



# **UNIVERSIDAD RICARDO PALMA**

## **FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**



**“PIMPING DURANTE LA VISITA MÉDICA Y SU EFECTO EN EL  
APRENDIZAJE DE INTERNOS Y RESIDENTES DEL HOSPITAL  
NACIONAL HIPOLITO UNANUE**

**2016”**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE  
MÉDICO CIRUJANO**

**GERMAN ARANZABAL ALEGRIA**

**DRA. MARÍA ESTHER ALBA RODRÍGUEZ**

**Asesora de Tesis**

**Dr. Jhony A. De la Cruz Vargas PhD, MCR, MD**

**Director de Tesis**

**LIMA – PERÚ**

**2017**

## DEDICATORIA

Dedico la presente Tesis a Dios por haberme brindado la oportunidad de servirlo siguiendo esta hermosa carrera.

A mis padres, German y Sonia, por su apoyo incondicional, brindándome sus consejos y amor, que me hicieron una mejor persona, los quiero mucho. Lo logramos.

A mis tíos, Cleofé y Daniel, por su paciencia y ser aquellos quienes me abrieron las puertas de su hogar, sintiéndome como en casa, a quienes considerare siempre como mis segundos padres.

A mi hermana Yuliana, que estando lejos, siempre te sentí presente con tus consejos y materiales brindados.

A mis amigos, Dante, Lizet, Claudia, quienes me brindaron su sincera amistad y apoyo en las buenas y en las malas, se volvieron en mis hermanos.

Al Dr. Christian R. Mejía, por brindarme la oportunidad de conocer el mundo de la investigación y enseñarme a publicar. Muchas gracias maestro.

A la Sra. Francisca Valero, por su apoyo constante en la bibliografía del presente trabajo, además de brindarme consejo a lo largo de la carrera.

A todos aquellos quienes de diversas maneras me brindaron su ayuda y apoyo para convertirme en un profesional, a todos ellos gracias.

## I. RESUMEN

**Introducción:** El pimping es una práctica ampliamente extendida en todo el mundo, fue descrito por vez primera y popularizado en el año 1989 por Brancati, que utiliza este término para referirse a una serie de preguntas difíciles e intencionalmente, incontestables que expone al alumno a una suerte de humillación.

**Objetivo:** Determinar la asociación entre el “pimping” y la percepción de aprendizaje en internos y residentes del Hospital Nacional Hipólito Únanue.

**Materiales y Métodos:** Estudio cuantitativo, Analítico de corte transversal sin intervención basado en la toma de un cuestionario aplicado al personal de salud de internos de medicina y médicos residentes de primer año. Se realizó mediante la toma de una encuesta validada en nuestro medio durante el mes de diciembre del 2016.

**Resultados:** Se encuestaron a 82 personas cuyo grado académico correspondiente a los encuestados es de 50% de internos de medicina y de 50% de médicos residentes de primer año. Los encuestados refirieron que percibieron maltrato en las cuatro áreas evaluadas, presento una prevalencia de 67,2% (n=45). La percepción de maltrato por parte de los internos de medicina y médicos residentes de primer año fue que sufrieron maltrato de tipo psicológico con 34,6% (n=26), con respecto al maltrato físico se encontró una frecuencia de 38.27% (n=31), de similar manera para el maltrato de tipo académico con 37.50% (n=30) y maltrato de tipo sexual con 34,6% (n=26).En el análisis multivariado, estuvo asociado a una menor frecuencia de buen aprendizaje impartido por residentes superiores ( 48.89% de los maltratados versus 72,7% de los no maltratados) (RPa: 0,68; IC95%: 18-44%, valor  $p < 0,001$ ). Asimismo se encontró que los encuestados que sufrieron maltrato tuvieron una menor frecuencia de percepción de buen aprendizaje por seminarios y congresos (33,3% versus el 50% de los no maltratados) (RPa 0,70; IC95%: 26-34%, valor  $p < 0,001$ ). Finalmente Se encontró que hubo una menor frecuencia de percepción de buen aprendizaje por los grupos de estudio (40% de los maltratados versus el 63% de los no maltratados, RPa: 0,60;IC95%:11-57% valor  $p < 0,05$ ).

**Conclusiones:** Se concluye que el maltrato es una condición común en el Hospital Nacional Hipólito Unanue percibida por los internos y residentes de primer año. El maltrato de tipo físico fue el de mayor proporción seguida del maltrato de tipo académico y finalmente el maltrato de tipo psicológico y sexual obtuvo una similar proporción.

**Palabras Clave:** Pimping, Maltrato, Percepción, Internado, Residencia, Visita Medica  
(Fuente: Decs/Bireme)

## ABSTRACT

**Introduction:** Pimping is widely practiced all over the world. It was first described and popularized in 1989 by Brancati, who uses this term to refer to a series of difficult and intentional, unanswerable questions that expose the student to a Lack of humiliation.

**Objective:** To determine the association between "pimping" and perception of learning in inmates and residents of the Hipólito Únanue National Hospital.

**Materials and Methods:** A quantitative, cross-sectional, cross-sectional study with no intervention based on a questionnaire applied to the health personnel of medical interns and resident physicians in the first year. It was done by taking a survey validated in our country during the month of December, 2016.

**Results:** 82 people were interviewed, with a corresponding academic degree of 50% of medical interns and 50% of resident first year physicians. The respondents reported that they perceived abuse in the four areas evaluated, presented a prevalence of 67.2% (n = 45). The perception of maltreatment by medical interns and first-time resident physicians was that they suffered psychological abuse with 34, 6% (n = 26), with respect to physical abuse, a frequency of 38.27% (n = 31) was found, similarly to academic maltreatment with 37.50% (n = 30) and sexual maltreatment (34.67%) (n = 26). In the multivariate analysis, it was associated with a lower frequency of good learning provided by higher residents (48.89% of the abused versus 72.7% of those not abused) (RR 4, 0%, 95% CI: 18-44%, p value <0.001). It was also found that respondents who suffered abuse had a lower frequency of perception of good learning by seminars and congresses (33,3% versus 50% of those not abused) (RPa 11,6;95% CI: 26-34%, p value <0.001). Finally, it was found that there was a lower frequency of perception of good learning in the study groups (40% of the abused versus 63% of the non-abused ones, RR: 0.60, 95% CI: 11-57% p <0 , 05).

**Conclusions:** it is concluded that abuse is a common condition in the Hipólito Unanue National Hospital perceived by and residents of the first year. Physical maltreatment was the highest proportion followed by academic maltreatment and finally the psychological and sexual maltreatment obtained a similar proportion.

**Key words:** Pimping, maltreatment, Perception, Internship, Residency, Teaching Rounds (Source: MESH)



## II. INDICE

	PAGINA
Caratula	2
Dedicatoria	3
Resumen en Castellano	4
Resumen en Ingles	5
Índice	6
Capítulo I: Problema de Investigación	8
Planteamiento del Problema	9
Justificación	11
Delimitación del Problema	12
Objetivos	12
General	12
Específicos	13
Capitulo II: Marco Teórico	14
Marco teórico	15
Antecedentes	21
Capitulo III: Hipótesis	25
Hipótesis	26
Hipótesis Alternativa	26
Hipótesis Nula	26
Capitulo IV: Metodología	27
Metodología	28
Diseño del Estudio	
Definiciones Operacionales	28
Población de Estudio, Selección y Tamaño de Muestra	32
Criterios de Inclusión y Exclusión	32
Procedimiento para la Recolección de los Datos	33
Instrumentos	33
	35

Procedimientos para garantizar aspectos Éticos Plan de Análisis de Resultados	35
Métodos de Análisis de Datos Según tipo de Variables	36
Programas a Utilizar para Análisis de Datos	37
Capítulo V: Resultados	37
Resultados	38
Capítulo VI: Discusión, Conclusiones y Recomendaciones	44
Discusión	45
Conclusiones	48
Recomendaciones	48
Referencias Bibliográficas	50
Anexos	53
Anexo I: Gráficos	53
Anexo II: Encuesta	58

# CAPITULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACION

## **i) PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:**

Desde la década de 1960, se reconoce como un problema en las escuelas de medicina americanas, al maltrato y abuso del personal médico en entrenamiento(1) y desde los ochenta se encuentra en la literatura que existe una elevada incidencia de maltrato en estudiantes, internos y residentes de medicina (2–5). Por ello, el acoso y los malos tratos se han convertido en temas de creciente preocupación alrededor del mundo(6–10). En este contexto, los métodos tradicionales de enseñanza vienen siendo cuestionados, particularmente el de mayor tradición dentro de la enseñanza médica, el “pimping”(11–13).

El pimping es una práctica ampliamente extendida en todo el mundo, existen referencias en los Estados Unidos y Europa(7,12), fue descrito por vez primera en el año 1989 y popularizado por Brancati, que utiliza este término para referirse a una serie de preguntas difíciles e intencionalmente, incontestables que expone al alumno a una suerte de humillación a medida que produce el pimping en público y en presencia de compañeros(8,12,13) por parte del médico asistente encargado de la visita médica o rondas clínicas.

El objetivo del Pimping es enseñar, motivar e inculcar al alumno en las rondas clínicas, manteniendo una jerarquía dominante y cultivar la humildad del alumno(8,11). La humillación producida durante el pimping (una forma de condicionamiento aversivo(14) en donde al explicar el condicionamiento operante o instrumental, el estímulo aversivo se utiliza tanto en el refuerzo negativo como en el castigo positivo. En el primer caso (refuerzo negativo), se aumenta la probabilidad de emisión de una conducta que se asocia a la desaparición del estímulo aversivo. En el segundo (castigo), disminuye la probabilidad de emisión de una conducta cuando ésta se asocia a la aparición del estímulo aversivo).

Puede conducir al aprendizaje pues la intención de este método es principalmente educativa y formativa. Pero sus consecuencias pueden ser negativas(8).

El pimping es una práctica adecuada pues es considerada como una variación del método socrático(7,12), diseñado para instruir buscando la retención de puntos clave y generar un espíritu de cuerpo; esto se ve reforzado por la inclusión de elogios durante las visitas médicas, además de dar disculpas públicas a los afectados, ya sean residentes, internos

o alumnos si fueron humillados durante la misma(8,12,13,15,16). Por lo mencionado anteriormente, hay opiniones favorables y contrarias con respecto al Pimping(8,11,12,17).

Sin embargo, el aumento de la preocupación por eventos de maltrato al personal en salud han puesto en evidencia una falla en las bases teóricas de esta práctica(8,12,13,16,18), por ello se viene evaluando el pimping como estrategia pedagógica(11,12), haciendo hincapié en los aspectos malignos de esta.

Los elementos considerados “malignos” en el pimping son los siguientes:

- (1) Hechos históricos. Estos hechos son pobremente enseñados en Facultad de Medicina y son irrelevantes para la atención del paciente, siendo perfectos para el pimping. ¿Por ejemplo, quien realizó el primer transplante de corazón? O, ¿cómo se llamaba la malaria en África?
- (2) La teología y la metafísica. Estas preguntas que no se encuentran en relación con la investigación científica además de ser abordado solamente por los filósofos e historiadores. Por ejemplo, ¿por qué algunos órganos pares?
- (3) Ampliar sobremanera preguntas. Por ejemplo, ¿qué papel juegan en la homeostasis, las prostaciclina? O ¿el diagnóstico diferencial de fiebre de origen desconocido? Incluso si el alumno contesta adecuadamente, después de 4 o 5 minutos se puede cortar y se le critica por los puntos que faltan que no menciono. Estas preguntas están perfectamente planteadas en los últimos minutos de visita médica mientras que el equipo se está preparando para ir donde otro paciente.
- (4) Epónimos. Estas preguntas son favorecidas por muchos médicos veteranos que no se encuentran actualizados en temas nuevos. Por ejemplo, ¿Dónde se encuentra la prensa de Herofilo? O, ¿qué nombre se da a la úvula bailante de la regurgitación aórtica?
- (5) Indicaciones sobre aspectos técnicos de investigación de laboratorio. Incluso cuando en la práctica médica ha convertido en un recuerdo lejano y distante, el médico tratante-investigador aún conoce los detalles de su investigación dentro y por fuera.

Por ejemplo, ¿De qué manera los leucocitos son activados con o sin interleucina 2 en el sarcoma en los ratones?

Actualmente, se cuentan con pocos datos sobre la asociación del “pimping” y su efecto sobre el aprendizaje que sucede en el personal de salud en entrenamiento, por lo cual se lleva a plantear la siguiente pregunta de investigación:

¿Existe relación entre el pimping y la percepción de aprendizaje en el personal de salud en entrenamiento que labora en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en el año 2016?

ii) **JUSTIFICACIÓN:**

El “pimping” durante la visita médica es especialmente problemático durante las rotaciones clínicas (4,16). Los internos y residentes perciben mayor maltrato en ciertas especialidades (por ejemplo, cirugía, obstetricia, ginecología) lo que sugiere que hay algo acerca de la manera de impartir conocimientos en estas rotaciones clínicas (6,8); que pueden dar lugar a mayores tasas de pimping -que es incómodo para los practicantes (19).

Algunos incidentes traumáticos en las rotaciones clínicas, como la exposición al sufrimiento del paciente y de la muerte, pueden conducir al crecimiento personal de los internos de medicina, mientras que el maltrato personal puede tener sólo efectos adversos (6,11,20).

Para los internos y residentes, las consecuencias de sufrir maltrato son variadas (2,3,21). Investigaciones anteriores han demostrado que el maltrato puede provocar estrés postraumático y menos interés en seguir una carrera en la medicina (5,22). La gran parte del personal de salud en entrenamiento aceptan el maltrato como un inevitable parte del proceso de socialización (8). No informan incidentes que ocurren durante la labor dentro del hospital (12), afectándolos emocionalmente lo cual lleva a reducir su desempeño en sus labores cotidianas dentro del hospital(3,8,9,13,18,21).

Es por lo que debemos buscar los efectos del pimping durante la visita médica y su relación con el aprendizaje del personal médico en formación, pues actualmente se viene estudiando con creciente interés los efectos del modo de la educación médica en personal de salud en entrenamiento (12,23) y también se encuentra dentro de las prioridades de investigación por el Instituto Nacional de Salud (INS), donde la salud mental del personal de salud que se encuentra en el área de recursos humanos es una de las prioridades de salud a investigar en nuestro país (24); además de ser sugerido como prioridad de salud por parte de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (25).

Los conocimientos generados a partir de esta investigación podrán servir como base para poder generar nuevas estrategias en la educación médica, generando posibles soluciones que mejoren la educación del personal médico en entrenamiento, evitando el pimping durante la visita. De la misma manera podremos conocer el efecto del pimping durante la visita médica y si tendrá un efecto positivo vs negativo sobre los internos y residentes del hospital. En gran medida ausente en las intervenciones para reducir el maltrato es el reconocimiento del abuso de la energía producida por la estructura jerárquica en la que se practica la medicina.

### **iii) DELIMITACION DEL PROBLEMA**

- Delimitación Espacial: El estudio será efectuado en el Hospital Nacional Hipólito Unanue localizado en el distrito de El Agustino, Calle Cesar Vallejo N° 1390.
- Delimitación Temporal: Se realizó durante el mes de diciembre del 2016.
- Delimitación Circunstancial: Se encuestó a médicos residentes de primer año e internos de medicina que se encontraban laborando durante el año 2016.

### **iv) OBJETIVOS**

#### **(1) General**

Determinar la asociación entre el “pimping” y la percepción de aprendizaje en internos y residentes del Hospital Nacional Hipólito Unanue.

## **(2) Específicos**

Determinar las características socio-educativas de los internos y residentes de primer año del Hospital Nacional Hipólito Unanue.

Determinar la prevalencia del “pimping” (maltrato) en internos y residentes de primer año del Hospital Nacional Hipólito Unanue.

Determinar la percepción de aprendizaje que tienen los internos y residentes de primer año del Hospital Nacional Hipólito Unanue.

Determinar la asociación entre las características socio-educativas y percepción de aprendizaje en internos y residentes de primer año del Hospital Nacional Hipólito Unanue.

# CAPITULO II: MARCO TEORICO

**i) MARCO TEÓRICO:**

El término "*Pimping*" fue popularizado por BRANCATI(7) en 1989. Como lo definió, se produce cuando un médico de cabecera (El "*Pimper*") plantea una serie de preguntas difíciles de a un residente o estudiante de medicina (El "*Pimpee*"). El pimping por lo general ocurre en los entornos tales como "informe de mañana" o "rondas médicas", en donde los alumnos en los distintos niveles se reúnen con un miembro del cuerpo médico para que revise los pacientes que actualmente están bajo su cuidado. Entre los cirujanos, El pimping puede ocurrir cuando los estudiantes y residentes son una audiencia cautiva que observa a un paciente sometido a una operación. Brancati (7) describe los orígenes del término, que se remontan al siglo XVII en Londres. La serie de Koch de "Pümpfrage" (preguntas "pimp") se utilizaron en sus rondas en el siglo XIX. La práctica emigró a Norte América en el siglo XX y fue documentado por Flexner mientras que la observación de Osler haciendo rondas en la Universidad Johns Hopkins. Brancati(7) esbozó sugerencias para asistir a los médicos para perfeccionar aún más sus habilidades y proxenetismo métodos para que los estudiantes se defiendan de ella. Él postula que el arte de proxenetismo desaparecería en el futuro con una mayor especialización y educativo reorganización. Este Comentario vuelve a visitar el arte de proxenetismo 20 años más tarde y proporciona una actualización para profesores miembros y estudiantes por igual sobre los métodos modernos de esta habilidad importante.

El pimping es de hecho vivo y bien dentro de la medicina académica por varias razones. En primer lugar, la estructura básica de la enseñanza del médico no ha cambiado. Ross y Detsky(26) han descrito los servicios de enseñanza a los 2 hospitales universitarios en tanto lados de la frontera entre Canadá / Estados Unidos. Los estudiantes y los residentes aún informan sobre los pacientes a los médicos asistentes tanto en 2009 como lo hicieron en la última mitad del siglo XX.

En segundo lugar, la relación de poder entre el profesor y el estudiante todavía existe y es probable siempre existirá, porque el profesor tiene un conocimiento mayor y es responsable de la evaluación de los estudiantes. El pimping refuerza esa relación de poder porque el profesor (Médico Asistente) por lo general controla las preguntas. El maestro conoce la probabilidad de las respuestas, mientras que los estudiantes pueden o no

pueden poseerla. Un ejemplo histórico del efecto de este fenómeno fue descrito por Ausiello en una breve biografía de Their.

Cuando Their fue catedrático de medicina en Yale, un residente, se desmayó de la ansiedad previa a una presentación del caso. Esta experiencia resultó en dar Thier el apodo de "El síncope Sam." La tercera razón del pimping ha florecido refiriéndose a la expansión explosiva de los conocimientos de base en la medicina clínica.

Consejos para los alumnos (el "Pimpees") sesiones de enseñanza clínica a menudo incluyen preguntas directas individual de los estudiantes en la presencia de sus compañeros. Esta se diferencia de la mayoría de los exámenes en los que el estudiante base de conocimientos no se muestra al público. En algunos casos, participantes voluntarios respuestas. Más a menudo, el catedrático elige 1 o más de los participantes para responder. Si el primer estudiante no puede responder correctamente, otro estudiante se elija, y así sucesivamente hasta que alguien responde a la pregunta correctamente. Si nadie responde a la pregunta correctamente, el asistente no (suponiendo que él o ella saben la respuesta). Sino, el estudiante es asignado para investigar sobre el tema e informar al día siguiente. Algunos estudiantes se nutren de mostrando su conocimiento (o su ausencia) en público, y otros no lo hacen. Existen los estudiantes, hay varias técnicas de protección en contra de ser "pimped".

Ejemplos de protección frente al Pimping:

(1) Rehuir la Mirada:

Evitar el contacto visual con el docente. Hay varias variaciones de esta técnica, incluyendo (1) "eclipse" (colocándose de modo que la cabeza de otra persona este siempre en la línea de visión directa entre de otras personas como internos de medicina, residentes, estudiantes, etc.); (2) "camuflaje" (El practicante se sienta muy quieto, esperando que el docente no le preste atención; y (3) la "meditación" (El practicante agacha su cabeza, se inclina ligeramente hacia adelante y pone las palmas de las manos juntas).

(2) El mollete:

Esta técnica es particularmente útil para los residentes ajenos que tienen miedo de que el médico asistente pueda avergonzarlos con una pregunta que debe ser capaz de responder, pero no puede. El residente tiene un gran bollo o panecillo en la mano dominante con el codo flexionado, y poco a poco hace movimientos con el codo que mueven el panecillo hacia y fuera de la boca, algo así como las líneas gráficas que representan las actitudes de grupo focal de miembros utilizados por las redes de televisión mientras se ven los debates presidenciales (es decir, más cerca de la boca si el residente no sabe la respuesta, aún si él o ella lo hace). Si el residente nota que el médico asistente le puede hacer una pregunta, la cual no puede responder adecuadamente, el panecillo debe ser colocado en la boca. La mayoría de los médicos responsables no pedirán a residentes o estudiantes que hablen con la boca llena de comida. Si el médico asistente persiste en la pregunta, el residente y/o interno aparentemente simula un atragantamiento, ahogándose, por tanto, evitando todas las preguntas futuras.

(3) La respuesta hostil:

Si un residente y/o interno es llamado para responder y desconoce la respuesta motivo por el cual se siente avergonzado, el estudiante debe estar seguro de responder de una manera hostil, tanto con el tono de voz y lenguaje corporal. La mayoría de los docentes se abstienen de nuevamente solicitar respuestas que las preguntas de los practicantes en el futuro. Una respuesta que siempre funciona es "no lo sé", con una pausa de 1 segundo entre cada uno sucesivamente más fuerte ante cada palabra hablada.

(4) La lista:

Si una lista de respuestas está siendo agotada por las respuestas de varios practicantes (por ejemplo, ¿cuáles son las causas del infarto agudo de miocardio?) y uno de los practicantes no tiene nota que ya no le quedan opciones, esta persona se limita a repetir la respuesta provista por el interno o residente anterior y pretender que no lo escucharon dicha respuesta. Esto es particularmente efectivo si el practicante parece que está preocupado con las responsabilidades de atención al paciente. El estudiante o residente pueden amplificar la simpatía por la constante evaluación de los pacientes. (¿Quién puede culpar a nadie que pone a los pacientes en primer

lugar?)

(5) La rendición honorable:

Sincerarse con el medico docente que no se siente cómodo. Pocos practicantes intentan esto, pero a veces el enfoque directo es el mejor. Aquellos que se sienten incómodos de ser puesto en el punto en público deben solo decirlo. Esto se puede hacer en la presencia del grupo o en privado después de la sesión de enseñanza.

(6) Devolver el "Pimp":

El estudiante o residente debe encontrar un área de conocimiento en lo que él o ella tiene una ventaja comparativa sobre el medico docente y devolver pregunta a este. Actualmente el aumento sub-especialización permite que el docente puede no estar familiarizado con el paciente y/o tema presentado, esto no es tan difícil como parece. Sin embargo, pimpers (docente que realiza las preguntas a los asistentes) por lo general no les gusta que los humillen que así sea cuidadoso.

(7) Enfoque del político:

No responder a la pregunta que el asistentes le preguntó que hablar directamente a la audiencia (es decir, ignorar el "pimper") contestando una pregunta que habría preferido que se realizara. Esta es aún más eficaz si se combina con el devolver el "pimp" (consulte procedimiento anterior).

(8) El uso de asistente digital personal (Celular):

Los estudiantes modernos tienen una ventaja: la consulta electrónica instantánea a travez de los dispositivos móviles que, si se utiliza correctamente, pueden proporcionar las respuestas en "tiempo real". "Pimpers" podrían evitar los estudiantes con elementos digitales visibles porque saben que estos estudiantes pueden realizar una pregunta que no podrían responder.

(9) ¿No ponerse de mal humor / Llorar:

Los internos y/o residentes que contestan incorrectamente no deben ser excesivamente desanimados. Médicos responsables rara vez recuerdan a los practicantes que dan respuestas incorrectas (especialmente a las preguntas difíciles); pues a menudo recordaran a los que pierden su compostura.

Por el contrario, algunos practicantes prefieren que el medico asistente dirija preguntas hacia ellos. Las técnicas para lograr este objetivo incluyen el levantar la mano o las cejas, haciendo contacto visual, sentado en posición vertical, propiciando una línea de visión directa con del docente, levantando y agitando el brazo derecho, y si todo lo demás falla, el “*blurting*” (responder sin que se le haya solicitado). Sin embargo, otros practicantes probablemente encontrarán estos métodos irritantes. Los estudiantes que sienten que son molestos frente a sus compañeros, mostrando demasiado conocimiento, deben colocarse en una posición en la habitación en la que sólo el asistente pueda ver su cara. Por los que quieren el médico a cargo de preguntar acerca de un tema, se le recomienda dar una pista visual.

Como se describe anteriormente el “pimping” puede estar enmarcado dentro de los lineamiento de la maltrato laboral el cual existen diversos tipos, que son descritos por la Organización Mundial del Trabajo (OIT) quienes refieren las Directrices Marco para Afrontar la Violencia Laboral en el Sector de la Salud el cual nos refiere sobre los tipos de maltrato laboral en el sector:

## Definición general de la violencia laboral

La violencia laboral está constituida por incidentes en los que el personal sufre abusos, amenazas o ataques en circunstancias relacionadas con su trabajo - incluidos los viajes de ida y vuelta a él que pongan en peligro, implícita o explícitamente, su seguridad, su bienestar o su salud.(Definición adaptada de la Comisión Europea).

### (1) Violencia física y violencia psicológica

Si bien siempre se ha reconocido la existencia de violencia física personal en el lugar de trabajo, la existencia de la violencia psicológica se ha subestimado durante largo tiempo y sólo ahora recibe la debida atención. La violencia psicológica surge actualmente como uno de los problemas prioritarios del lugar de trabajo. Asimismo se reconoce cada vez más que la violencia psicológica personal se ejerce muchas veces mediante un comportamiento repetido, de un tipo que, en sí mismo, puede ser relativamente poco importante pero que, al acumularse, puede llegar a ser una forma muy grave de violencia. Si bien puede bastar un único incidente, la violencia psicológica consiste a menudo en actos repetidos, indeseados, no aceptados, impuestos y no correspondidos, que pueden tener para la víctima un efecto devastador.

### (2) Violencia física

Es el empleo de la fuerza física contra otra persona o grupo, que produce daños físicos, sexuales o psicológicos. Se incluyen en ella las palizas, patadas, bofetadas, puñaladas, tiros, empujones, mordiscos y pellizcos. (Adaptado de la definición de violencia, de la OMS)

### (3) Violencia psicológica

Uso deliberado del poder, o amenazas de recurso a la fuerza física, contra otra persona o grupo, que pueden dañar el desarrollo físico, mental, espiritual, moral o social. Comprende el abuso verbal, la intimidación, el atropello, el acoso y las amenazas. (Adaptado de la definición de violencia, de la OMS).

ii) **ANTECEDENTES:**

a. Antecedentes Nacionales:

Una Investigación transversal realizada el 2012 en nuestro medio con una muestra probabilística de estudiantes de Medicina de primer a sexto año de la Universidad Nacional San Luis Gonzaga. Se elaboró una encuesta con un total de 23 ítems en una escala Likert, para medir la percepción de maltrato de tipo psicológico, físico, académico y sexual.

*“Se encuestaron 281 estudiantes. La percepción de maltrato psicológico fue 96,8%, académico 86,8%, físico 62,6% y sexual 20,6%; el maltrato físico se incrementó durante el ciclo de estudio clínico-quirúrgico ( $p=0,001$ ). Los médicos docentes y médicos residentes fueron los principales agresores. Se concluye que existe una alta prevalencia de maltrato, donde las características de los estudiantes según el sexo, los ciclos de estudio y el agresor permiten identificar los tipos de maltrato que reciben los estudiantes de medicina”(27).*

b. Antecedentes Internacionales:

Se realiza un estudio de la percepción de maltrato estudiantes de medicina segundo y tercer año de facultad. Se distribuyó un cuestionario a Facultad de Medicina de la Universidad Estatal de Wayne, se obtuvo:

*“La tasa de respuesta para la clase del año fue de 71,5%; respuesta para la clase de 1994 fueron 66,9% en el segundo año y el 75,2% en el tercer año; 41,7% eran mujeres, y el desglose racial-étnica fue 71,2% blanco / caucásico, 11,7% negro / afroamericano% y el 16,8 otra. Hubo una diferencia significativa entre los porcentajes de segundo año y tercer año los estudiantes que informaron ninguna experiencia de maltrato (37,2% vs 75,8%,  $p <0,001$ ). Análisis de correlación canónica reveló sesgo en el tercer año en función del sexo ( $p <0,0001$ ) y la raza-etnia ( $p <0,0002$ ); ambas variables aleatorias estaban relacionados con el humor*

*sexual. Percepciones de los malos tratos de los estudiantes fueron los más bajos de la medicina de familia y la más alta de obstetricia y ginecología y cirugía” (4).*

Un Estudio realizado en Estados Unidos muestra el maltrato de los médicos hacia los estudiantes, así como los pacientes y el personal de maltrato por parte de todos los niveles de los alumnos y profesores de medicina, sigue siendo frecuente en la formación clínica EE.UU. Se Concluye que:

*“A partir de 2001, la Escuela de medicina de la Universidad de Yale ha llevado a cabo talleres anuales "Día de alimentación" para los estudiantes de medicina de tercer año y estudiantes avanzados de la práctica de enfermería, para definir y analizar las dinámicas de poder dentro de la jerarquía médica y currículo oculto utilizando la literatura, oradores invitados, y la pequeña grupos. Durante las rotaciones, los estudiantes de medicina escriben relatos sobre el uso de la energía observado en las salas. En respuesta a la retroalimentación de los estudiantes y pequeños líder del grupo, los organizadores del taller han desarrollado actividades adicionales relacionadas con el examen y el cambio del uso de la energía en los equipos clínicos. Resultado: Surgimiento de temas narrativos incluido el impacto potencial de los actos pequeños y estudiantes sentirse "mudo" y "cómplice" en situaciones moralmente angustiantes. Los grupos pequeños proporcionan espacios seguros para el asesoramiento, el apoyo y la formación de la identidad profesional. Para el año 2005, los estudiantes reconocen los residentes que utilizan la energía positiva con la potencia premios y ex alumnos del Día sirvieron como oradores principales en el uso de la energía en la medicina. Para el año 2010, incluyendo los departamentos de obstetricia / ginecología, cirugía, psiquiatría y pediatría, habían añadido discusiones hora semanal de alimentación del equipo. Próximos pasos: Los autores destacan barreras, beneficios, y las lecciones aprendidas. Las barreras incluyen la noción de irrelevancia clínica y la resistencia a la palabra "poder" debido a la acusación percibida de abuso. Los beneficios incluyen la promoción de un diálogo abierto sobre la energía, fomentando la colaboración entre los profesionales, premiando a los modelos positivos por los residentes y profesores, y la creación de una red de empoderamiento y liderazgo en prácticas. Por otra parte, los profesores han comenzado a pedir que las cuestiones de poder dirigirse de una manera más transparente en su nivel de la jerarquía también”.*

Un Estudio realizado en Estados Unidos recomienda rondas de noche centrados en la familia (FCBRs) para mejorar la educación de los practicantes en salud, los resultados del paciente y la satisfacción familiar. La preocupación más comúnmente aprobada se presenta la información de una manera que era comprensible para los pacientes y sus familias, con el 34,5% de los estudiantes que tienen esta preocupación con frecuencia. Se concluye:

*“La mayoría de los estudiantes con frecuencia experimentó 12 de 17 artículos de enseñanza. La enseñanza eficaz de las habilidades del examen físico era el elemento enseñanza menos a menudo experimentan con frecuencia por los estudiantes (20,3%). actitudes de los estudiantes sobre los beneficios de FCBRs para las familias fueron significativamente más positiva después de la pasantía (cambio medio, 0,37 puntos;  $P < 0,001$ ), pero se mantuvieron neutrales en su preferencia por FCBRs más rondas tradicionales sin la familia actual (cambio medio, - 0,14 puntos;  $p > 0,05$ )”.*

Un Estudio realizado en Estados Unidos muestra una preocupación por el medio ambiente de trabajo y aprendizaje de la formación de residencia continúan apareciendo.

Tienen una muestra aleatoria del 10% (N = 1773) de todos los residentes de segundo año que figuran en la investigación médica y la información de base de datos de la American Medical Association. Fueron devueltos Un total de 1277 encuestas (72%) de 1773 por correo. Se concluye que:

*“Los encuestados informaron de un nivel moderado de satisfacción con su primer año de residencia. En una escala de 0 a 3, los residentes valorados otros residentes que contribuyen más (puntuación de 2,3) para su aprendizaje, con pacientes especiales ocupa el segundo lugar (2.1). Durante una semana de trabajo típica, los residentes informaron que habían gastado un promedio de 56,9 horas de guardia en el hospital. Un total de 1185 (93%) residentes reportaron haber experimentado al menos 1 incidente de maltrato percibido, con un 53% de informes siendo menospreciado o humillado por los residentes más altos. Entre las mujeres residentes, el 63% informó de que había experimentado al menos 1 episodio de acoso sexual o discriminación. Un total de 45% de los residentes informaron de que había observado otro individuo falsificación de registros médicos, y el 70% vio un*

*colega que trabaja en una condición deteriorada, lo más a menudo la falta de sueño.*

*Los análisis de regresión sugieren que la satisfacción con la experiencia de residencia se asoció con la presencia de factores que mejoraron el aprendizaje, y un menor número de experiencias de maltrato percibido”.*

Un estudio realizado en Estados Unidos se midieron prospectivamente eventos estresantes que se producen durante el curso 2006-2007 en el tercer año los estudiantes de medicina de la Escuela de Medicina Monte Sinaí (n = 125), utilizando encuestas realizadas mensualmente. La participación en clase varió de 106 (85%) al inicio del estudio a 82 (66%) al final del estudio. La mayoría de los estudiantes (101; 81%) completaron al menos una encuesta mensual. Se concluye:

*“Muchos de los estudiantes reportaron exposición al trauma, así como el maltrato personal y calidad del modelo en función de sus superiores. La exposición al trauma se asoció positivamente con el crecimiento personal a fin de año. En contraste, la exposición a otros eventos estresantes se asoció positivamente con los niveles de punto final de la depresión y otros síntomas de estrés”.*

# CAPITULO III: HIPOTESIS Y VARIABLES

**a. HIPÓTESIS**

**i)** Hipótesis Alternativa:

Existe asociación entre la percepción de aprendizaje y el pimping en internos y residentes del Hospital Hipólito Unanue.

**ii)** Hipótesis Nula:

No existe asociación entre la percepción de aprendizaje y el pimping en internos y residentes del Hospital Hipólito Unanue

# CAPITULO IV: METODOLOGIA

## METODOLOGÍA

### a. Diseño del Estudio:

Estudio cuantitativo, Analítico de corte transversal sin intervención, basado en la toma de un cuestionario aplicado al personal de salud de internos de medicina y médicos residentes de primer año.

### b. Definiciones Operacionales:

Variable	Definición operacional	Tipo de variable	Valor final
Edad	Tiempo transcurrido en años a partir del nacimiento de un individuo.	Cuantitativa discreta	Años
Sexo	Conjunto de características biológicas que caracterizan a la especie humana en hombres y mujeres	Cualitativa nominal	0=Femenino 1=Masculino
Labor dentro del Hospital	Ocupación que realiza dentro del hospital	Cualitativa nominal	0=Interno de Medicina 1=Residente de Primer Año
Estado civil	Estado civil del interno/a y/o Residente	Cualitativa nominal	0=Casado 1=Soltero 2=Conviviente

			3=Divorciado
Lugar de Procedencia	Lugar de origen	Cualitativa nominal	0=Costa 1=Sierra 2=Selva
Ocupación de los Padres	Trabajo que actualmente desarrollan los padres/Madre	Cuantitativa nominal	Profesiones
Aplazar Cursos en Pregrado	Si el interno/a y/o residente jalo cursos durante el pregrado de medicina	Cualitativa discreta	# Cursos jalados
Maltrato de tipo Psicológico	Frecuencia en donde el interno/a y/o residente presenta o no cualquier tipo de comportamiento repetido de carácter físico, verbal, activo o pasivo, que agrede a la estabilidad emocional de la víctima, de forma continua y sistemática.	Cualitativa nominal	0=Nunca 1-2=Pocas Veces 3-5=Algunas Veces 6-10=Varias veces >10=Siempre
Maltrato de tipo Físico	Frecuencia en donde el interno/a y/o residente presenta una agresión que puede o no tener como resultado una lesión física, producto de un castigo único o repetido, con	Cuantitativa nominal	0=Nunca 1-2=Pocas Veces 3-5=Algunas Veces 6-10=Varias veces >10=Siempre

	magnitudes y características variables.		
Maltrato de Tipo Académico	Frecuencia en donde el interno/a y/o residente presenta una agresión que afecta la labor académica del interno y/o residentes.	Cuantitativa Nominal	0=Nunca 1-2=Pocas Veces 3-5=Algunas Veces 6-10=Varias veces >10=Siempre
Maltrato de Tipo Sexual	Frecuencia en donde el interno/a y/o residente presenta cualquier actividad sexual entre dos o más personas sin consentimiento.	Cuantitativa discreta	# Horas
Lugar del Maltrato	Lugar donde se perpetra la agresión al interno y/o residente	Cualitativa nominal	0=Facultad de Medicina 1=Hospital
Autor del Maltrato	Persona que Perpetra la agresión	Cualitativa nominal	0=Vigilante del Hospital 1=Estudiantes de Medicina 2=Autoridades del Hospital 3=Personal Administrativo 4=Pacientes

			5=Técnicos de Salud 6=Obstetra 7=Enfermera 8=Médico Residente 9= Medico no docente 10 Medico Docente
Denunciar el maltrato	Si el interno/a o residente informa sobre la agresión	Cualitativa nominal	0=No 1=Si
Frecuencia de Denunciar el Maltrato	Cantidad de denuncias que realiza el interno y/o residente en casos de maltrato	Cualitativa nominal	0=Nunca 1-2=Pocas Veces 3-5=Algunas Veces 6-10=Varias veces >10=Siempre
Reacción ante el maltrato Sufrido	Respuesta de la persona frente al maltrato	Cualitativa nominal	0=No 1=Si
Aprendizaje por medio de personas	Aprendizaje obtenido por medio de la interacción entre personas	Cualitativa nominal	0=No del todo 1=Poco 2=Regular 3=Mucho

c. Población de Estudio, Selección y Tamaño de Muestra, tipo de muestreo Unidad de Análisis.

Para hallar el tamaño muestra se realizó primeramente un piloto en una población análoga, en las internas de obstetricia de la misma sede hospitalaria, en ellas se encontró una diferencia de porcentajes de 33%, con dicho porcentaje se realizó el cálculo (con una potencia del 80%, un nivel de confianza del 95% y para la comparación de dos grupos poblacionales).

Se obtuvo un tamaño muestra de 37 personas por cada grupo (internos de medicina y médicos residentes de primer año), a estos se les sumo un 10% por posibles pérdidas, por lo que se encuestó a 41 personas por cada grupo de estudio.

Una vez obtenido el tamaño de muestra se realizó mediante un muestreo tipo probabilístico, basado en las listas oficiales de internos de medicina y médicos residentes de primer año, que fueron proporcionadas por la Oficina de Apoyo a la Investigación y Docencia del Hospital Nacional Hipólito Unanue, correspondientes al último trimestre del 2016. Se les eligió de manera aleatoria simple realizándose la encuesta a las personas seleccionadas.

d. Criterios de Inclusión y Exclusión

Se incluyó a:

- Internos de Medicina Humana y residentes de primer año del Hospital Hipólito Unanue.
- Internos y residentes que acepten formar parte del estudio.
- Internos y residentes mayores de edad.
- Internos y residentes en pleno uso de sus facultades mentales.

Se excluyó a:

- Internos y residentes que voluntariamente pidan no formar parte del estudio después de haber llenado la encuesta.

- Internos y residentes que hayan llenado de forma incorrecta la encuesta o no hayan llenado las variables principales de la encuesta.

e. Procedimiento para la recolección de los datos:

La elaboración de esta tesis empezó con la presentación y levantamiento de correcciones del presente proyecto de tesis a los responsables pertinentes de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Ricardo Palma, una vez hecho esto, se procedió a solicitar la autorización de la misma. Enseguida, se solicitaron los permisos necesarios en la misma sede del Hospital Nacional Hipólito Unanue, donde se recolectaron los datos.

Se hizo una visita previa donde se reconoció el Hospital y los lugares específicos donde se realizó la recolección de los datos. Previa identificación de cada interno de medicina y médico residente según el muestreo realizado, se procedió con el consentimiento verbal mientras se le explica de forma clara y sencilla todo el procedimiento al que será sometido; en caso de que el interno o residente acepte, se procederá con la encuesta, la cual se llenó de manera auto administrada de la manera física y/o virtual (de acuerdo a lo solicitado por el encuestado) y el encuestador estará presente para resolver cualquier duda.

Posterior a esta, cada encuesta realizada fue recopilada en una base de datos en el programa Microsoft Excel® (Versión para Windows 2013). Se realizó una unión de las bases de datos virtual y los datos obtenidos mediante encuestas en físico y se procedió posteriormente a un control de la calidad de los datos. Se realizó un filtro de las bases de datos para realizar el análisis estadístico.

f. Instrumentos:

Se utilizó una encuesta validada en nuestro medio (27) de Munayco-Guillen et al titulada: Cuestionario de Percepción de Maltrato en el Estudiante de Medicina, diseñado por los autores y basado en la revisión de publicaciones realizadas en el tema, el instrumento fue diseñado por un médico ocupacional con maestría en investigación y salud ocupacional; dicha encuesta fue evaluada por expertos en el

tema, los cuales determinaron su idoneidad para evaluar la comprensión y la pertinencia de las preguntas.

La encuesta fue concebida con tres secciones: 1) Características sociodemográficas y educativas; 2) Percepción del maltrato 3) Percepción de aprendizaje, se evaluó cuatro componentes los que contenían un total de 23 ítems siendo: a) maltrato psicológico (si le gritaron, recibido comentarios negativos/despectivos, humillado, insultado, recibido críticas injustificadas, recibido amenazas verbales y burlas por el género o la etnia); b) maltrato físico (si lo golpearon, expuesto a riesgos innecesarios o asignado trabajos excesivos); c) maltrato académico (asignado tareas como castigo, amenazado con desaprobación, experimentado competencia desleal u otros han tomado el crédito por su trabajo) y d) maltrato sexual (tuvieron discriminación por el género, hecho insinuaciones verbales sexuales/comentarios obscenos, discriminado por mi preferencia sexual, hecho propuestas indecentes, mostrado imágenes ofensivas de tipo sexual, tocado sin su consentimiento, mostrado un lenguaje corporal ofensivo de tipo sexual o chantajeado sexualmente). 3) Lugar donde se había realizado el maltrato; persona que había realizado el maltrato; denuncia del maltrato, y motivos para no denunciar el maltrato. 4) Percepción del aprendizaje por personas, de acuerdo a su opinión que persona influyó más en su aprendizaje (en residentes, pacientes de difícil manejo, rondas clínicas, médico asistente, autoaprendizaje, seminarios/congresos, grupos de estudio y compañeros de rotación).

Se consideró maltrato en cada uno de los cuatro aspectos a aquellos que se encontraban en el tercio superior de la percepción de cada de los ítems evaluados en la encuesta.

Se validó mediante el Alpha de Crombach  $< 1$  para la evaluación de la homogeneidad interna (estadísticamente) obteniéndose resultados muy buenos por parte de la encuesta, en cada de las 4 secciones de la encuesta, resaltando que el valor se encuentre entre 0,70-0,90; lo que nos indica una homogeneidad en las respuestas otorgadas por los encuestados.

g. Procedimientos para garantizar aspectos éticos en la investigación.

El proyecto de tesis aprobado será evaluado por el comité de ética de la Universidad Ricardo Palma, y una vez aprobado se aplicó para la recolección de datos.

Además, se ha usado un método de investigación coherente con el problema y la necesidad social, con la selección de los sujetos, los instrumentos y las relaciones que establece el investigador con las personas. Así como también, un marco teórico suficiente basado en fuentes documentales y de información.

La elección de la población en este estudio debe asegurar que esta es escogida por razones relacionadas con las interrogantes científicas. Por lo tanto, se ha incluido en la selección de la población a los que pueden beneficiarse de un resultado positivo de nuestro estudio.

Una vez concluido el trabajo de investigación se procedió a pasar el artículo de investigación en el programa Turnitin LLC®, software anti plagio obteniéndose un puntaje de similitud menor a 20%, recomendado por las autoridades de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Ricardo Palma.

h. Plan de análisis de Resultados:

i. Métodos de Análisis de Datos según tipo de variables:

Los datos se tabularon en una base de datos en Microsoft Excel 2007® y procesados estadísticamente con el programa STATA v.11,1. Los datos cuantitativos se resumieron como medias y desviaciones estándar, previa verificación de la distribución normal de las variables y los datos cualitativos fueron resumidos como proporciones y porcentajes. Se usaron pruebas de significancia estadística para datos cualitativos, como el  $\chi^2$ , la prueba exacta de Fisher. Alpha de Crombach para medir la consistencia interna y para datos cuantitativos como la prueba T de Student y ANOVA para comparación de medias independientes (de dos y de tres o más grupos, respectivamente). Para el análisis multivariado se realizó el análisis mediante los modelos lineales generalizados, usando la familia Poisson, función enlace log, modelos

robustos. Se usó intervalos de confianza de 95%. El nivel de confianza 95%,  
p significativa <0,05.

ii. Programas a utilizar para análisis de datos.

Los programas a utilizar para el análisis de datos de este trabajo serán:

- Microsoft Excel 2010 (Microsoft® 2016)
- STATA v.11,1 (Stata Corp LP, College Station, TX, USA)

# CAPITULO V: RESULTADOS

## RESULTADOS

Se encuestaron a 82 personas cuyo grado académico correspondiente a los encuestados es de 50% de internos de medicina y de 50% de médicos residentes de primer año.

De la totalidad de los encuestados se tiene que la media de edades fue de 27 años (Rango 22-39 años) y el 56.79% corresponde al sexo femenino. El estado civil de los encuestados es predominantemente soltero en un 88.75%, con respecto a la región de procedencia de los encuestados el 77.63% corresponde a la costa y la cantidad de cursos repetidos corresponde a que nunca repitieron cursos durante el pregrado con un 58.44% de los encuestados.

Con respecto al promedio obtenido en el Examen Nacional de Medicina (ENAM), se obtuvo una media de 13.55 en un rango de promedios obtenidos que van desde 11 a 20. Por último, acerca del Ponderado final en Pregrado se observa una mediana de 14 con un rango de notas de 12-20. Los valores descriptivos se muestran en la **Tabla I y Gráficos N° 1-5**.

**Tabla I. Características socio-educativas de Internos de Medicina y Médicos Residentes de Primer Año en el Hospital Nacional Hipólito Unanue**

Variable	n	%
<b>Sexo</b>		
Femenino	46	56,79
Masculino	35	43,21
<b>Edad (años)*</b>	27 (22-39)**	1,22
<b>Estado Civil</b>		
Soltero(a)	71	88,75
Casado(a)	9	11,25
<b>Grado Académico</b>		
Interno(a) de Medicina	41	50
Medico(a) Residente de Primer Año	41	50
<b>Región de Procedencia</b>		
Costa	59	77,63
Sierra	14	18,42
Selva	3	3,95
<b>Cursos Desaprobados en Pregrado</b>		
Ninguno	45	58,44
Una Vez	16	20,78
Dos Veces	8	10,39
Tres veces	3	3,90
Más de Tres veces	5	6,49

<b>Promedio Examen Nacional de Medicina (ENAM)*</b>	13.55 (11-20)**	1,59
<b>Ponderado final en Pregrado*</b>	14 (12-20)**	1,52

\*Media, Desviación Estándar

\*\* Rango

Fuente: El autor

La percepción de maltrato por parte de los internos de medicina y médicos residentes de primer año fue que sufrieron maltrato de tipo psicológico con 34,7% (n=26), con respecto al maltrato físico se encontró una frecuencia de 38,3% (n=31), de similar manera para el maltrato de tipo académico con 37,5% (n=30) y maltrato de tipo sexual con 34,7% (n=26), como se detalla en la **Tabla II y Gráfico N° 6**.

**Tabla II. Frecuencia del Tipo de Maltrato en Internos de Medicina y Médicos Residentes de Primer Año en el Hospital Nacional Hipólito Unanue**

Percepción de Maltrato	n		%
	SI	NO	
Psicológico	26	49	34.67
Físico	31	50	38.27
Académico	30	50	37.50
Sexual	26	49	34.67

Fuente: El Autor

Con respecto a la cantidad de maltrato que percibieron los encuestados, se consideró a los que se encontraban en el tercio superior de cada tipo de maltrato, observándose la frecuencia que nunca fueron maltratados de 32,84% (n=22) (**Anexo 1: Gráfico N° 7**), posteriormente, si los encuestados refirieron que percibieron algún tipo de maltrato en las cuatro áreas evaluadas se consideró como maltratado obteniéndose una prevalencia del 67,2% (n=45), como se detalla en la **Tabla III y Gráfico N° 8**.

**Tabla III. Presencia de maltrato en Internos de Medicina y Médicos Residentes de Primer Año del Hospital Nacional Hipólito Unanue, 2016**

Percepción de Maltratado	n	%
No	22	32,8
Si	45	67,2

Fuente: El autor

Con respecto a la percepción de un buen aprendizaje se observa que los encuestados perciben que la enseñanza recibida durante el internado y/o residencia médica, recibida por parte de Otros residentes fue afirmativa con un 58.54 % (48), a pacientes de difícil manejo fue afirmativa con 63.41% (52), a la enseñanza durante las rondas clínicas (visita médica) fue de 62.20%(51) el resto de los resultados se hallan detallados en la **Tabla IV y Gráfico N° 9**.

**Tabla IV. Percepción de Buen Aprendizaje en Internos de Medicina y Médicos Residentes de Primer año del Hospital Nacional Hipólito Unanue 2016**

Buen Aprendizaje	n		Si %
	SI	NO	
Residentes Superiores	48	34	58.54
Pacientes de Difícil Manejo	52	30	63.41
Visita Medica	51	31	62.20
Medico Asistente	48	31	60.76
Autoaprendizaje	48	32	60
Seminarios/Congresos	31	51	37.80
Grupos de Estudio	38	44	46.34
Compañeros de Rotación	27	48	36.99

Fuente: El autor

En el análisis bivariado se encontró que aquellos que presentaron maltrato tuvieron una menor frecuencia de buen aprendizaje durante las rondas clínicas (visita médica) (30% menos, IC95%: 3-49%, valor  $p < 0,005$ ), por otra parte, se encontró que aquellos encuestados que sufrieron maltrato presentaron una menor frecuencia de buen aprendizaje por parte del médico asistente (35% menos, IC95%: 8-54%, valor  $p < 0,005$ ); además la relación entre los

maltratados tuvieron una menor frecuencia de buen aprendizaje como autodidactas (31% menos, IC95%: 1-52%, valor  $p < 0,005$ ); los resultados son descritos en la **Tabla V**.

**Tabla V. Asociación Simple entre la Percepción del Buen Aprendizaje y Maltrato Percibido por los Internos de Medicina y Médicos Residentes de Primer Año en el Hospital Nacional Hipólito Unanue 2016.**

Buen Aprendizaje por	Percepción de Maltrato n (%)		IRR (IC95%)	Valor <i>p</i>
	Si	No		
<b>Residentes Superiores</b>				
Si	22(57,89)	16(42,11)	0,67(0,45-0,99)	0,050
No	23(79,31)	6(20,69)		
<b>Pacientes de Difícil Manejo</b>				
Si	30(66,67)	15(33,33)	0,97(0,68-1,39)	0,901
No	15(68,18)	7(31,82)		
<b>Rondas Clínicas (Visita Médica)</b>				
Si	26(59,09)	18(40,91)	0,70(0,51-0,97)	0,033
No	19(82,61)	4(17,39)		
<b>Medico Asistente</b>				
Si	23(56,10)	18(43,90)	0,65(0,46-0,92)	0,015
No	20(83,33)	4(16,67)		
<b>Autoaprendizaje</b>				
Si	24(58,24)	17(41,46)	0,69(0,48-0,99)	0,042
No	21(80,77)	5(19,23)		
<b>Seminarios/Congresos</b>				
Si	15(57,69)	11(42,31)	0,66(0,36-1,20)	0,180
No	30(73,17)	11(26,83)		
<b>Grupos de Estudio</b>				
Si	18(56,25)	14(43,75)	0,62(0,38-1,01)	0,058
No	27(77,14)	8(22,86)		
<b>Compañeros de Rotación</b>				
Si	17(77,27)	5(22,73)	1,41(0,61-3,22)	0,417
No	24(66,67)	12(33,33)		

Fuente: El Autor

En el análisis multivariado, estuvo asociado a una menor frecuencia de buen aprendizaje impartido por residentes superiores ( 48.89% de los maltratados versus 72,7% de los no maltratados) (RPa

0,68; IC95%: 18-44%, valor  $p < 0,001$ ), pero no presenta relación con cada año transcurrido (RPa: 0,98; IC95%: 1-3%, valor  $p > 0,005$ ), sexo (RPa: 1,12; IC95%: 1-32%, valor  $p > 0,005$ ) y Ponderado de Pregrado (RPa: 0,99; IC95%: 1-12%, valor  $p > 0,005$ ). Asimismo se encontró que los encuestados que sufrieron maltrato tuvieron una menor frecuencia de percepción de buen aprendizaje por seminarios y congresos (33,3% versus el 50% de los no maltratados) (RPa 0,70; IC95%: 26-34%, valor  $p < 0,001$ ), sin presentar relación frente al sexo (RPa: 0,84; IC95%: 1-30%, valor  $p > 0,005$ ), Edad (RPa: 0,84; IC95%: 1-30%, valor  $p > 0,005$ ) y ponderado de Pregrado (RPa: 0,96; IC95%: 1-43%, valor  $p > 0,005$ ) Finalmente, se encontró que hubo una menor frecuencia de percepción de buen aprendizaje por los grupos de estudio (40% de los maltratados versus el 63% de los no maltratados, RPa: 0,60; IC95%: 11-57% valor  $p < 0,05$ ). Los resultados son descritos en la **Tabla VI**.

**Tabla VI. Asociación Múltiple entre la Percepción de Buen Aprendizaje, Maltrato percibido y Características Socio-Educativas de los Internos de Medicina y Médicos Residentes de Primer Año en el Hospital Nacional Hipólito Unanue 2016.**

Buen Aprendizaje por	Maltratado RPa (IC95%)	Valor <i>p</i>
<b>Residentes superiores.</b>	<b>0,68(0,56-0,82)</b>	<b>&lt;0,001</b>
Sexo Femenino		
Edad*	1,12(0,68-1,81)	0,653
Pond. Pregrado*	0,98(0,97-0,99)	0,012
	0,99(0,88-1,10)	0,862
<b>Pacientes de Difícil Manejo.</b>	0,96(0,83-1,12)	0,654
Sexo Femenino	1,11(0,86-1,42)	0,426
Edad*	0,98(0,95-1,00)	0,126
Pond. Pregrado*	0,96(0,76-1,22)	0,789
<b>Rondas Clínicas (Visita Médica)</b>	0,77(0,34-1,72)	0,524
Sexo Femenino	1,02(0,73-1,41)	0,922
Edad*	0,90(0,82-0,99)	0,035
Pond. Pregrado*	<b>1,01(1,02-1,04)</b>	<b>&lt;0,001</b>
<b>Medico Asistente</b>	0,74(0,33-1,44)	0,329
Sexo Femenino	<b>0,73(0,71-0,74)</b>	<b>&lt;0,001</b>
Edad*	0,93(0,88-1,00)	0,056
Pond. Pregrado*	1,01(0,90-1,12)	0,868
<b>Autoaprendizaje</b>	0,74(0,46-1,18)	0,214
Sexo Femenino	0,99(0,61-1,60)	0,967
Edad*	1,00(0,95-1,04)	0,985

Pon. Pregrado*	1,01(0,97-1,03)	0,747
<b>Seminarios/Congresos</b>	0,70(0,66-0,74)	<b>&lt;0,001</b>
Sexo Femenino	0,84(0,71-0,99)	0,038
Edad*	0,83(0,71-0,96)	0,013
Pon. Pregrado*	0,96(0,57-1,58)	0,867
<b>Grupos de Estudio</b>	0,62(0,43-0,89)	<b>0,010</b>
Sexo Femenino	1,01(0,68-1,48)	0,975
Edad*	0,98(0,92-1,05)	0,630
Pon. Pregrado*	1,14(1,03-1,25)	0,008
<b>Compañeros de Rotación</b>	1,42(0,45-4,53)	0,549
Sexo Femenino		
Edad*	1,02(0,79-1,31)	0,844
Pond. Pregrado*	0,94(0,87-1,02)	0,144
	0,91(0,89-0,93)	<b>&lt;0,001</b>

\*Variable Cuantitativa.

Calculado con los modelos lineales generalizados, con la familia Poisson, función de enlace log, modelos robustos y usando en todos los casos al tipo de encuestado (Interno de Medicina/Médico Residente de Primer año) como grupo clúster. Valor  $p < 0,001$ .

Fuente: El autor

# CAPITULO VI: DISCUSION, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

## DISCUSIÓN

Se ha reportado en múltiples investigaciones, el maltrato al personal de salud realizadas desde la segunda mitad del siglo XX principalmente el perpetrado contra los internos de medicina y médicos residentes de primer año, que puede afectarlos de manera negativa (1), principalmente en relación al estrés, que conlleva a situaciones de depresión, ansiedad e incluso problemas con el abuso de sustancias, como el alcohol (2,28). El año de internado médico y el primer año de residencia son considerados como los más estresantes que pasa un médico, en las etapas de su formación (21), y para ser exitoso durante este periodo de tiempo se recomienda un balance entre las diversas actividades relacionadas con el cuidado del paciente y la parte académica (9), que se imparte en el establecimiento de salud; este último, depende del estilo de enseñanza que se imparte por parte del personal educador (médicos asistentes, residentes de años superiores, etc.), los cuales en su afán de transmitir sus conocimientos pueden causar una suerte de maltrato: El “pimping” (7,13), que adecuadamente aplicado puede generar una buena percepción de conocimiento (16).

Por lo antes descrito nuestro estudio busco una relación entre la percepción de aprendizaje impartido y el maltrato (Pimping). Así nuestro estudio encontró que mayor cantidad de encuestados fueron del sexo femenino (56,8%), con una media de 27 años, la mayor proporción de los encuestado percibieron maltrato de tipo físico (38,3%) seguido muy de cerca del maltrato académico (37,5%), esto es reportado por Elnicki et al (1), en cuyo estudio en donde se encuestó a internos de medicina de 11 escuelas de medicina presento una mayor proporción de varones (41%), con una media de edades de 26 años. El motivo de esta diferencia en el género de los encuestados puede deberse a la aleatorización que se usó para nuestro estudio, la cual proporciono a un número mayor de encuestados del sexo femenino.

Por otra parte, en el estudio realizado por Elnicki se reporta que la mayor gravedad de maltrato fue el de tipo físico concordando en lo hallado en nuestro estudio, además que el menosprecio o maltrato de tipo académico (“Pimping”) fue el mayor (47%), esto tiene concordancia con lo hallado por nosotros, donde los encuestados respondieron que el maltrato de tipo académico fue el segundo tipo de maltrato que percibieron. La razón de esta elevada tasa puede estar relacionada al hecho de ser criticado en público, en las rondas de preguntas como lo refiere Scott et al (23), situación que puede llegar a la humillación por parte del médico o residente docente(5,6). En cuanto al maltrato de tipo psicológico y sexual nuestro estudio reporto que

afecto a 34,7% respectivamente, el maltrato psicológico tiene una estrecha relación al pimping (8), ello debido a una relación con la humillación. Por parte del maltrato de tipo sexual Burcher et al y Elnicki et al reportan que existe una diferenciación de sexo; así se menciona que los encuestados de sexo femenino mencionan “comentarios inapropiados” por parte de residentes y médicos asistentes (1,12) y por parte de los encuestados de sexo masculino mencionan que son tratados con mayor severidad por parte del personal que los tiene a cargo.

Con respecto a la percepción de maltrato por parte de los encuestados nuestro estudio reportó que fueron maltratados con una frecuencia de 67,2% (n=45), lo cual nos indica que la percepción de maltrato en las cuatro áreas evaluadas (Psicológica, física, sexual y académica) es alta en nuestros encuestados, en un reporte realizado por Reifler (13) indica que en un estudio realizado en Estados Unidos se reporta una prevalencia del 40% de internos sufrió de al menos un tipo de maltrato. Además esta percepción de maltrato se encuentra reportada en diversos estudios (13,16,18), en los cuales se observa una frecuencia de alrededor del 50%. Otros Estudios como el realizado por Al-Shafae et al menciona una prevalencia de alrededor de 96.6% siendo el más común el maltrato de tipo académico, recomendando la creación de guías para limitar los problemas relacionados con el maltrato (29). Esta relación podría estar en relación a la manera de pensar, motivación y nivel de ansiedad de cada participante con respecto a actividad académica que realizan durante esta etapa de formación (como interno o residente) además del estilo de enseñanza de cada docente (22), usualmente se utiliza una serie de preguntas hacia los educandos, esta técnica se denomina “método Socrático” pero la degeneración de este método se denomina “pimping”; la diferencia entre ambos es fundamentalmente en la protección psicológica (30), llevando al educando (interno o residente) a esforzarse por responder adecuadamente las preguntas o generar un escudo a manera de escudo el cual le ayude a evitar la humillación. Scott et al. reporta que el aprendizaje por la humillación es parte de la cultura en la enseñanza médica y va dirigida principalmente contra los escalafón más bajo, los médicos en formación (internos y residentes) (23). Durante el año de internado se reporta maltrato que va en relación a la estructura jerarquizada que presenta un centro de salud (31).

Con respecto a la asociación múltiple de la percepción de buen aprendizaje, maltrato y las características socioeducativas, nuestro estudio encontró que existe una relación estadísticamente significativa que existe una menor percepción de buen aprendizaje ante el maltrato impartido por los médicos residentes superiores (RPa 0,68; IC95%: 18-44%, valor  $p < 0,001$ ), lo anterior es contrario a lo reportado por Daugherty et al (21). Quien realizó un

estudio en médicos residentes, los cuales informaron que la mayor contribución dentro de su educación proviene de parte de otros residentes (RP:0.13;  $p<0.001$ ), esto puede estar relacionado a el número de horas que pasan con un médico asistente, se reporta una media de 1 hora a menos por día, ( $p<0.001$ ), mostrando diferencias entre las especialidades, siendo la de mejor horas-enseñanza por parte del médico asistente superiores en la especialidad de cirugía general; pero a pesar de esto existe una adecuada enseñanza por parte del médico asistente (RP: 0.46;  $p<0.001$ ) pero se halla en estrecha relación al tiempo empleado en la docencia, actualmente se recomienda el incremento en el tiempo del mismo con el fin de que los médicos residente e internos de medicina puedan valorar de mejor manera la educación impartida por los médicos asistentes. Además Castillo et al (32) reportó que el aprendizaje depende sustancialmente de los médicos residentes pero puede verse alterado por el interés propio del educando.

Por otra parte se encontró que existe una menor frecuencia buen aprendizaje por seminarios y congresos, presentando diferencias con respecto a la edad y sexo, ello debido a la tensión generada con el fin de conseguir permisos, ello al momento de acudir a dichas actividades afectaría la atención durante estos eventos, ello debido a la preocupación con el fin de evitar castigos por parte de los médicos asistentes/residentes superiores, quienes consideran que deben cumplir sus “responsabilidades” (33).

Con respecto a que existe una menor frecuencia de buen aprendizaje por los grupos de estudio sin presentar diferencias con respecto al sexo femenino y la edad; debido a poco tiempo disponible que les impide formar adecuadamente estos grupos que según Kulaylat et al. aportan significativamente al aprendizaje de los educandos (34)

Finalmente, en otros resultados descritos se encontró que las rondas clínicas, no presentan relación con el maltrato, pero si muestra una relación significativa a una percepción que a mayor maltrato hay una disminución en el ponderado alcanzado durante el pregrado (RPa 0,77;  $p<0.001$ ), ello se debe a que durante la visita médica se realiza una revisión caso por caso y se da un intenso intercambio de información entre el docente y los educandos, pero si durante este periodo no se realiza en el tiempo adecuado, el educando (interno y residente) percibe que no se le enseña adecuadamente y como lo reportado por Daugherty et al, donde el educando al percibir esta deprivación de conocimiento la frecuencia de maltrato se incrementa afectando de manera negativa a la satisfacción que tiene el educando con respecto a la rotación que realizo (31).

## **CONCLUSIONES**

Según los resultados encontrados se concluye que el pimping (maltrato) es una condición común en el Hospital Nacional Hipólito Unanue percibida por los internos y residentes de primer año.

El maltrato de tipo físico fue el de mayor proporción seguida del maltrato de tipo académico y finalmente el maltrato de tipo psicológico y sexual obtuvo una similar proporción.

El sexo femenino fue el predominante en nuestro estudio, reflejando una elevada tasa de percepción de maltrato por esta población.

## **RECOMENDACIONES**

Al determinarse que el maltrato es una condición que influye negativamente en el aprendizaje, se recomienda capacitar de manera activa a los médicos encargados en la docencia, ya sean médicos o residentes, en docencia universitaria haciendo énfasis en el método de impartir los conocimientos, evitando el pimping.

Así mismo, al identificarse el maltrato de tipo psicológico como aquel tipo de maltrato más frecuente deben desarrollarse estudios para determinar qué aspecto es que afecta a los internos y residentes, si este tipo de maltrato esta en relación al personal de salud a cargo de los mismos, o a los pacientes. Con ello desarrollar medidas en el Hospital con el fin de reducir esta percepción.

Al ser el maltrato de tipo académico (pimping) el segundo en frecuencia, se recomienda el uso adecuado del método Socrático, evitando el pimping; además de desarrollar estudios prospectivos con dos mediciones, una al inicio del internado médico y de la residencia médica y otro al culminar este año con lo cual podría medirse si existe una variación con respecto al tiempo.

Por último, se recomienda incrementar el contacto de los médicos asistentes con los internos y residentes durante la visita médica propiciando una mejor transferencia de conocimiento a los internos y residentes, propiciando una adecuada formación disminuyendo la percepción de maltrato.

### III. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Elnicki DM, Linger B, Asch E, Curry R, Fagan M, Jacobson E, et al. Patterns of medical student abuse during the internal medicine clerkship: perspectives of students at 11 medical schools. *Acad Med J Assoc Am Med Coll.* 1999 Oct;74(10 Suppl):S99-101.
2. Smith-Coggins R, Prober CG, Wakefield K, Farias R. Zero Tolerance: Implementation and Evaluation of the Stanford Medical Student Mistreatment Prevention Program. *Acad Psychiatry.* 2016 Apr 19;1–5.
3. Peres MFT, Babler F, Arakaki JNL, Quaresma IY do V, Barreto ADA de L, Silva ATC da, et al. Mistreatment in an academic setting and medical students' perceptions about their course in São Paulo, Brazil: a cross-sectional study. *Sao Paulo Med J.* 2016 Apr;134(2):130–7.
4. Richardson DA, Becker M, Frank RR, Sokol RJ. Assessing medical students' perceptions of mistreatment in their second and third years. *Acad Med J Assoc Am Med Coll.* 1997 Aug;72(8):728–30.
5. Haviland MG, Yamagata H, Werner LS, Zhang K, Dial TH, Sonne JL. Student mistreatment in medical school and planning a career in academic medicine. *Teach Learn Med.* 2011 Sep;23(3):231–7.
6. Stone JP, Charette JH, McPhalen DF, Temple-Oberle C. Under the knife: medical student perceptions of intimidation and mistreatment. *J Surg Educ.* 2015 Aug;72(4):749–53.
7. Brancati FL. The art of pimping. *JAMA.* 1989 Jul 7;262(1):89–90.
8. Detsky AS. The art of pimping. *JAMA.* 2009 Apr 1;301(13):1379–81.
9. Haizlip J, May N, Schorling J, Williams A, Plews-Ogan M. Perspective: the negativity bias, medical education, and the culture of academic medicine: why culture change is hard. *Acad Med J Assoc Am Med Coll.* 2012 Sep;87(9):1205–9.
10. Vaughn L, Baker R. Teaching in the medical setting: balancing teaching styles, learning styles and teaching methods. *Med Teach.* 2001 Jan 1;23(6):610–2.
11. Wear D, Kokinova M, Keck-McNulty C, Aultman J. Pimping: perspectives of 4th year medical students. *Teach Learn Med.* 2005;17(2):184–91.
12. Burcher P. Pimping: report or do nothing? *Virtual Mentor VM.* 2014 Mar;16(3):161–4.

13. Reifler DR. The pedagogy of pimping: Educational rigor or mistreatment? *JAMA*. 2015 Dec 8;314(22):2355–6.
14. Becerra-Garcia AM, Madalena AC, Estanislau C, Rodriguez-Rico JL, Dias H, Bassi A, et al. Ansiedad y Miedo: Su valor Adaptativo y maladaptaciones. *Rev Latinoam Psicol*. 2007;39(1):75–81.
15. Martin GC, Wells DM. Nothing artful about the term “pimping.” *Med Educ*. 2014 Oct 1;48(10):1028–1028.
16. Healy JM, Yoo PS. In Defense of “Pimping.” *J Surg Educ*. 2015 Jan 1;72(1):176–7.
17. Kost A, Chen FM. Socrates was not a pimp: changing the paradigm of questioning in medical education. *Acad Med J Assoc Am Med Coll*. 2015 Jan;90(1):20–4.
18. McCarthy CP, McEvoy JW. Pimping as a practice in medical education—reply. *JAMA*. 2016 May 24;315(20):2236–7.
19. Nora LM, McLaughlin MA, Fosson SE, Stratton TD, Murphy-Spencer A, Fincher R-ME, et al. Gender discrimination and sexual harassment in medical education: perspectives gained by a 14-school study. *Acad Med J Assoc Am Med Coll*. 2002 Dec;77(12 Pt 1):1226–34.
20. Haglund MEM, aan het Rot M, Cooper NS, Nestadt PS, Muller D, Southwick SM, et al. Resilience in the third year of medical school: a prospective study of the associations between stressful events occurring during clinical rotations and student well-being. *Acad Med J Assoc Am Med Coll*. 2009 Feb;84(2):258–68.
21. Daugherty SR, Baldwin DC, Rowley BD. Learning, satisfaction, and mistreatment during medical internship: a national survey of working conditions. *JAMA*. 1998 Apr 15;279(15):1194–9.
22. Heru A, Gagne G, Strong D. Medical student mistreatment results in symptoms of posttraumatic stress. *Acad Psychiatry J Am Assoc Dir Psychiatr Resid Train Assoc Acad Psychiatry*. 2009 Aug;33(4):302–6.
23. Scott KM, Caldwell PH, Barnes EH, Barrett J. “Teaching by humiliation” and mistreatment of medical students in clinical rotations: a pilot study. *Med J Aust [Internet]*. 2015 [cited 2016 Jun 21];203(4). Available from: [https://www.mja.com.au/journal/2015/203/4/teaching-humiliation-and-mistreatment-medical-students-clinical-rotations-pilot?0=ip\\_login\\_no\\_cache%3D3aeed30d194d4b8be16081db86d3c389](https://www.mja.com.au/journal/2015/203/4/teaching-humiliation-and-mistreatment-medical-students-clinical-rotations-pilot?0=ip_login_no_cache%3D3aeed30d194d4b8be16081db86d3c389)
24. Líneas Estratégicas del INS 2010-2014 [Internet]. [cited 2017 Jan 25]. Available from: <http://www.portal.ins.gob.pe/es/acerca-de-ins/ins-c2/fortalecimiento->

institucional/documentos-de-consulta-prioridades-nacionales-de-investigacion-en-salud-2015-2021

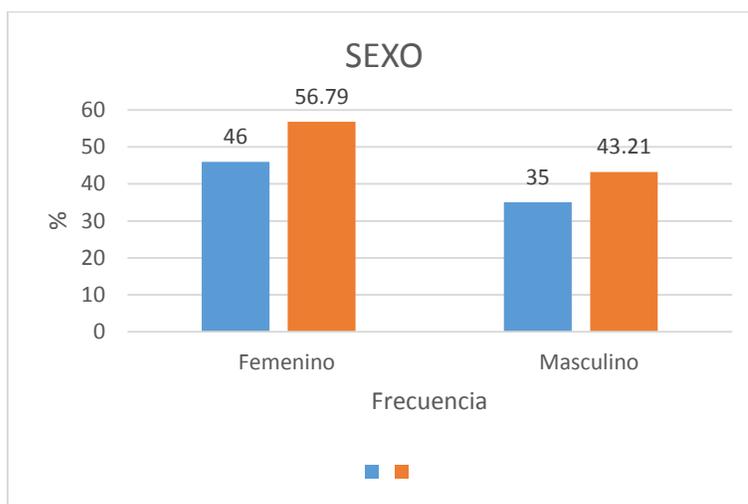
25. Obale P. PAHO WHO | WHO Strategy On Research For Health [Internet]. Pan American Health Organization / World Health Organization. [cited 2017 Jan 25]. Available from: [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=10324%3A2014-who-strategy-on-research-for-health&catid=7532%3Apolicy&Itemid=41202&lang=en](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10324%3A2014-who-strategy-on-research-for-health&catid=7532%3Apolicy&Itemid=41202&lang=en)
26. Ross JS, Detsky AS. Comparison of the US and Canadian health care systems: a tale of 2 Mount Sinai's. *JAMA*. 2008 Oct 22;300(16):1934–6.
27. Munayco-Guillén F, Cámara-Reyes A, Muñoz-Tafur LJ, Arroyo-Hernández H, Mejia CR, Lem-Arce F, et al. Características del maltrato hacia estudiantes de medicina de una universidad pública del Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Pública*. 2016 Mar 23;33(1):58–66.
28. Bursch B, Fried JM, Wimmers PF, Cook IA, Baillie S, Zackson H, et al. Relationship between medical student perceptions of mistreatment and mistreatment sensitivity. *Med Teach*. 2013;35(3):e998-1002.
29. Al-Shafae M, Al-Kaabi Y, Al-Farsi Y, White G, Al-Maniri A, Al-Sinawi H, et al. Pilot study on the prevalence of abuse and mistreatment during clinical internship: a cross-sectional study among first year residents in Oman. *BMJ Open*. 2013;3(2).
30. Stoddard HA, O'Dell DV. Would Socrates Have Actually Used the “Socratic Method” for Clinical Teaching? *J Gen Intern Med*. 2016 Apr 29;1–5.
31. Mavis B, Sousa A, Lipscomb W, Rappley MD. Learning about medical student mistreatment from responses to the medical school graduation questionnaire. *Acad Med J Assoc Am Med Coll*. 2014 May;89(5):705–11.
32. Castillo-Angeles M, Watkins AA, Acosta D, Frydman JL, Flier L, Garces-Descovich A, et al. Mistreatment and the learning environment for medical students on general surgery clerkship rotations: What do key stakeholders think? *Am J Surg*. 2016 Nov 23;
33. Bynum WE, Lindeman B. Caught in the Middle: A Resident Perspective on Influences From the Learning Environment That Perpetuate Mistreatment. *Acad Med J Assoc Am Med Coll*. 2016 Mar;91(3):301–4.
34. Kulaylat AN, Qin D, Sun SX, Hollenbeak CS, Schubart JR, Aboud AJ, et al. Aligning perceptions of mistreatment among incoming medical trainees. *J Surg Res*. 2017 Feb 1;208:151–7.

IV. ANEXOS:

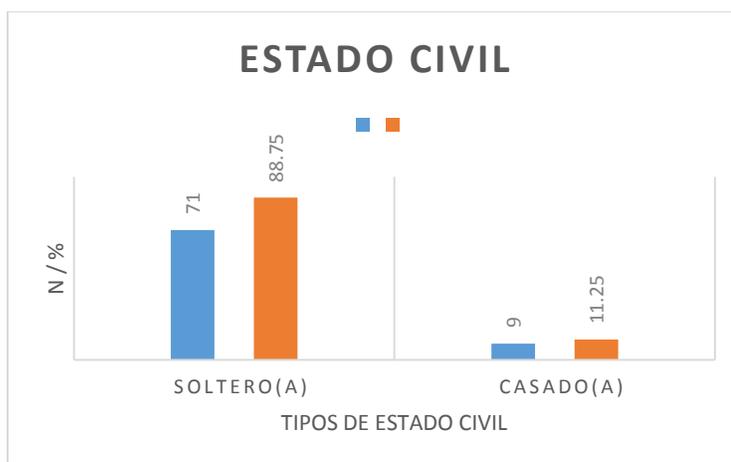
Anexo I: Gráficos:

**Gráficos de Características socio-educativas de los Internos de Medicina y los Médicos Residentes de Primer Año en el Hospital Nacional Hipólito Unanue**

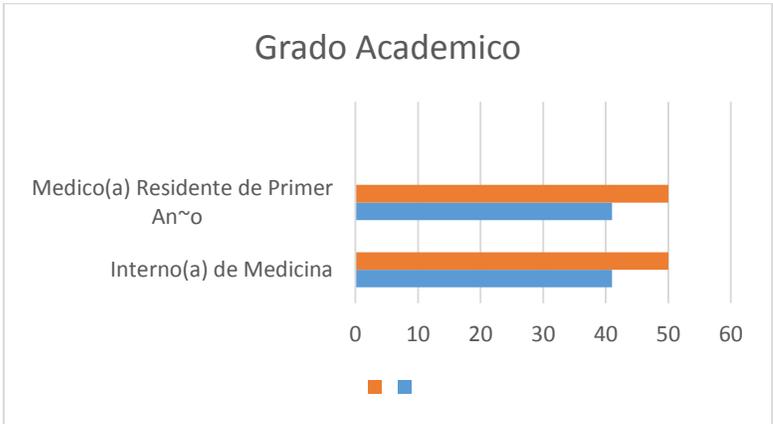
**Gráfico Nº 1: Frecuencia del Sexo de los Internos de Medicina y los Médicos Residentes de Primer Año en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, 2016.**



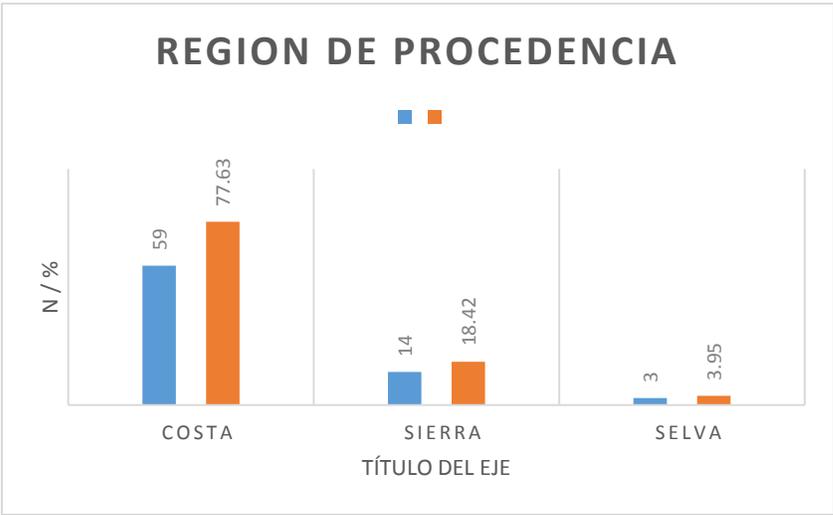
**Gráfico Nº 2: Estado Civil de los Internos de Medicina y los Médicos Residentes de Primer Año en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, 2016.**



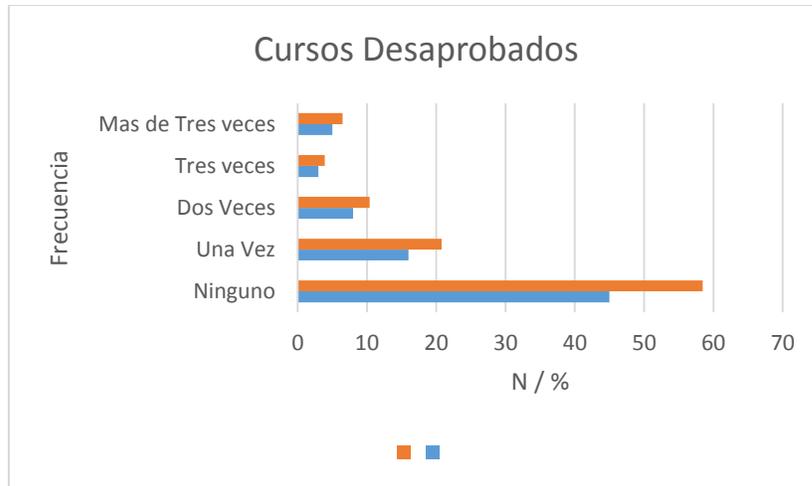
**Gráfico N° 3: Grado Académico de los Encuestados del Hospital Nacional Hipólito Unanue, 2016.**



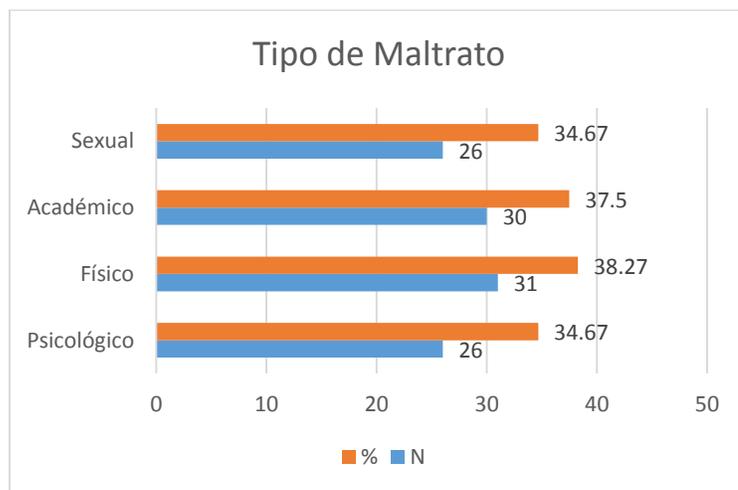
**Gráfico N° 4: Región de Procedencia de Internos de Medicina y Médicos Residentes de Primer Año en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, 2016**



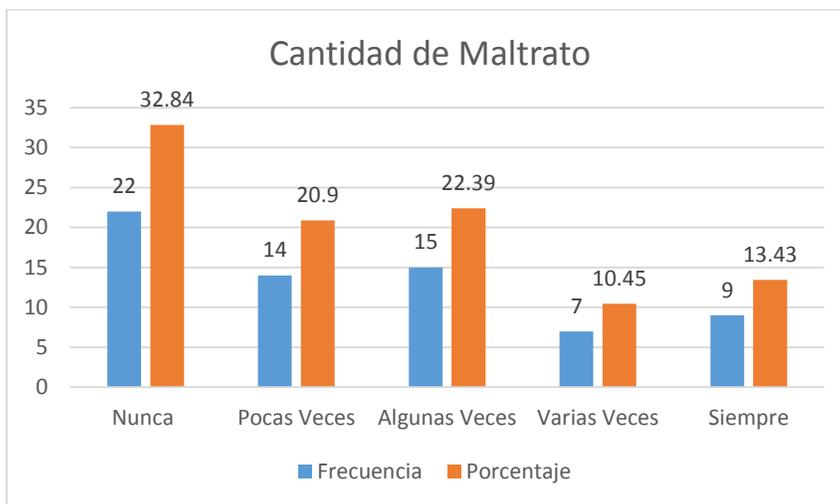
**Gráfico N° 5: Cantidad de Cursos Desaprobados en Internos de Medicina y Médicos Residentes de Primer Año del Hospital Nacional Hipólito Unanue, 2016**



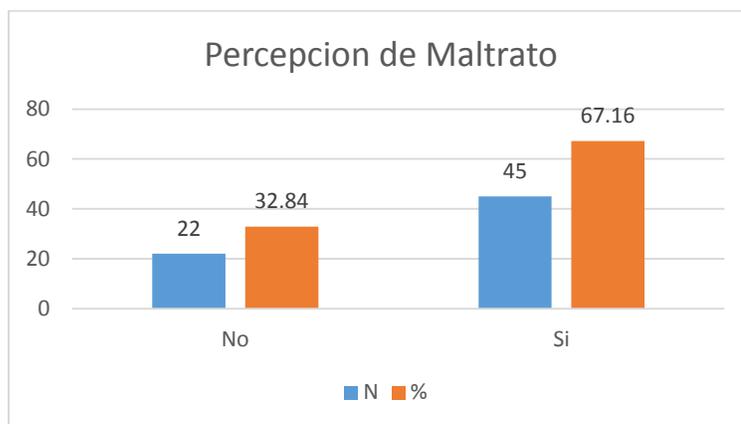
**Gráfico Nº 6: Percepción Según Tipo de Maltrato en Internos de Medicina y Médicos Residentes de Primer Año del Hospital Nacional Hipólito Unanue, 2016**



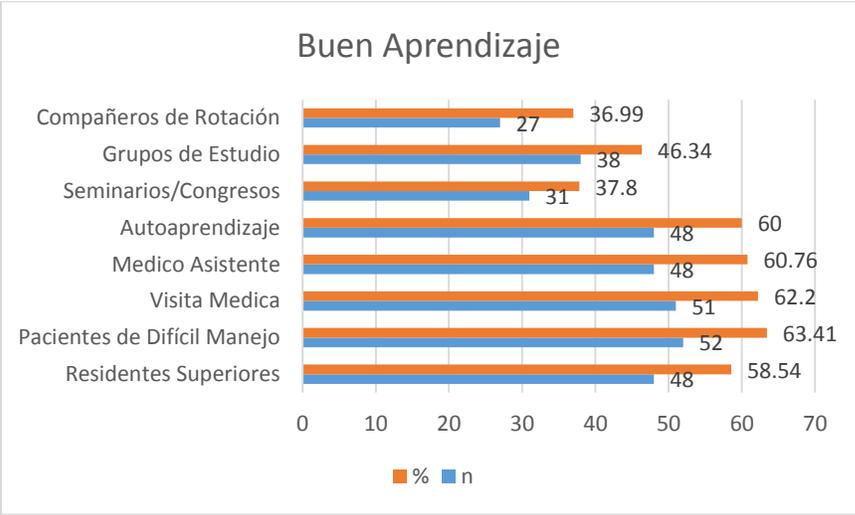
**Gráfico N° 7: Cantidad de Maltrato en Internos de Medicina y Médicos Residentes de Primer año del Hospital Nacional Hipólito Unanue 2016.**



**Gráfico N° 8: Percepción de Maltrato en Internos de Medicina y Médicos Residentes de Primer Año del Hospital Nacional Hipólito Unanue, 2016**



**Gráfico N° 9: Buen Aprendizaje en Internos de Medicina y Médicos Residentes de Primer Año del Hospital Nacional Hipólito Unanue, 2016**



**Anexo II: Encuesta “PIMPING DURANTE LA VISITA MÉDICA Y SU EFECTO EN EL APRENDIZAJE DE INTERNOS Y RESIDENTES DEL HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE 2016”**

Estimado médico Residente o Interno de Medicina:

Su participación es voluntaria, con el llenado de la encuesta entendemos que brinda su consentimiento para participar en la investigación. Los datos proporcionados son confidenciales y anónimos y los resultados de esta investigación serán publicados Como datos agregados en una revista científica.

**I. DATOS GENERALES**

Complete y/o encierre en un círculo, sus datos según corresponda.

Edad:	Sexo:	Femenino	Masculino
Estado civil:	Soltero(a)	Casado(a)	Divorciado(a) Viudo(a)
Ciudad de procedencia:			
Cuantas veces repitió cursos durante el pre grado:			

**II. ENCUESTA DE PERCEPCIÓN DE MALTRATO EN INTERNOS Y RESIDENTES DE MEDICINA**

Marque con un aspa la frecuencia de maltrato que usted considere que ha experimentado a lo largo de su formación durante el internado médico o residencia medica

	TIPOSD E MALTRATO	Nunca (0)	Pocas veces (1-2)	Algunas veces (3-5)	Varias veces (6-10)	Siempre (más de 10)
	<b>Tipo psicológico</b>					
1	Me han gritado.					
2	He recibido comentarios negativos o despectivos					
3	Me han humillado					
4	Me han insultado.					
5	He recibido críticas injustificadas					
6	Se han burlado respecto a mi género					
7	Se han burlado respecto a mi etnia					
8	He recibido amenazas verbales					
	<b>Tipo Físico</b>					
1	Me han golpeado.					
2	Me han expuesto a riegos innecesarios.					
3	Me han asignado trabajos excesivos					
	<b>Tipo académico</b>					
1	Me han asignado tareas como castigo					
2	Me han amenazado con desaprobarte en un curso o rotación					
3	He experimentado una competencia desleal					
4	Otros han tomado el crédito de mi trabajo					
	<b>Tipo sexual</b>					
1	Me han discriminado por mi género					

2	Me han hecho Insinuaciones verbales sexuales o comentarios obscenos.					
3	Me han discriminado por mi preferencia sexual					
4	Me han hecho propuestas indecentes.					
5	Me han mostrado imágenes ofensivas de tipo sexual					
6	Me han mostrado un lenguaje corporal ofensivo de tipo sexual (gestos obscenos, miradas, roses o tocamientos, acercamientos innecesarios).					
7	Me han tocado sin mi consentimiento.					
8	Me han chantajeado sexualmente.					
<b>Lugar del Maltrato</b>						
1	Hospital					
2	Facultad de Medicina					

	<b>¿Quién ha sido el autor del maltrato durante su formación en Internado y/o Residencia Medica? Indique también el sexo del agresor.</b>	<b>Nunca (0)</b>	<b>Pocas veces (1-2)</b>	<b>Algunas veces (3-5)</b>	<b>Varias veces (6-10)</b>	<b>Siempre (más de 10)</b>
1	Médico docente      Sexo: F M					
2	Médico no docente      Sexo: F M					
3	Médico residente      Sexo: F M					
4	Enfermera (o)      Sexo: F M					
5	Obstetra      Sexo: F M					
6	Técnicos de salud      Sexo: F M					
7	Pacientes      Sexo: F M					
8	Personal Administrativo      Sexo: F M					
9	Autoridades de la facultad      Sexo: F M					
10	Estudiantes de medicina      Sexo: F M					
11	Vigilante del hospital      Sexo: F M					
	<b>¿Informó o denunció sus experiencias de maltrato a alguna autoridad?      SI      NO</b>	SI	NO			
1	¿Con qué frecuencia usted reporta o denuncia una experiencia de maltrato?					
	<b>Si usted experimentó el maltrato y no lo denunció, ¿cuál fue el motivo para no denunciar el maltrato?</b>					
1	No reconocer la experiencia vivida como maltrato en el momento en el que ocurrió.					
2	Considerar que la experiencia de maltrato no era tan importante como para ser denunciada a las autoridades.					
3	Pensar que la denuncia del maltrato quedará en nada					
4	Considerar que denunciar el maltrato me traería problemas.					
5	No sabía a quién o a donde acudir para denunciar el maltrato.					
6	Pensar que la denuncia influiría negativamente en mis calificaciones.					
7	No denuncié porque se detuvo el maltrato.					

8	Tenía miedo que mi denuncia no sería confidencial.					
9	No consideré que el problema sería tratado con justicia.					
10	Tenía vergüenza y no quería ser señalado por los demás					
11	Tenía miedo de que no creyeran mi testimonio.					
12	Tenía miedo de denunciar el maltrato.					
13	No quería pensar más en el maltrato sufrido.					
14	Tenía miedo que el denunciar el maltrato, podría influir negativamente en mi carrera profesional en el futuro					
<b>¿Cuál fue su reacción ante el maltrato sufrido?</b>						
1	Ira					
2	Poco impacto					
3	Disminución de las ganas de estudiar y aprender					
4	Incomodidad, nerviosismo, ansiedad					
5	Depresión					
6	Miedo					
7	Más ganas de aprender y estudiar					
8	Insomnio					
9	Pensé en abandonar la carrera					
10	Pensé en suicidarme					
11	Me volví antisocial					
<b>De acuerdo a lo que usted respondió en la encuesta: ¿Considera usted que ha sufrido maltrato?</b>		<b>SI</b>	<b>NO</b>			

**III. Percepción de Aprendizaje: En general, que tan satisfecho esta de la enseñanza que ha recibido durante su internado o residencia medica:**

	Muy insatisfecho	Insatisfecho	Indiferente	Satisfecho	Muy satisfecho
Otros Residentes					
Pacientes de difícil manejo (Medico o quirúrgico)					
Rondas Clínicas (Visita Médica)					
Medico Asistente					
Autoaprendizaje					
Seminarios /Congresos					
Grupos de Estudio					
Compañeros de Rotación					

1. ¿Puedes indicar tu promedio ENAM que obtuviste el presente año? \_\_\_\_\_
2. ¿Cuál es tu promedio ponderado final del pre grado? \_\_\_\_\_

