

Maltrato en las residencias médicas: un estudio cualitativo sobre la configuración de las identidades profesionales

Fabiana Inés Reboiras^{a,†,*}, Julian Andres Mur^{a,§}, Rocio Deza^{a,◊}, María Isabel Fernández Cedro^{a,¶}, Carolina Ronj^{a,‡}

Facultad de Medicina



Resumen

Introducción: Las residencias médicas son programas de posgrado en servicio en las que se adquieren las competencias profesionales para ejercer una especialidad, y se conforma una identidad profesional. La medicina admite criterios de exigencia y responsabilidades mayores al considerarse una profesión de riesgo social, y reporta niveles altos de prevalencia de maltrato durante la formación. La introyección de la violencia en la experiencia formativa genera, en varios sentidos, costos altos al sistema de salud y sus integrantes.

Objetivo: Reconocer las implicancias de los entornos hostiles de aprendizaje en la conformación de identidades profesionales en programas de residencias médicas.

Método: Se realizó un diseño cualitativo de tipo descriptivo-interpretativo, con una muestra de 307 residentes de

Argentina. Los datos se analizaron con base en estrategias codificadoras y contextualizadoras.

Resultados: Se distinguen cuatro posicionamientos frente a la presencia de maltrato: invisibilización, naturalización-legitimación, postura crítica y perspectiva de transformación. Estos posicionamientos reflejan aspectos identitarios de la comunidad médica que se reproducen y disputan en los contextos de aprendizaje.

Discusión: La conformación identitaria es polifacética, compleja y se encuentra influenciada por las interacciones cotidianas informales durante los procesos formativos. Se observa la emergencia de posicionamientos subjetivos novedosos que entran en tensión con los valores y las prácticas que tradicionalmente definieron a un/a “buen/a médico/a”. Los abusos de poder y las prácticas de maltrato se identifican como valores tradicionales que

^a Departamento de investigación. Centro de Investigación en Gestión, Docencia y Desarrollo Universitario, Instituto Universitario Hospital Italiano de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina.

ORCID ID:

[†] <https://orcid.org/0000-0002-9546-8057>

[§] <https://orcid.org/0000-0003-0450-5308>

[◊] <https://orcid.org/0009-0003-8869-2223>

[¶] <https://orcid.org/0000-0003-2549-146X>

[‡] <https://orcid.org/0000-0002-3115-3689>

Recibido: 2-julio-2023. Aceptado: 10-noviembre-2023.

* Autor para correspondencia: Fabiana Inés Reboiras. Dirección postal: 1199.

Correo electrónico: freboiras@gmail.com

Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

no representan las aspiraciones y necesidades actuales del cuerpo profesional.

Conclusiones: Se identifican tensiones en relación con la vigencia, legitimidad y reproducción de valores y prácticas tradicionales en el campo de la educación médica. Se plantea un escenario desafiante para la comunidad médica y el sistema de la salud en su conjunto, reflejado en la creciente demanda de condiciones de formación y trabajo cuidadas para todas las personas: pacientes y profesionales de la salud.

Palabras clave: Residencias médicas; identidad profesional; maltrato.

Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Mistreatment in medical residencies: a qualitative study into the shaping of professional identities

Abstract

Introduction: Medical residencies are in-service post-graduate programs in which professional competencies are acquired to practice a specialty, and a professional identity is shaped. Medicine supports more demanding criteria and responsibilities as it is considered a social risk profession, and reports high levels of prevalence of mistreatment during training. The introjection of violence in the training experience generates, in several senses, high costs to the health system and its members.

Objective: To recognize the implications of hostile learn-

ing environments in the shaping of professional identities in medical residency programs.

Method: A descriptive-interpretative qualitative design was carried out with a sample of 307 residents from Argentina. Data were analyzed based on coding and contextualizing strategies.

Results: Four different attitudes towards the presence of mistreatment were identified: invisibilization, naturalization, critical stance and transformation perspective. These positionings reflect identity aspects of the medical community that are reproduced and disputed in the learning contexts.

Discussion: The shaping of identity is multifaceted, complex, and is influenced by informal daily interactions during the formative processes. The emergence of novel subjective positions that enter into tension with the values and practices that traditionally defined a “good doctor” is observed. Abuses of power and mistreatment practices are identified as traditional values that do not represent the current aspirations and needs of the professional staff.

Conclusions: Tensions are identified in relation to the validity, legitimacy and reproduction of traditional values and practices in the field of medical education. A challenging scenario is posed for the medical community and the health system as a whole, reflected in the growing demand for careful training and working conditions for all people: patients and health professionals.

Keywords: Medical residencies; professional identity; mistreatment.

This is an Open Access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

INTRODUCCIÓN

Las residencias médicas son programas formativos de posgrado en servicio, en los que se adquieren las competencias profesionales necesarias para ejercer una especialidad médica. Estos combinan actividades asistenciales y académicas en hospitales u otros centros asistenciales¹. Asimismo, son el escenario en el que el cuerpo médico residente conforma una identidad profesional. Se entiende a la identidad profesional como el conjunto de prácticas y valores co-

munes a una comunidad profesional. En el caso de la comunidad médica se observan prácticas y valores institucionalizados que dificultan la formación profesional, como el maltrato y la obediencia acrítica. Si bien la conformación de identidades profesionales es un proceso que comienza incluso antes de ingresar a la universidad, se consolida en una etapa posterior, al ejercer la medicina y asumir responsabilidades en la atención de pacientes².

Al considerarse una profesión de riesgo social, la

medicina admite criterios de exigencia y responsabilidades mayores a los de otras disciplinas. También el cuerpo médico se considera un grupo de riesgo, al estar expuesto a grandes niveles de responsabilidad y rápida toma de decisiones^{1,3}. Diversos estudios han advertido cómo la exigencia y complejidad atribuidas socialmente a la profesión médica se vinculan con la susceptibilidad del personal médico en formación a sufrir situaciones de maltrato^{4,5}. Por otra parte, las organizaciones altamente jerarquizadas y asimétricas como los hospitales son lugares donde los actos de maltrato resultan invisibilizados y como consecuencia facilitados⁶.

Los programas de residencias a menudo resultan extenuantes para el personal médico residente, que reporta largas jornadas de trabajo, estrés emocional, falta de supervisión y retroalimentación, sobrecarga de pacientes, guardias agotadoras, asignación de tareas inadecuadas, competitividad académica y profesional, asignación salarial insuficiente y obligaciones docentes, entre otras⁷⁻⁹. En lo que respecta al personal médico, estas condiciones de formación se traducen en niveles altos de estrés (llegando incluso al *burnout*), insatisfacción laboral, inclinaciones a abandonar la profesión, apatía, depresión, insomnio, pérdida del apetito y dificultades para conciliar la vida laboral y personal, entre otras¹⁰⁻¹². Al considerar los efectos en el sistema de salud, se asocian índices de errores médicos alarmantes y un alto grado de insatisfacción de las demandas de salud de la población atribuibles a estos entornos hostiles^{13,14}.

Como todo proceso de aprendizaje, las residencias médicas se encuentran atravesadas por un *currículum oculto*. Este currículum, conformado por valores, saberes, prácticas y actitudes, funciona de manera implícita a través de las tareas, las rutinas y las interacciones que se dan durante la formación, sin ser fruto de una planificación “conspirativa” del colectivo docente¹⁵. A través de él se reproducen valores de los que el cuerpo docente y residente no llegan a ser plenamente conscientes, como los abusos de poder y las prácticas de maltrato. En este sentido, un 30% de estudiantes de medicina no pudo reconocer conductas abusivas cuando sucedieron, mientras que entre residentes se sostuvo la creencia de que el maltrato durante la formación resulta necesario para ser mejor profesional^{6,10}.

Las revisiones de literatura a nivel mundial señalaron una prevalencia de maltrato en la formación médica que varía entre 10 y 50% en el pregrado^{2,4} y alcanza un 63% en el posgrado¹². Las indagaciones sobre Latinoamérica^{1,16-21} fueron consistentes con los hallazgos expuestos, pero resultaron escasos en comparación con las de otras regiones²¹. La introyección de la violencia como un estándar de la experiencia formativa presenta costos altos. En el corto plazo, facilita la reproducción de contextos desfavorables para el aprendizaje. En el mediano y largo plazo, dificulta el desarrollo de aptitudes y cualidades profesionales como la empatía o la compasión, que resultan claves para garantizar el cuidado del personal médico y de la calidad de atención^{8,11,22}.

Por su parte, la conformación de identidades profesionales se ha convertido en un objeto de estudio relevante para el campo de la educación médica, y se ha señalado su incorporación como un aspecto curricular central en la formación²³. La identidad profesional se define como un modo de hacer, sentir y pensar como médico/a²⁴ y se caracteriza por su desarrollo progresivo en entornos asistenciales²⁵. Las prácticas de maltrato influyen en la consolidación de estas identidades.

Por todo lo expuesto, el objetivo de este trabajo es analizar las implicancias de los entornos hostiles de aprendizaje en la conformación de identidades profesionales en programas de residencias médicas.

MÉTODO

Este artículo presenta un subestudio cualitativo, que forma parte de un estudio mayor sobre “Condiciones de formación y trato en residencias médicas”, en el cual se implementó un cuestionario digital semiestructurado, integrado por 68 ítems (59 con preguntas cerradas y 9 abiertas) administrado en presencia del equipo investigador, ya sea mediante modalidad remota sincrónica o presencial. Se realizó un muestreo por conveniencia de 307 residentes compuesto por 71.2% mujeres, 27.1% varones y 1.7% disidencias, con una media de edad de 30 años (DE = 3.23, mín. = 25, máx. = 46). Un 38.6% cursa el primer año de residencia, 20.6% el segundo, 20.6% el tercero, 15.7% el cuarto y 4.6% está en la jefatura. El 79.9% pertenece a sede pública, y el 20.3% a privada. Respecto de las especialidades, el 35.3% son de clínica

médica, el 26.5% pediatría, el 18.3% cirugía general y el 19.9% tocoginecología. La toma de datos se realizó en tres regiones de Argentina: Cuyo, Ciudad Autónoma de Buenos Aires y Provincia de Buenos Aires durante 2022. La selección de los hospitales buscó representar la diversidad sociodemográfica de las regiones, cuyas tramas culturales, sociales y económicas son complejas y varían territorialmente. Se seleccionaron hospitales públicos, privados, zonales, interzonales y regionales de referencia a nivel infraestructura, equipamiento y trayectoria.

Se siguió un diseño cualitativo de tipo descriptivo-interpretativo²⁶ en el que se analizaron 2 de las 9 preguntas abiertas enfocadas en la descripción de una situación en la que una persona residente se sintió maltratada, la identificación de los principales conflictos vinculados al trato, y las posibles soluciones para prevenir estas situaciones. El análisis se realizó con base en estrategias codificadoras²⁷ que implicó la confección de un sistema de códigos para la identificación de las principales categorías emergentes. Es decir, las preguntas del instrumento indagaban de forma exploratoria una temática específica sin categorías construidas *a priori*. La interpretación de los datos obtenidos y las categorías resultantes son producto de un movimiento dialéctico de interacción entre la empiria y la teoría²⁷⁻²⁹. Para esto, fue necesario volver a la literatura del amplio campo disciplinar para dotar de sentido a los testimonios recopilados. Así, las categorías presentadas en la sección resultados, emergentes del análisis y aporte de la investigación, son los cuatro posicionamientos de residentes respecto a cómo conciben las situaciones de maltrato: invisibilización, naturalización-legitimación, crítica y perspectiva de transformación.

Consideraciones éticas

La participación fue de carácter voluntario. Se informó sobre los objetivos de la investigación y se solicitó el consentimiento informado, asegurando el anonimato y la confidencialidad de las respuestas. El estudio respetó los preceptos expresados en la Declaración de Helsinki³⁰ y 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 del Instituto Universitario Hospital Italiano

de Buenos Aires (Aprobación protocolo CEPIU N° 0004-22/2021). La comunicación de los resultados se realizó en cumplimiento con la Ley Argentina de Protección de Datos Personales N°25.326. Se garantizó así el anonimato al tiempo que se procuró que no hubiera daños potenciales para ninguna persona por su participación.

RESULTADOS

El plano subjetivo de la construcción de identidades profesionales se expresa en diversos modos de percibir, reconocer y posicionarse en relación con los valores identitarios de su tradición, en la que el personal médico residente se socializa. En esta diversidad se encuentran cuatro posicionamientos gradientes vinculados a la presencia de prácticas de maltrato: invisibilización, naturalización-legitimación, crítica y perspectiva de transformación. Estos posicionamientos no son mutuamente excluyentes, se yuxtaponen en las reflexiones de quienes están realizando las residencias y reflejan aspectos identitarios y morales de la profesión médica que se reproducen, tensionan y disputan en los contextos de aprendizaje de manera alternada y/o solapada entre sí.

En primer lugar, la invisibilización implica la falta de reconocimiento del carácter nocivo de las situaciones de maltrato en las residencias y puede apreciarse en extractos como:

- “El problema es la convivencia (...) y lamentablemente muchas personas no saben manejar niveles de estrés y cansancio”.
- “No recuerdo ninguna situación puntual [de maltrato], quizás porque no tuve grandes problemas. Sí reconozco que muchas veces hay exceso de autoridad al delegar actividades, falta de refuerzo positivo y algún tipo de lo que llamamos ‘psicopateo’”.

Los testimonios revelan un registro de acciones que podrían enmarcarse como maltrato, pero sin asignarles conflictividad. Dichas acciones quedan subsumidas a otros componentes de índole personal o características de personalidad, o bien en la enunciación del “exceso de autoridad” o la manifestación atenuada del “psicopateo” como eventos de menor

envergadura que expresan la imposibilidad de identificar de forma contundente prácticas perjudiciales en estos contextos de formación. De esta manera, lo personal o institucional resulta funcional al sistema de formación.

En segundo lugar, el posicionamiento de naturalización-legitimación supone un movimiento respecto de la invisibilización, por cuanto reconoce la existencia de prácticas nocivas necesarias o inevitables, pero sin capacidad de ser denunciadas como tales ni de advertir la necesidad de un cambio como posibilidad real. En este sentido, pueden definirse como la incorporación de prácticas y concepciones que se presentan como normales y difícilmente modificables. Al respecto de las condiciones de trato, distintos residentes médicos expresaron:

- “Nada puede cambiar un sistema verticalista, con jefes sordos y que sostienen un sistema arcaico como lo ideal (mayor sufrimiento igual a mejor médico sos)”.
- “[Es necesaria] más mano de obra y organización, pero sé que es una utopía (...)”.
- “La única forma de solucionarlo [el maltrato] es dejar de ser R1 y ser R2”.

El posicionamiento desde la invisibilización hacia la naturalización-legitimación con matices y solapamientos comienza a exhibir un grado de conciencia mayor sobre las situaciones percibidas como no deseables. Pero, en estos casos, se observa una claudicación frente a las condiciones dadas en las residencias, producto del sistema “arcaico” y “verticalista” cuyas posibilidades de modificación representan una verdadera “utopía”. Por otra parte, el pasaje de año de residencia como única alternativa de cambio expresa otra arista de la naturalización-legitimación, expone la presencia e incorporación de prácticas hostiles en el forjamiento de las competencias médicas. En estos casos, se observa la reproducción de los modelos identitarios de abnegación y de formación verticalista vigentes.

En tercer lugar, el posicionamiento crítico frente a las condiciones de formación y presencia de prácticas de maltrato aparece de manera recurrente acompañando la descripción de las circunstancias problemáticas. En este punto, la posición crítica puede

caracterizarse a través de la identificación de situaciones perjudiciales para la formación médica, sin mediar justificaciones para su existencia sostenida. A diferencia de la invisibilización/naturalización-legitimación, la crítica implica el corrimiento hacia una postura que interpela los valores identitarios fundamentales, tal y como puede observarse en los siguientes fragmentos:

- “El pensamiento retrógrado por parte de los médicos mayores alegando que en sus tiempos ellos lo padecieron peor”.
- “Situaciones muy naturalizadas dentro de un sistema de residencia, te categorizan si gestas algún acto de contrariedad”.

La perspectiva crítica manifiesta una ruptura con un modo de construir la identidad médica tradicional a partir de valores tales como el sacrificio (p. ej., relegar de forma extrema la vida social), abnegación (p. ej., soportar maltratos) y funcionalidad (p. ej., mantener operativo un servicio ante cualquier eventualidad). El siguiente fragmento resulta ejemplo de este posicionamiento:

- “Cuando éramos R2, las que entonces eran R1 deciden renunciar por la carga de trabajo y horaria, pero también porque las habían obligado a quedarse en el Hospital hasta que el resultado de un paciente saliera no reactivo. Nosotras nos enojamos por la recarga de trabajo que nos suponía, pero después nos dimos cuenta que estaba bien que no hayan tolerado conductas que nosotras sí”.

La toma de conciencia acerca de conductas abusivas en este campo es progresiva y está mediada por tensiones. Con todo, promueve la emergencia de una postura novedosa en contraposición a las anteriores, caracterizada por la irrupción de una disconformidad manifiesta en el seno de la formación médica.

Finalmente, la perspectiva de transformación se presenta como el cuarto posicionamiento subjetivo, y se caracteriza por incluir los rasgos críticos, pero también la demanda explícita de la necesidad de cambio de las condiciones existentes. En este sentido, se observa:

- “Para prevenir [el maltrato], evitar el verticalismo. Entender la residencia como trabajo entre pares”.
- “Creo que una opción es que los organismos responsables no hagan oídos sordos a situaciones que tristemente no tienen nada de nuevo”.
- “Para prevenir esto [maltrato] debería cortarse el círculo y dejar de normalizarlo, o de creer que uno va a ser ‘mejor cirujano’ si es capaz de aguantar los maltratos”.
- “Se piensa que ser médica es vivir para esto apañado por la ‘vocación’. Para mí ser médica es un medio económico para mi vida. No dedicarle la vida a la residencia y exigir menos guardias, por ejemplo, para otrxs es ser irresponsable y poco estudiosa. Nos auguran un mal futuro”.

La inconformidad con el contexto formativo actual, que “no tiene nada de nuevo”, representa un “círculo normalizado” y al cual se le hacen “oídos sordos” es señalado asimismo como algo a prevenir y erradicar con el involucramiento de los organismos responsables, ubicando el verticalismo propio de las residencias médicas como el fundamento que habilita su reproducción. De forma simultánea, se observa el cuestionamiento de valores tradicionales tales como la abnegación (“aguantar malos tratos”) o el sacrificio (“vivir para esto”) como deseables en la construcción de la identidad profesional, y la emergencia de nuevos valores tales como el “trabajo entre pares” en su reemplazo. De este modo, la perspectiva de transformación emerge como el posicionamiento más transgresor frente a las condiciones ofrecidas en los espacios de residencias médicas, y plantea interrogantes sobre la viabilidad de las demandas de cambio para modificar las condiciones involucradas en la conformación de la identidad profesional médica, que parece encontrarse en constante cuestionamiento.

DISCUSIÓN

¿Qué implica ser “un/a buen/a médico/a”? ¿Son las prácticas de maltrato y la obediencia acrítica necesarias para la formación en medicina? Como se señaló previamente, la literatura indica que estos ambientes de aprendizaje hostiles generan un gran deterioro en la calidad de vida a mediano y largo plazo del

personal médico, producen un alto grado de error médico y no responden a las necesidades de salud de la población. Cabe entonces preguntarse: ¿por qué subsiste este modelo y a qué tipo de sistema de salud es funcional?

El sistema de salud, cada vez más complejizado, requiere de un personal médico con pensamiento crítico-reflexivo, que desarrolle competencias de autocuidado, de cuidado de sus pares y de la comunidad de pacientes a la que asiste. Priorizar las prácticas de cuidado implica poner especial atención a los riesgos que las estructuras verticalistas, como las instituciones de salud, conllevan. Estos ambientes son tierra fértil para las prácticas abusivas en nombre del ejercicio de autoridad, y requieren de la habilidad de diferenciar el ejercicio de la autoridad del abuso de poder.

Es por ello que analizar la conformación de la identidad profesional en las residencias médicas resulta un tema de especial relevancia para comprender los valores que se reproducen en el seno de sus estructuras. La literatura advierte que la conformación identitaria es polifacética, compleja y se encuentra especialmente influenciada por las interacciones cotidianas informales durante los procesos formativos²⁵. Los resultados de este estudio son consistentes con dichos señalamientos, y presentan la emergencia de posicionamientos subjetivos novedosos que entran en tensión con los valores y las prácticas que tradicionalmente definieron a un/a “buen/a médico/a”. La sobreexigencia, el sacrificio, el aislamiento socioafectivo y la vocación heroica y desinteresada son cuestionadas por las posturas críticas y las perspectivas de transformación.

Diversos estudios han señalado el carácter institucionalizado de las prácticas de maltrato durante los programas de residencias médicas a nivel internacional^{1,9,10,12,20,21,31} y advirtieron sobre la falta de reconocimiento de conductas abusivas en los contextos de formación del personal médico residente⁶. En contraposición, los hallazgos del presente trabajo exponen un estado de coexistencia en el que las posturas críticas y de transformación compiten con los procesos de invisibilización y naturalización-legitimación de prácticas de maltrato o abuso.

El cuerpo médico residente conforma su identidad profesional en el hospital mientras incorpo-

ra, rechaza o modifica los valores propuestos en su formación preexistente (en el hogar, la educación, etc.)³². Asimismo, el currículum oculto comienza a ponerse en juicio, y se cuestiona su valor y su reproducción inmutable. De este modo, los abusos de poder y las prácticas de maltrato se identifican como valores tradicionales que no representan las aspiraciones y necesidades actuales del cuerpo profesional. En consecuencia, se observa la demanda de una modificación profunda en la formación de valores, prácticas y actitudes profesionales hacia políticas y prácticas de cuidado.

Este trabajo no está exento de limitaciones. En primer lugar, el estudio releva el punto de vista del cuerpo médico residente. Sería de interés conocer la perspectiva sobre el tema de otras personas involucradas en la formación –como el personal docente, otras figuras formativas (concurrentes, becarios, pasantes), las jefaturas de servicio, la dirección de hospitales– y de otros actores fundamentales en la vida hospitalaria como el personal técnico-administrativo y la comunidad. En segundo lugar, para esta investigación sólo se tuvieron en cuenta cuatro especialidades médicas básicas, dejando vacante la pregunta por otras especialidades médicas y también, por otras disciplinas de las ciencias de la salud que realizan su formación de posgrado en programas de residencias asistenciales y no asistenciales.

CONCLUSIONES

Los entornos hostiles de aprendizaje están presentes en el ámbito de la formación médica desde el grado, pero en el posgrado se combinan con exigencias asistenciales en contextos hospitalarios. Los resultados expuestos aportan datos novedosos al respecto, al exhibir la emergencia de nuevos posicionamientos subjetivos de las personas en formación denominados postura crítica y perspectiva de transformación. En este contexto, la pregunta por la construcción de identidades profesionales resulta de gran importancia para comprender la reproducción de las prácticas y valores tradicionales de esta comunidad profesional, entre los que se encuentra un nivel de exigencia elevado con la potencialidad de facilitar abusos de poder. La emergencia de nuevos posicionamientos subjetivos frente a los actuales modelos de formación en programas de residencias médicas manifiesta un

estado de coexistencia o, al menos, una serie de tensiones y disputas en relación con la vigencia, legitimidad y reproducción de valores y prácticas tradicionales en el campo. Se plantea así una oportunidad para la comunidad médica, en tanto pone en crisis el modelo educativo actual y brinda la oportunidad de revisar diversos aspectos del sistema de salud que colaboran y resultan funcionales a estos entornos de aprendizaje hostiles. Se espera que las tensiones actuales traccionen la transformación del modelo de formación hacia la valoración del pensamiento crítico reflexivo, el respeto hacia la diversidad, la valoración del trabajo colectivo y el desarrollo de la empatía, competencias necesarias en el personal médico de un sistema de salud accesible y de calidad.

CONTRIBUCIÓN INDIVIDUAL

- FIR: Idea original, diseño de la investigación, confección del instrumento de evaluación, recolección de datos, análisis de datos, revisión de la literatura, redacción del manuscrito, revisión crítica del manuscrito, aprobación final de versión publicable. Asume la responsabilidad de lo publicado.
- JAM: Recolección de datos, análisis de datos, revisión de la literatura, redacción del manuscrito, revisión crítica del manuscrito, aprobación final de versión publicable. Asume la responsabilidad de lo publicado.
- RD: Recolección de datos, análisis de datos, revisión de la literatura, redacción del manuscrito, revisión crítica del manuscrito, aprobación final de versión publicable. Asume la responsabilidad de lo publicado.
- MIFC: Recolección de datos, análisis de datos, revisión de la literatura, redacción del manuscrito, revisión crítica del manuscrito, aprobación final de versión publicable. Asume la responsabilidad de lo publicado.
- CR: Idea original, diseño de la investigación, confección del instrumento de evaluación, recolección de datos, análisis de datos, revisión de la literatura, redacción del manuscrito, revisión crítica del manuscrito, aprobación final de versión publicable. Asume la responsabilidad de lo publicado.

PRESENTACIONES PREVIAS

Ninguno.

FINANCIAMIENTO

Instituto Universitario Hospital italiano de Buenos Aires. Escuela de Gobierno en Salud "Floreal Ferrara", Ministerio de Salud, Provincia de Buenos Aires.

CONFLICTO DE INTERÉS

Ninguno. 🔍

REFERENCIAS

1. 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. Recuperado a partir de <http://hdl.handle.net/10469/16408>
2. Carrillo-Esper R, Gómez-Hernández K. Bullying y acoso en la formación médica de postgrado. *Rev Invest Med Sur Mex*. 2014;21(4):172-176.
3. Milione HF. ¿El burnout enferma? *Rev Arg Med*. 2019;7(1):S3. Recuperado a partir de <http://www.revistasam.com.ar/index.php/RAM/article/view/277>.
4. Bastías, NV, Fasce EH, Ortiz LE, Pérez Villalobos, C, Schaufele PM. Bullying y acoso en la formación médica de postgrado. *Rev Educ Cienc Salud*. 2011;8(1):45-5.
5. 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. *Investigación en Educación Médica*. 2020;9(35):18-27.
6. 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.
7. Casas D, Rodríguez A, Casas I, Galeana C. Resident physicians in Mexico: tradition or humiliation. *Medwave*. 2013;13(7):1-5.
8. Arnold LF, Zargham SR, Gordon CE, McKinley WI, Bruenderman EH, Weaver JL et al. Sexual Harassment during Residency Training: A Cross-Sectional Analysis. *The American Surgeon*. 2013;86(1):65-72.
9. Galli A, Gimeno G, Lobianco M, Swieszkowski S, Grancelli H, Kazelian L et al. Maltrato en la formación médica: situación en las residencias de cardiología. *Rev Argent Cardiol*. 2020;88:48-54.
10. Li SF, Grant K, Bhoj T, Lent G, Garrick JF, Greenwald P et al. Resident experience of abuse and harassment in emergency medicine: ten years later. *The Journal of Emergency Medicine*. 2010;38(2):248-252.
11. Derive S, Casas Martínez M, Obrador Vera GT, Villa AR., Contreras D. Percepción de maltrato durante la residencia médica en México: medición y análisis bioético. *Inv Ed Med*. 2017;7(26):35-44.
12. 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. *Academic Medicine*. 2014;89(5):817-27.
13. Sánchez-Amo L, Sánchez-Rubiales M. Influencia del estrés y la duración de la jornada laboral en el error médico. *Actualidad Médica*. 2018;103(805):148-55.
14. Paice E, Aitken M, Houghton A, Firth-Cozens J. Bullying among doctors in training: cross sectional questionnaire survey. *BMJ (Clinical research ed.)*. 2004;329(7467):658-659.
15. Torres J. El curriculum oculto. 8va ed. España: Morata. 2005.
16. Stolovas N, Tomasina F, Pucci F, Frantchez V, Pintos M. Trabajadores médicos jóvenes: violencia en el ejercicio de la residencia. *Rev. Méd. Urug*. 2023;27(1):21-29.
17. Maida AM, Herskovic V, Pereira A, Salinas-Fernández L, Esquivel C. A report on student abuse during medical training. *Med Teach*. 2003;25(5):497-501.
18. Maida AM, Herskovic MV, Pereira SA, Salinas-Fernández L, Esquivel CC. Percepción de conductas abusivas en estudiantes de medicina. *Rev Méd Chile*. 2006;134(12):1516-1523.
19. 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.
20. Mejía R, Diego A, Alemán M, Maliandi MR, Salas F. Percepción de maltrato durante la capacitación de médicos residentes. *Medicina*. 2005;65(4):295-301.
21. Ortiz-León S, Jaimes-Medrano AL, Tafoya-Ramos SA, Mujica-Amaya ML, Olmedo-Canchola VH, Carrasco-Rojas JA. Experiencias de maltrato y hostigamiento en médicos residentes. *Cirugía y Cirujanos*. 2014;82(3):290-301.
22. 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(1):18-30.
23. Gutiérrez Herrera RF, Ordóñez Azuara Y, Gómez C, Ramírez Aranda JM, Méndez Espinoza E, Martínez Lazcano F. Análisis sobre elementos de contenido en medicina familiar para la identidad profesional del médico familiar. *Rev Méd La Paz*. 2023;25:58-67.
24. Cruess RL, Cruess SR, Boudreau JD, Snell L, Steinert Y. Reframing medical education to support professional identity formation. *Acad Med*. 2014;89(11):1446-51.
25. Foster K, Roberts C. The Heroic and the Villainous: a qualitative study characterising the role models that shaped senior doctors' professional identity. *BMC Medical Education*. 2016;16(1):206.
26. Ramos Zincke C. Cómo investigan los sociólogos chilenos en los albores del siglo XXI: paradigmas y herramientas del oficio. *Persona y sociedad*. 2005;9(3):85-122.
27. Maxwell JA, Miller BA. Categorizing and connecting strategies in qualitative data analysis. Nagy Hesse-Biber S, Leavy P (Eds.). *Handbook of emergent methods*. New York: Guilford Press; 2008.

28. Maxwell JA. *Qualitative research design: An interactive approach* (2nd ed.). Thousand Oaks, California: Sage; 2005.
29. Stake RE. *Investigación Cualitativa: El estudio de cómo funcionan las cosas*. New York: The Guilford Press; 2010.
30. Editorial E. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. *arbor* [Internet]. 30 de abril de 2008 [citado 30 de junio de 2023];184(730):349-52. Disponible en: <https://arbor.revistas.csic.es/index.php/arbor/article/view/183>.
31. Cortés Barre M. La letra con sangre entra: el maltrato en la formación médica. *Universitas Médica*. 2010;51(1):43-48.
32. Sarraf-Yazdi S, Teo YN, How AEH, Teo YH, Goh S, Kow CS et al. A Scoping Review of Professional Identity Formation in Undergraduate Medical Education. *J Gen Intern Med*. 2021;36(11):3511-3521.