una tarea? (por ejemplo: preparar un ateneo para la mañana siguiente, actualizar todas las HC del servicio en unas horas o similares)	<input type="radio"/> Nunca <input type="radio"/> Algunas veces (1-3 veces) <input type="radio"/> Frecuentemente (más de 3 veces)
¿Ha sido expuesto/a a resolver situaciones clínicas o quirúrgicas por encima de las responsabilidades de su año de residencia?	<input type="radio"/> Nunca <input type="radio"/> Algunas veces (1-3 veces) <input type="radio"/> Frecuentemente (más de 3 veces)
¿Se lo/a ha excluido/a de actividades formativas de su residencia de manera injustificada? (por ejemplo: no acceder a quirófano u otras)	<input type="radio"/> Nunca <input type="radio"/> Algunas veces (1-3 veces) <input type="radio"/> Frecuentemente (más de 3 veces)
¿Se le asignaron actividades extras como "castigo"? (por ejemplo: guardias u otras)	<input type="radio"/> Nunca <input type="radio"/> Algunas veces (1-3 veces) <input type="radio"/> Frecuentemente (más de 3 veces)
¿Se le asignaron actividades que considera inapropiadas y/o que no le corresponden para su formación?	<input type="radio"/> Nunca <input type="radio"/> Algunas veces (1-3 veces) <input type="radio"/> Frecuentemente (más de 3 veces)
¿Ha recibido comentarios predominantemente negativos en las evaluaciones sobre su desempeño en la residencia?	<input type="radio"/> Nunca <input type="radio"/> Algunas veces (1-3 veces) <input type="radio"/> Frecuentemente (más de 3 veces)
¿Ha percibido falta de reconocimiento a su dedicación y/o esfuerzo durante la residencia?	<input type="radio"/> Nunca <input type="radio"/> Algunas veces (1-3 veces) <input type="radio"/> Frecuentemente (más de 3 veces)
¿Ha sido objeto de acciones de acecho? (por ejemplo: sentirse especialmente observado/a o vigilado/a en su desempeño)	<input type="radio"/> Nunca <input type="radio"/> Algunas veces (1-3 veces) <input type="radio"/> Frecuentemente (más de 3 veces)
¿Ha recibido calificaciones verbales degradantes y/o gritos frente a colegas y/o pacientes? (por ejemplo: inútil, vago/a, inepto/a u otras)	<input type="radio"/> Nunca <input type="radio"/> Algunas veces (1-3 veces) <input type="radio"/> Frecuentemente (más de 3 veces)
¿Ha recibido golpes, empujones, apretones, arrojé de objetos u otra forma de agresión física?	<input type="radio"/> Nunca <input type="radio"/> Algunas veces (1-3 veces) <input type="radio"/> Frecuentemente (más de 3 veces)
¿Fue objeto de burlas o bromas persistentes en el servicio, que le resultaron ofensivas?	<input type="radio"/> Nunca <input type="radio"/> Algunas veces (1-3 veces) <input type="radio"/> Frecuentemente (más de 3 veces)

(continúa)

(continuación)

Enunciado	Respuesta
¿Han publicado comentarios ofensivos hacia su persona en redes sociales?	<input type="radio"/> Nunca <input type="radio"/> Algunas veces (1-3 veces) <input type="radio"/> Frecuentemente (más de 3 veces)
¿Ha recibido comentarios ofensivos en relación con su nacionalidad o país de procedencia?	<input type="radio"/> Nunca <input type="radio"/> Algunas veces (1-3 veces) <input type="radio"/> Frecuentemente (más de 3 veces)
¿Ha recibido comentarios ofensivos en relación con su religión, creencias y/o prácticas espirituales?	<input type="radio"/> Nunca <input type="radio"/> Algunas veces (1-3 veces) <input type="radio"/> Frecuentemente (más de 3 veces)
¿Ha recibido proposiciones y/o insinuaciones sexuales no deseadas de forma persistente?	<input type="radio"/> Nunca <input type="radio"/> Algunas veces (1-3 veces) <input type="radio"/> Frecuentemente (más de 3 veces)
¿Ha sido objeto de acciones de tipo sexual no deseadas? (por ejemplo: contacto no consentido como pellizcos, palmadas, roces de tipo sexual)	<input type="radio"/> Nunca <input type="radio"/> Algunas veces (1-3 veces) <input type="radio"/> Frecuentemente (más de 3 veces)
¿Se ha sentido presionada/o o coaccionada/o para mantener relaciones sexuales?	<input type="radio"/> Nunca <input type="radio"/> Algunas veces (1-3 veces) <input type="radio"/> Frecuentemente (más de 3 veces)
¿Ha tenido consecuencias negativas en su formación por no acceder a proposiciones sexuales?	<input type="radio"/> Nunca <input type="radio"/> Algunas veces (1-3 veces) <input type="radio"/> Frecuentemente (más de 3 veces)
¿Ha recibido comentarios ofensivos en relación a su género (varón, mujer u otro)?	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Considerando TODAS las situaciones descriptas hasta el momento (referidas a trato educativo, psico-emocional, discriminación, acoso y abuso), ¿a quién/es identifica como principal/es responsables de estas acciones? Puede elegir hasta 3 opciones.	<input type="radio"/> Jefe/a del servicio <input type="radio"/> Médicos/as de planta <input type="radio"/> Médicos/as de guardia <input type="radio"/> Instructor/a, coordinador/a o responsable de la residencia <input type="radio"/> Jefe/a de residentes <input type="radio"/> Residentes pares o inferiores <input type="radio"/> Otros profesionales médicos en formación (fellows, concurrentes, rotantes) <input type="radio"/> Otros profesionales no médicos (enfermeros, kinesiólogos, etc.) <input type="radio"/> Personal administrativo <input type="radio"/> Pacientes <input type="radio"/> Otro/a <input type="radio"/> No corresponde <input type="radio"/> No pase ni fui testigo de ninguna de las situaciones antes mencionadas
¿Conoce algún área/ mecanismo de reporte de situaciones de violencia en el marco de la residencia dentro de su institución?	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
¿Considera que la situación vivida ha tenido algún efecto o impacto en su salud, su formación o algún otro aspecto de su vida?	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
¿Cuáles? Puede marcar más de una opción	<input type="radio"/> Sociales (por ejemplo: dificultades en vida de relación pareja, familia, pacientes u otros) <input type="radio"/> Educativos (por ejemplo: pérdida de concentración, pérdida de confianza, errores frecuentes u otros) <input type="radio"/> Físicos (por ejemplo: cefalea, falta de apetito, obesidad, hipertensión u otro) <input type="radio"/> Psíquicos (por ejemplo: ataques de pánico, adicción a drogas, alcoholismo, angustia, insomnio u otros) <input type="radio"/> Otro/s <input type="radio"/> No corresponde