

# Maltrato en la formación médica: situación en las residencias de cardiología

## *Mistreatment In Medical Training: Situation In Cardiology Residences*

AMANDA GALLI<sup>1</sup>, GRACIELA GIMENO<sup>1</sup>, MIRTA D. LOBIANCO<sup>1</sup>, SANDRA SWIESZKOWSKI<sup>1</sup>, HUGO GRANCELLI<sup>1</sup>, LUCIA KAZELIAN<sup>1</sup>, SUSANA LAPRESA<sup>1</sup>, MARISA PAGÉS<sup>1</sup>, ERNESTO DURONTO<sup>1</sup>

### RESUMEN

**Introducción:** El maltrato se define como el comportamiento que hace que otra persona se sienta herida, desvalorizada o incompetente. Un cierto nivel de intimidación y humillación durante la formación se consideraba necesario para preparar al médico para una profesión difícil. Las condiciones en las que hoy se desarrollan las residencias médicas y la práctica profesional generan una alta prevalencia de burnout (agotamiento).

**Objetivo:** Indagar la percepción que tienen los residentes de Cardiología sobre maltrato recibido y si reconocen haber incurrido en alguna conducta agravante.

**Material y Métodos:** Encuesta aplicada a residentes que asisten al Curso Bianual de Cardiología de la Sociedad Argentina de Cardiología

**Resultados:** Respondieron 183 residentes. El 100% dijo haber recibido algún tipo de maltrato. Ser humillado por un error cometido y los gritos, son las formas de maltrato mencionadas con mayor frecuencia; un residente superior, un paciente y/o sus familiares fueron señalados como los responsables de las agresiones recibidas. Casi la mitad de residentes (46%) dijeron haber sido maltratados por el personal de enfermería. El 33,5% reconoció haber incurrido en situaciones de maltrato y que éste estuvo dirigido a otro residente, a un médico de planta y/o un médico de otra especialidad.

**Discusión:** Los resultados son similares a otros estudios ya publicados. Por la seguridad de los pacientes y por la salud de los médicos se recomienda incluir en la formación profesional las estrategias para el afrontamiento del estrés y se considera indispensable promover un cambio cultural dentro de las instituciones académicas y asistenciales orientado a crear espacios de trabajo más democráticos y más saludables.

**Palabras clave:** Formación médica - Estrés profesional- Maltrato - Residencias médicas

### ABSTRACT

**Background:** Mistreatment is defined as the behavior that makes another person feel hurt, undervalued or incompetent. A certain level of intimidation and humiliation during training was considered necessary to prepare the doctor for a difficult profession. The conditions in which medical residences and professional practice are developed today generate a high prevalence of burnout.

**Objective:** The aim of this study was to investigate the perception that Cardiology residents have on the mistreatment received and if they acknowledge having incurred in any aggravating behavior.

**Methods:** A survey was conducted in residents attending the Biannual Cardiology Course of the Argentine Society of Cardiology.

**Results:** A total of 183 residents responded the survey and all of them (100%) reported some type of mistreatment. Being humiliated for making a mistake and shouted at were the most frequently mentioned forms of mistreatment from a senior resident, a patient or their relatives. Almost half of the residents (46%) said they had been mistreated by the nursing staff, while 33.5% acknowledged having incurred in aggravating situations directed against another resident, a staff doctor and/or another specialty physician.

**Discussion:** The results are similar to other studies already published. For the safety of patients and the health of physicians, it is recommended to include strategies for coping with stress and it is considered essential to promote cultural changes within academic and care institutions aimed at creating more democratic and healthier working environments.

**Key words:** Medical Traininig - Burnout - Mistreatment - Medical Residencies

### INTRODUCCIÓN

Tradicionalmente, el entrenamiento médico ha sido arduo y exigente; un alto nivel de exigencia, un cier-

to nivel de intimidación y humillación durante la formación, eran consideradas estrategias adecuadas para preparar al médico para una profesión difícil y demandante. Hay varias palabras con las que se nom-

REV ARGENT CARDIOL 2020;88:48-54. <http://dx.doi.org/10.7775/rac.es.v88.i1.15783>

Recibido: 03/07/2019 - Aceptado: 26/11/2019

Dirección para separatas: Lic. Amanda Galli - E-mail: amandaelisagalli@gmail.com - Sociedad Argentina de Cardiología. Área de Docencia. Azcuénaga 980 - 1115 CABA

<sup>1</sup>Área de Docencia de la Sociedad Argentina de Cardiología

bra este tipo de comportamiento y que se consideran sinónimos. El maltrato son expresiones que hacen que otra persona se sienta herida, desvalorizada o incompetente; el maltrato físico implica golpes y todo tipo de trato violento. El abuso trata a otro en forma ofensiva, injuriosa o dañina; causar lesiones físicas o psicológicas; atacar con palabras; difamar; hablar en forma insultante, dura o injusta a una persona. La intimidación es amenazar, inspirar miedo a través de amenaza física, miradas amenazantes, humillación, y/o maltrato físico. La humillación es hacer que una persona se sienta inferior; ofender, oprimir. Conductas como la crítica y la humillación pública por un error cometido, las amenazas de castigos y la desvalorización del trabajo realizado son habituales en la relación entre residentes y profesionales de la salud y constituyen fuentes de estrés. Todavía hoy muchos docentes de medicina y los profesionales que están en contacto con estudiantes y residentes consideran válida la siguiente premisa: *“lo que no te mata te fortalece”*. (1)

En un estudio realizado en 24 escuelas de medicina de USA (2) se encontró que el maltrato al estudiante es frecuente y parece estar asociado con el agotamiento de los estudiantes de medicina. Otro estudio, realizado en Buenos Aires, (3) se propuso indagar incidentes moralmente incorrectos experimentados por los estudiantes de medicina; se encontró que el mayor número de incidentes se produjo en el ciclo clínico, durante las evaluaciones orales y con profesores hombres.

La formación médica, en la carrera de grado y durante la residencia, está fuertemente influenciada por las interacciones entre estudiantes y residentes con los docentes, con los profesionales de los servicios de salud y con los pacientes y sus familiares. Estas relaciones interpersonales son verdaderos “modelos” de comportamiento social que son internalizados por los jóvenes durante su formación y tienen un impacto significativo en el futuro ejercicio profesional. Según Guillermo del Bosco (4) *“Ellos no creen nada de los que se les dice, sólo creen en lo que ven que hacemos”*. Albert Bandura (5) afirma *“... la mayor parte de la conducta humana se aprende por observación mediante modelado. Observando a los demás formamos las reglas de conducta, y esta información codificada sirve en situaciones futuras de guía para la acción”*.

Dursi y Millenaar (6) explican *“... las residencias pueden ser analizadas como “esquemas culturales”, son procesos sociales y psicológicos que moldean la conducta de los individuos (...) operan como “modelos de” y “modelos para”, desarrollan un conjunto de prácticas que intervienen en la configuración de un nuevo estatus, el de “médico” (...) puede decirse entonces que la experiencia de las residencias no sólo permite una formación como especialistas médicos, sino que vuelve a los graduados de medicina en “médicos”. Es decir, se aprenden los códigos y conductas esperadas y respetadas publicó en el campo”*.

En 2014 se una revisión de trabajos sobre hostigamiento y discriminación en la formación médica. (7) Los

autores realizaron una revisión sistemática y un meta análisis para examinar la prevalencia, los factores de riesgo y las fuentes de acoso y discriminación entre los médicos en formación. Se incluyeron 57 estudios transversales y 2 estudios de cohortes realizados en USA, Canadá, Pakistán, Gran Bretaña, Israel y Japón. El 59,4% de los médicos encuestados habían experimentado al menos una forma de hostigamiento o discriminación durante su entrenamiento; la agresión verbal (gritos y/o insultos, comentarios verbales inapropiados, motes denigrantes) fue la forma de maltrato más citada (prevalencia: 63,0%). El 34,4% de los residentes señalaron que los médicos docentes / supervisores fueron quienes los maltrataron y/o discriminaron, y un 21,9% dijo que fueron agredidos por los pacientes o las familias de los pacientes.

En un estudio realizado en México sobre la percepción de maltrato durante la residencia médica (8) se aplicó una encuesta electrónica para medir la percepción de maltratos psicológicos, físicos, académicos y sexuales, y también se indagó sobre quiénes ejercían el hostigamiento y sus consecuencias. El 84% refirió haber sufrido maltrato: humillaciones (78%), guardias castigo (50%), agresión física (16% recibió golpes), fueron dejados sin alimentación (35%), fueron privados de ir al baño durante sus guardias (21%), y fue presionado a consumir alcohol contra su voluntad (21%). Los maltratos psicológicos y físicos fueron más frecuentes en las especialidades quirúrgicas. El 89% de los residentes presentaba *burnout*, el 71% depresión y el 78% ansiedad. El 58% reconoció que brindaron una mala atención a sus pacientes. Los principales responsables de los maltratos fueron residentes de jerarquía superior y médicos de base.

La medicina es una de las profesiones más afectadas por el estrés laboral, consecuencia de una sobrecarga de pacientes en la consulta y guardias agotadoras, a lo que se suma la competitividad académica, la práctica privada y las obligaciones docentes. La persistencia crónica de este desajuste laboral y el alto nivel de estrés experimentado puede provocar el llamado síndrome de *burnout* o desgaste profesional.

En el año 2000 el síndrome de *burnout* fue declarado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un factor de riesgo dada su capacidad para afectar la calidad de vida, la salud mental e incluso hasta poner en riesgo la vida. (9) En 2018, en la nueva Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11) el “síndrome de estar quemado” o de desgaste profesional figura como enfermedad (QD 85) que se caracteriza por tres dimensiones: *“1) sentimientos de falta de energía o agotamiento; 2) aumento de la distancia mental con respecto al trabajo, o sentimientos negativos o cínicos con respecto al trabajo; y 3) eficacia profesional reducida. El síndrome de desgaste ocupacional se refiere específicamente a los fenómenos en el contexto laboral y no debe aplicarse para describir experiencias en otras áreas de la vida.”* (10)

En 2009, en Argentina se realizó una evaluación (11) del nivel de Agotamiento, estrés percibido y de-

presión en un grupo de 106 residentes de cardiología. Los residentes reportaron niveles de estrés percibido y síntomas de depresión más altos que el grupo control (profesionales no médicos). El 80,2% de los residentes de cardiología manifestaba *burnout* mientras que en el grupo control el 30% lo padecía.

El propósito del presente estudio ha sido indagar qué percepción tienen los residentes de Cardiología en relación a las relaciones interpersonales que se dan en el contexto de la residencia y si consideran haber recibido alguna forma de maltrato o intimidación. También si reconocían haber incurrido en alguna conducta agresiva y en relación a qué persona.

## MATERIAL Y MÉTODOS

La población estudiada estuvo conformada por residentes que asistían al Curso BIANUAL de Cardiología que se desarrolla en la Sociedad Argentina de Cardiología. Se utilizó el mismo cuestionario desarrollado por Mejía y col. (12) que tiene preguntas sobre formas de hostigamiento y un listado de posibles perpetradores. Todas las preguntas se responden por SI-NO. Se agregó una pregunta para indagar si los residentes de cardiología habían incurrido en alguna forma de maltrato, es decir, si se habían convertido, en alguna oportunidad, en maltratadores. Se presentó el cuestionario a los residentes y se especificó que su contestación era voluntaria. Los resultados se presentan como acumulación de frecuencias.

### Consideraciones éticas

Se informó a los jefes de servicios de Cardiología el interés del área de Docencia por realizar este estudio y se solicitó su autorización. Se garantizó el anonimato de los residentes y de los hospitales.

## RESULTADOS

El cuestionario fue administrado en noviembre de 2018. Respondieron 183 residentes de 36 hospitales de CABA y conurbano bonaerense. Respondió el 95,3% de los residentes inscriptos en el Curso BIANUAL de Cardiología. Hubieron 80 mujeres (43,7%), 82 varones (44,8%) y 21 (11,4%) sin datos; 110 (60%) eran argentinos, 39 (21,3%) extranjeros y 34 (18,5%) sin datos. Todos los residentes encuestados dijeron haber recibido algún tipo de maltrato. (Tabla 1) 29 argentinos (20,3% del grupo argentino) y 12 extranjeros (30,7% del grupo de extranjeros) recibieron comentarios desagradables en relación a su nacionalidad, raza o religión.

La mayoría de los residentes de cardiología señalaron al residente superior, los pacientes y/o familiares y los médicos de planta como los responsables de las agresiones. (Tabla 2)

El recibir críticas por no realizar tareas administrativas, tales como traslado de pacientes, solicitar turnos, y retirar resultados del laboratorio, es la situación de maltrato referida con mayor frecuencia.

En relación a la pregunta sobre haber cometido alguna forma de maltrato, 61 residentes de cardiología (33,5% de los que respondieron la encuesta) dicen haber incurrido en este tipo de situaciones.

## DISCUSIÓN

De acuerdo a los resultados obtenidos se puede afirmar que todos los residentes de Cardiología sienten que han sido maltratados en algún momento y que los residentes superiores, los pacientes y/o sus familiares son los que con mayor frecuencia maltratan a los médicos en formación. También el personal de enfermería resulta ser fuente de humillaciones. Los resultados registrados en el presente trabajo no son excepcionales, son coincidentes con otros datos publicados.

Mejía y col (12) en 2005 habían encontrado que el 90% de los residentes dijeron haber recibido alguna forma de agresión/maltrato, e identificaron como perpetradores (en orden decreciente): a los residentes de años superiores, a los jefes de residentes y a los médicos de planta. La única forma de maltrato que parece haber disminuido desde la publicación de Mejía es la aplicación de guardias castigo. Es interesante señalar que en el estudio de Mejía los residentes no mencionaron a los pacientes y/o familiares ni a los Jefe de planta ni al personal de laboratorio como causantes del maltrato recibido.

En Canadá, 2008, se realizó una encuesta (13) sobre bienestar de los residentes que fue respondida por 1.999 residentes: el 41% informó que la mayoría de los días fueron "bastante" estresantes; el 54% dijo que recibían agresiones por parte del staff de enfermería y el 45% mencionó haber recibido el maltrato por parte de los pacientes.

Milione H (14) afirma que la medicina es una de las profesiones más afectadas por el estrés laboral y que los médicos son un grupo de riesgo. "En una encuesta realizada en 2019 a más de 15.000 médicos de 29 especialidades en EE.UU el 44% de los médicos informaron presentar *burnout*; 11% de ellos se sentía deprimido o triste (*depresión coloquial*) y 4% de ellos sufría *depresión clínica*."

El maltrato en las residencias médicas tiene diversas formas: verticalismo, exceso de carga de trabajo, tareas no profesionales asignadas (traslado de pacientes, gestión de turnos, llevar muestras al laboratorio, retirar informes entre otras), Subvaloración por parte de los superiores, ser humillado por errores cometidos, Inseguridad, tener que enfrentar prácticas para las cuales sienten que no están preparados, Falta de acompañamiento/supervisión capacitante Y Asignación salarial insuficiente para cubrir necesidades.

Algunos testimonios (15): "(Cuando quedé embarazada) Me miraron mal, me trataron mal, me cambiaron, me hicieron ir más. Fue peor, yo creo que fue peor al ser mujer... A las mujeres las tratan peor. Por ejemplo, mi compañero superior, durante todo primer año faltaba, se enfermaba y nunca le decían nada. Creo que yo, por ser mujer, fue terrible, sí, fue terrible", "...Una vez me mandaron al laboratorio, a buscar algo (venía de allí, a 1 cuadra y media), y al quejarme me contestaron: El R1 tiene piernas, no cabeza, no te olvides..."

**Tabla 1.** Formas de intimidación/ hostigamiento. Cantidad de residentes que señalan las formas de maltrato experimentado

Intimidación / hostigamiento	2018 Cardiología N = 183
¿Ha sido criticado por NO realizar tareas administrativas?	150 (82,4%)
¿Ha sentido falta de respeto al trabajo realizado?	134 (73,6 %)
¿Ha sido criticado o humillado por sus errores?	132 (72,5 %)
¿Ha recibido gritos?	122 (67%)
Instalaciones sanitarias y de descanso destinadas a residentes en malas condiciones de higiene y confort	122 (67%)
¿Ha corroborado que su trabajo ha sido utilizado en beneficio de otro?	104 (57%)
¿Ha sido privado de satisfacer sus necesidades fisiológicas (comer, dormir) por causas a su juicio irrelevantes?	96 (52,7 %)
¿Ha recibido comentarios sexuales sobre su cuerpo o parte de él?	45 (24,7%)
¿Ha recibido guardias como castigo?	34 (18,6%)
¿Ha sido amenazado con algún daño/agresión físico?	34 (18,6%)
¿Ha recibido comentarios desagradables en relación a su nacionalidad, raza o religión?	29 (15,9%)
¿Ha recibido golpes o empujones?	25 (13,7%)
¿Ha sido expuesto a material de contenido sexual o pornográfico ofensivo sin haberlo solicitado?	20 (10,9%)
¿Ha recibido otras formas de violencia física?	13 (7,1%)

Referencias: Cada residente podía marcar más de una opción.

Es posible que algunos docentes/supervisores/instructores adopten conductas que erosionan la autoestima del aprendiz con el propósito de promover un mejor rendimiento, pero también podría tratarse de una forma de ejercer poder. El abuso de autoridad, también conocido como abuso de poder, refiere a prácticas de intercambio social en las que se asumen conductas basadas en una relación desigual y jerarquizada; es una situación donde un individuo que tiene poder sobre otros (debido a su posición social, conocimiento o riqueza) utiliza ese poder para su beneficio. Son formas sutiles de dominación que pueden ejercerse en los establecimientos educacionales de todo tipo, en el hospital, en las iglesias, en la cárcel; todos ellos constituyen espacios básicos en los que se definen situaciones de poder.

Silver HK (16) fue uno de los primeros investigadores sobre los efectos del maltrato. Concluyó que la actitud de los médicos hacia sus pacientes, podrían ser resultado del trato hostil y punitivo recibido en la escuela de medicina. Tal vez algunos instructores, además de gozar con su pequeña cuota de poder, adhieran a creencias tradicionales tales como “*la letra con sangre entra*” o “*lo que no te mata te fortalece*”.

Está demostrado que un clima hostil y un alto nivel de ansiedad interfiere en el aprendizaje. El maltrato es un comportamiento que genera un clima de malestar e insatisfacción. El ambiente educacional (17) es producto del ambiente físico y de las relaciones interpersonales, del estilo de comunicación dominante, de las presiones y factores estresantes, del sistema de reconocimientos y sanciones. Muchas de

Perpetradores	2018 Cardiología N = 183
Residente superior	124 (68%)
Familiar de paciente	116 (63,7%)
Médico de planta	106 (58,2%)
Paciente	102 (56%)
Jefe de residentes/ instructor	97 (53,2%)
Personal de enfermería	85 (46,7%)
Compañeros	80 (44%)
Personal administrativo	76 (41,7%)
Médico de otra especialidad	74 (40,6%)
Jefe de planta	72 (39,5%)
Personal de laboratorio/estudios complementarios	72 (39,5%)
Técnicos	54 (29,6%)

Referencias: cada residente podía marcar más de una opción.

**Tabla 2.** Perpetradores del maltrato. Cantidad de residentes que señalaron cada una de las opciones.

Tipo de agresiones cometidas	Cantidad de sujetos que dicen haber cometido esa agresión
1. Criticó por NO realizar tareas administrativas	8(13%)
2. Hizo críticas humillantes por errores cometidos	9 (14,7%)
3. Falta de respeto al trabajo realizado	8 (13%)
4. Impuso guardias castigo	2 (0,35%)
5. Usó el trabajo de otro en beneficio propio	17 (27,8%)
6. Privó a otro de satisfacer sus necesidades fisiológicas (comer, dormir)	9 (14,7%)
7. Amenazó con daño físico	11 (18%)
8. Le gritó	13 (21,3%)
9. Dio golpes o empujones	2 (0,35%)
10. Ejerció violencia física	1 (0,16%)
11. Hizo comentarios desagradables en relación a nacionalidad, raza o religión	1 (0,16%)
12. Hizo comentarios sexuales sobre el cuerpo del otro	2 (0,35%)
13. Expuso material de contenido sexual o pornográfico ofensivo a quien no lo solicitó	1 (0,16%)
14. Instalaciones sanitarias y de descanso destinadas a residentes en malas condiciones de higiene y confort.	1 (0,16%)

Referencias: cada residente podía marcar más de una opción.

**Tabla 3.** Formas de intimidación / hostigamiento cometidas por residentes de cardiología

estas condiciones constituyen la “cultura del lugar”, son parte del “currículo oculto” no planificado. Lleras y Durante (18) demostraron que a mejor ambiente educacional menor nivel de *burnout* entre los residentes de un hospital universitario. Se puede afirmar entonces que a mayor nivel de maltrato, peor ambiente y mayor grado de *burnout*.

La situación de las residencias de Cardiología en Argentina está bien descripta en la 5ª Encuesta de CONAREC (19). Un 5,8% tenía ingresos menores al salario vital y móvil; 33,2% trabajaba más de 80

horas/semana. El 32,1% de los residentes de primer año realizaba más de 8 guardias al mes, y 33,6% manifestó dormir menos de 35 horas/semana. Más de un tercio de los residentes de primero y segundo años expresó que trabajaban fuera de su sistema de formación para aumentar sus ingresos. Sólo el 48,5% de los residentes refirió que siempre se encontraba supervisado por algún médico de planta, mientras que 9,6% dijo que era supervisado con “poca frecuencia” e, incluso 1,7% manifestó no ser supervisado nunca.

**Tabla 4.** Destinatarios de las agresiones cometidas por residentes de cardiología

Destinatarios de las agresiones cometidas	Cantidad de sujetos que dicen haber agredido a esa persona
Otro residente, un par o compañero	19 (31%)
Un residente superior	5 (0,8%)
Jefe de residentes y/o instructor	5 (0,8%)
Médico de planta	10 (16,3%)
Jefe de planta	3 (0,49%)
Médico de otra especialidad	7 (11,4%)
Técnicos	2 (0,35%)
Personal de enfermería	6 (0,98%)
Personal de laboratorio/estudios complementarios	2 (0,35%)
Personal administrativo	1 (0,16%)
Paciente y/o familiar de paciente	1 (0,16%)

Referencias: cada residente podía marcar más de una opción.

El maltrato también puede estar dado por las condiciones y recursos disponibles en el sistema de salud. La falta de recursos asistenciales genera sentimientos de impotencia que aumenta la insatisfacción profesional.

Para bajar el nivel de estrés y mejorar la salud de los residentes y demás profesionales de la salud, y también para mejorar la calidad de atención de los pacientes, habría que modificar los “usos y costumbres” tradicionales en las residencias y servicios de salud. Numerosas publicaciones(20-22) se refieren a dos tipos de intervenciones: a) modificaciones institucionales, condiciones del ambiente de trabajo y b) entrenamiento individual en estrategias de afrontamiento del estrés (gestión de las propias emociones y desarrollo de la capacidad de resiliencia).

Las universidades y las propias instituciones sanitarias deberían promocionar programas específicos para el desarrollo de estrategias de afrontamiento. Entre las propuestas que se plantean para fortalecer la inteligencia emocional y generar resiliencia figuran los programas específicos de entrenamiento en estrategias de afrontamiento, el fortalecimiento de redes de apoyo y la promoción de las relaciones sociales. (23-26)

En diciembre de 2007 la Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires sancionó la Ley 2.578 que tiene por objeto la prevención, detección precoz y la rehabilitación del Síndrome de Desgaste Laboral Crónico. Entre las actividades con carácter obligatorio, de frecuencia periódica y dentro del horario laboral que se sugieren en el artículo 5 de la Ley figuran las siguientes: grupos operativos interdisciplinarios que tengan como objetivos fortalecer el intercambio entre pares en los lugares de trabajo, fomentar la red de apoyo social, fomentar la reflexión grupal con identificación de los estresores por servicio y la elaboración de estrategias para su afrontamiento, identificar desde el Ministerio de Salud y demás responsables del resto de los subsectores, la eventual presencia de factores

de riesgo generadores de Desgaste Laboral Crónico, implementar las medidas necesarias que contribuyan a minimizar la problemática, generar datos estadísticos sobre casos registrados, incidencia, características, y otros que sean insumo de información para la toma de decisión de las medidas preventivas, de tratamiento y/o de rehabilitación correspondiente a los trabajadores afectados, Esta legislación sólo se concretó en 10 días por año de licencia “por estrés”. No se conoce qué impacto ha tenido esta medida.

Cabe señalar como limitación de este estudio, el que sólo hayan participado residentes de 2° y 3° año quedando excluidos los que estaban cursando el primer año de clínica médica y/o el primer año de cardiología que seguramente son los que más nivel de estrés padecen. Por otro lado, la propia estructura del cuestionario podría haber inducido las respuestas de los encuestados. Por último podría argumentarse que la herramienta solo mide el nivel de maltrato, por lo que no podría servir para evaluar *burnout*.

## CONCLUSIONES

En este estudio se observó un alto nivel de maltrato y de *burnout* en la población de residentes. Prácticamente todos los residentes de Cardiología sienten que han sido maltratados en algún momento y que los residentes superiores, los pacientes y/o sus familiares son los que con mayor frecuencia maltratan a los médicos en formación.

## Agradecimientos

A todos los residentes que participaron respondiendo el cuestionario y al Sr. D. Silva por la provisión de los formularios y por su lectura electrónica.

## Declaración de conflicto de intereses

Los autores declaran que no poseen conflicto de intereses.

(Véanse formularios de conflicto de intereses de los autores en la web/ Material suplementario)

**BIBLIOGRAFÍA**

1. Nietzsche FW <https://books.google.com.ar>
2. Cook AF, Arora VM, Rasinski K, Curlin FA, Yoon JD. The Prevalence of Medical Student Mistreatment and Its Association with Burnout. *Acad Med* 2014;89:749-54 <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000204>
3. Rancich AM, Donato M, Gelpi RJ. Incidentes moralmente incorrectos en la relación docente-alumno en educación médica. *Rev Argent Cardiol* 2011;79:423-8.
4. Del Bosco G. Medicina, "edad de oro" y después...en ¿Por qué ser médico hoy? Puentes entre la formación y la práctica de la medicina. Libros del Zorzal. Buenos Aires 2009;93-109.
5. Bandura A. Teoría del aprendizaje social. Espasa-Calpe. Madrid. 1987; p 68
6. Dursi C, Millenaar V. Ministerio de Salud. Motivaciones, expectativas y experiencias en la formación como especialistas de jóvenes médicos. Informe de Investigación. Provincia de Buenos Aires. La Plata. Febrero 2017; p 48 <https://doi.org/10.1016/j.riem.2017.01.120>
7. Fnais N, Soobiah C, Chen MH, Lillie E, Perrier L, Tashkhandi M, et al. Harassment and discrimination in medical training: a systematic review and meta-analysis. *Acad Med* 2014;89:817-27. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000200>
8. Derive S, Casas Martínez ML, Obrador Vera G, Villa AR, Contreras D. Percepción de maltrato durante la residencia médica en México: medición y análisis bioético. *Inv Ed Med* 2018;7:35-44. <https://doi.org/10.1016/j.riem.2017.04.004>
9. Milione H. ¿El burnout enferma? Síndrome de burnout en Medicina Interna. *Rev Arg Med* 2019;7: S3
10. [https://www.who.int/es/news-room/detail/17-06-2018-who-releases-new-international-classification-of-diseases-\(icd-11\)](https://www.who.int/es/news-room/detail/17-06-2018-who-releases-new-international-classification-of-diseases-(icd-11))
11. Waldman SV, Lopez Diez JC, Cohen Arazi H, Linetzky B, Guinjoan S, Grancelli H. Burnout, Perceived Stress, and Depression Among Cardiology Residents in Argentina. *Academic Psychiatry* 2009;33:296-301. <https://doi.org/10.1176/appi.ap.33.4.296>
12. Mejía R, Diego A, Aleman M, Maliandi M del R, Lasala F. Percepción de maltrato durante la capacitación de médicos residentes. *Medicina (Buenos Aires)* 2005;65:295-301.
13. Cohen JS, Leung Y, Fahey M, Hoyt L, Sinha R, Cailler L, et al. The happy docs study: a Canadian Association of Interns and Residents well-being survey examining resident physician health and satisfaction within and outside of residency training in Canada. *BMC Research Notes* 1 2008, article number: 105 <https://doi.org/10.1186/1756-0500-1-105>.
14. Milione HF. ¿El burnout enferma? *Rev Arg Med* 2019;7(Suplemento1): S5
15. Dursi C, Millenaar V. Informe de Investigación. Motivaciones, expectativas y experiencias en la formación como especialistas de jóvenes médicos. Ministerio de Salud. Provincia de Buenos Aires. La Plata. Febrero 2017. P.110 <https://doi.org/10.1016/j.riem.2017.01.120>
16. Silver HK, Glick AD. Medical student abuse: incidence, severity and significance. *JAMA* 1990;263:527-32. <https://doi.org/10.1001/jama.1990.03440040066030>
17. Galli A, Brissón ME, Soler C, Lapresa S, Alves de Lima A. Evaluación del ambiente educacional en residencias de cardiología. *Rev Argent Cardiol* 2014;82:396-401. <https://doi.org/10.7775/rac.es.v82.i5.3875>
18. Llera J, Durante E. Correlación entre el clima educacional y el síndrome de desgaste profesional en los programas de residencia de un hospital universitario. *Arch Arg Pediatr* 2014;112:6-11. <https://doi.org/10.5546/aap.2014.6>
19. Cigalini IM, Igolnikof DB, García Zamora S, Fallabrino LN, Colombo Viña NA, Tissera G, et al. Estado actual de las residencias de cardiología: resultados de la 5ª Encuesta Nacional de Residentes (ENARE V). *Rev Argent Cardiol* 2017;85:415-27.
20. Kumar S. Burnout and Doctors: Prevalence, Prevention and Intervention. *Healthcare (Basel)*. 2016; 4:37 <https://doi.org/10.3390/healthcare4030037>
21. Felipe Castaño E y León del Barco B. Estrategias de afrontamiento del estrés y estilos de conducta interpersonal. *Rev Int Psicol Ter Psicol* 2010;10:245-57
22. Finkelstein C, Brownstein A, Scott C, Lan YL. Anxiety and stress reduction in medical education: an intervention. *Med Educ* 2007;41:258-64. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2929.2007.02685.x>
23. Fortney L, Luchterhand C, Zakletskaia L, Zgierska A, Rakel D. Abbreviated mindfulness intervention for job satisfaction, quality of life, and compassion in primary care clinicians: a pilot study. *Ann Fam Med* 2013;11:412-20. <https://doi.org/10.1370/afm.1511>
24. West CP, Dyrbye LN, Erwin PJ, Shanafelt TD. Interventions to prevent and reduce physician burnout: a systematic review and meta-analysis. *Lancet* 2016;388:2272-81. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31279-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31279-X)
25. Busireddy KR, Miller JA, Ellison K, Ren V, Qayyum R, Panda M. Efficacy of Interventions to Reduce Resident Physician Burnout: A Systematic Review. *J Grad Med Educ* 2017; 9:294-301. <https://doi.org/10.4300/JGME-D-16-00372.1>
26. Weingartner LA, Sawning S, Shaw MA and Klein JB. Compassion cultivation training promotes medical student wellness and enhanced clinical care. *BMC Medical Education* 2019;19:139. <https://doi.org/10.1186/s12909-019-1546-6>