



Universidad de Concepción

**FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN MÉDICA**

**ANÁLISIS DE LA PERCEPCIÓN DE MALTRATO A ESTUDIANTES DE MEDICINA
EN UNIVERSIDADES CHILENAS**

Por

CATHERINE MARCELA SOTO FAÚNDES

**Tesis presentada al Departamento de Educación Médica de la Facultad de Medicina de la
Universidad de Concepción para optar al grado académico de
Magíster en Educación Médica para las Ciencias de la Salud**

Profesor guía

CRISTHIAN PÉREZ VILLALOBOS

Tesis financiada por el proyecto FONDECYT 1221913

**DICIEMBRE 2023
Concepción · Chile**

© 2023 CATHERINE MARCELA SOTO FAÚNDES

Se autoriza la reproducción total o parcial, con fines académicos, por cualquier medio o procedimiento, incluyendo la cita bibliográfica del documento.

**ANÁLISIS DE LA PERCEPCIÓN DE MALTRATO A ESTUDIANTES DE MEDICINA EN
UNIVERSIDADES CHILENAS**

Por

CATHERINE MARCELA SOTO FAÚNDES

Profesor guía

CRISTHIAN PÉREZ VILLALOBOS

PhD

Profesor Asociado

Departamento de Educación

Médica

Facultad de Medicina

Universidad de Concepción

Profesor Co-guía

MARJORIE BAQUEDANO RODRÍGUEZ

PhD

Profesora Asistente

Departamento de Educación

Médica

Facultad de Medicina

Universidad de Concepción

Dedico este trabajo a mi amada familia

AGRADECIMIENTOS

Agradezco al Profesor Cristhian Pérez-Villalobos por su compromiso y dedicación a la tutoría entregada.

RESUMEN

El objetivo de este estudio fue analizar la relación entre percepción del maltrato y las características sociodemográficas y académicas de estudiantes de medicina de universidades chilenas, durante el primer semestre del año 2022.

Método: Investigación cuantitativa, no experimental. Se encuestó a 456 estudiantes de Medicina de seis universidades diferentes, elegidos por muestreo por conveniencia. Ellos respondieron la Escala de Maltrato Académico (EMA) y un cuestionario sociodemográfico. Se realizó un análisis estadístico descriptivo y bivariado.

Resultados: La frecuencia de percepción de maltrato fue de 97,6% de los estudiantes encuestados. El factor más frecuente fue exigencias desreguladas (95,8%) y el menos frecuente fue acoso sexual (43,2%). La edad tuvo una correlación positiva con todos los factores de maltrato. Las mujeres perciben con mayor frecuencia desmoralización y acoso sexual. Hubo diferencias según el estado civil en todos los factores de maltrato. El ingreso mensual mostró correlación inversa con el maltrato. Hubo diferencias significativas al comparar la percepción de maltrato entre las universidades. Cursar séptimo año se asoció significativamente a un mayor maltrato ($p < 0,05$).

Conclusiones: El maltrato es percibido como infrecuente, pero le ocurre a la gran mayoría de los estudiantes. La edad, el sexo, el estado civil y cursar séptimo año se relaciona significativamente con maltrato. Hay diferencia significativa de la percepción de maltrato entre las universidades.

TABLA DE CONTENIDO

| <i>Contenidos</i> | <i>Página</i> |
|----------------------------------------------|---------------|
| AGRADECIMIENTOS | v |
| RESUMEN | vi |
| TABLA DE CONTENIDO | vii |
| ÍNDICE DE TABLAS | viii |
| ÍNDICE DE FIGURAS | ix |
| CAPÍTULO I. PROBLEMATIZACIÓN | 1 |
| 1.1 Definición | 1 |
| 1.2 Magnitud del problema | 3 |
| 1.3 Características del maltrato en medicina | 10 |
| CAPÍTULO II. OBJETIVOS E HIPÓTESIS | 17 |
| CAPÍTULO III. MÉTODO | 19 |
| 3.1. Participantes | 19 |
| 3.2. Definición de variables | 20 |
| 3.3. Instrumentos de recolección de datos | 20 |
| 3.4. Procedimiento | 21 |
| 3.5. Análisis de datos | 22 |
| 3.6. Consideraciones éticas | 23 |
| CAPÍTULO IV. RESULTADOS | 24 |
| CAPÍTULO V. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES | 51 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 56 |

ÍNDICE DE TABLAS

| | | <i>Página</i> |
|------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| TABLA 4.1 | Características sociodemográficas de los estudiantes de medicina | 24 |
| TABLA 4.2 | Grado de Satisfacción de los estudiantes | 25 |
| TABLA 4.3 | Características académicas de los estudiantes | 26 |
| TABLA 4.4 | Confiabilidad y frecuencia los factores de maltrato | 27 |
| TABLA 4.5 | Frecuencia de maltrato (%) | 28 |
| TABLA 4.6 | Sexo y frecuencia de maltrato | 29 |
| TABLA 4.7 | Correlación de la edad con los factores de maltrato | 34 |
| TABLA 4.8 | Modelo de regresión lineal para variables sociodemográficas | 35 |
| TABLA 4.9 | Regresión lineal variables socioeconómicas y desmoralización | 35 |
| TABLA 4.10 | Regresión lineal entre variables socioeconómicas y exigencias desreguladas | 36 |
| TABLA 4.11 | Regresión lineal entre variables socioeconómicas y violencia física | 37 |
| TABLA 4.12 | Regresión lineal entre variables socioeconómicas y restricción de oportunidades de aprendizaje | 39 |
| TABLA 4.13 | Regresión lineal entre variables socioeconómicas y negación de satisfacción de necesidades básicas. | 40 |
| TABLA 4.14 | Regresión lineal entre variables socioeconómicas y acoso sexual | 41 |
| TABLA 4.15 | Correlación de maltrato con características académicas | 42 |
| TABLA 4.16 | Modelo de regresión lineal para variables académicas | 45 |
| TABLA 4.17 | Regresión lineal entre variables académicas y factor desmoralización | 45 |
| TABLA 4.18 | Regresión lineal entre variables académicas y factor exigencias desreguladas | 46 |
| TABLA 4.19 | Regresión lineal entre variables académicas y violencia física | 47 |
| TABLA 4.20 | Regresión lineal entre variables académicas y restricción de oportunidades de aprendizaje | 48 |

| | | |
|------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| TABLA 4.21 | Regresión lineal entre variables académicas y negación de satisfacción de necesidades básicas | 49 |
| TABLA 4.22 | Regresión lineal entre variables académicas y acoso sexual | 50 |

ÍNDICE DE FIGURAS

| | | Página |
|------------|-------------------------------------------------------------------|--------|
| FIGURA 1.1 | Esquema de Modelo Ecológico de Bronfenbrener aplicado al maltrato | 6 |
| FIGURA 4.1 | Relación entre el sexo y factores de maltrato | 28 |
| FIGURA 4.2 | Relación entre estado civil y factores de maltrato | 29 |
| FIGURA 4.3 | Frecuencia de maltrato en las distintas universidades | 33 |

I. PROBLEMATIZACIÓN

El maltrato en medicina no es una situación nueva. Desde la primera observación de Silver en 1982, se han realizado una serie de estudios que muestran que es un problema real, frecuente y alarmante, pues luego de 40 años de estudio aún persiste.¹ Es una cuestión generalizada, ya que estudios tanto en Europa como en Asia, Australia y América así lo confirman, y con serias consecuencias en los estudiantes y profesionales médicos.²

1.1 Definiciones

El maltrato es definido por la RAE como acción y efecto de maltratar. A su vez, maltratar lo define como “tratar con crueldad, dureza y desconsideración a una persona o un animal, o no darle los cuidados que necesita”.³ Otras definiciones han sido planteadas por investigadores en el tema. Por ejemplo, Wilkinson lo define como “trato dañino, ofensivo o injurioso que realiza una persona a otra”.⁴ Chávez-Rivera, en su revisión sistemática, lo considera como “cualquier comportamiento que atenta contra la integridad física, mental y/o psicológica de una persona, o que vulnera sus derechos y le genera mortificación, daño físico y/o psicológico o limita el aprendizaje, ya sea por medio de estrategias interpersonales o herramientas virtuales, efectuadas por un individuo o mediante la concertación de varios”.⁵ El maltrato abarca un espectro de comportamientos abusivos, que incluyen discriminación, agresión, abuso verbal y acoso sexual, y se ha

asociado con agotamiento, depresión, abuso de alcohol, aumento del cinismo y abandono de la escuela de medicina.⁶

El límite de la definición es complejo pues hay varias acciones consideradas como hostigamiento o acoso que, para algunos investigadores son una expresión más de maltrato y para otros son considerados independientes. El maltrato por acoso sexual y el maltrato físico tienen más consenso en su definición. El bullying, definido por la Asociación Médica Británica (*British Medical Association*), como “comportamiento persistente hacia un individuo consistente en ser intimidante, degradante, ofensivo o malicioso y que socava la confianza y autoestima del receptor”⁷, implica una interacción dinámica entre el agresor y la víctima que se caracteriza por tres elementos: la intención de dañar se fundamenta en el desequilibrio de poder y es repetido en el tiempo.⁸

Otro término utilizado es el maltrato académico, definido como el “abuso o intimidación que se produce en instituciones académicas con la intención o el efecto de interrumpir el progreso académico o profesional de la víctima”.⁹

En la revisión sistemática realizada por Tauben-Averbuch, centrada en acoso académico, se definió el acoso académico como el “abuso de autoridad por parte de un perpetrador que se dirige a la víctima para impedir su educación o carrera a través de comportamientos punitivos que incluyen el exceso de trabajo, la desestabilización y el aislamiento en un entorno académico”. Junto con ello, las víctimas informaron que el acoso académico a menudo resultó en un estancamiento en el avance de su carrera.⁹

Griffin y col. han utilizado el término de incivilidad para referirse a comportamiento grosero, agresivo o desdenoso, de interpretación ambigua, que viola las expectativas en el lugar de trabajo.¹⁰ Asimismo, nombra como ejemplos de incivilidad la humillación pública, lenguaje condescendiente, menospreciar e ignorar a los demás. La discriminación basada en una característica definida también cae bajo el paraguas de la incivilidad, se denomina "incivilidad selectiva".¹¹

1.2 Magnitud del Problema

En todas las organizaciones existe el maltrato, pero las instituciones de salud son las que presentan la más alta tasa.¹² La falta de respeto, entendida como una forma de maltrato, es una actitud muy frecuente en las instituciones de salud. Estudios muestran que dos de cada tres médicos observan una situación irrespetuosa cometida por sus pares, una vez al mes, y uno de cada nueve informan que las mismas actitudes ocurren diariamente.¹³

Durante varios años se han planteado distintas circunstancias que favorecen la presencia y permanencia del maltrato en las instituciones de salud. La estructura jerárquica en la cultura médica es una de ellas, sumado al espíritu médico que favorece el privilegio y la autonomía individual.¹⁴⁻¹⁵ La estructura jerárquica dominante, permite comportamientos inadecuados en dirección vertical, hacia abajo, pero no hacia arriba y, quien ejerce maltrato, generalmente es muy sensible a la jerarquía y muy consciente de la falta de respeto dirigida hacia arriba. Así, en su lugar de privilegio el médico puede cometer maltrato hacia las enfermeras, residentes y otros profesionales del equipo de salud con impunidad,

perpetuando un clima hostil que puede dificultar un buen desempeño de todos los que lo constituyen.

En las universidades, la prevalencia de maltrato es mayor en la Facultad de Medicina.¹⁶ Desde el ingreso a estudios de pregrado se establece la jerarquía entre estudiantes e internos, y de estos con los residentes. Esta jerarquía predominante entre el aprendiz y el experto establece relaciones de poder que pueden conducir al maltrato de quienes están en las jerarquías inferiores.¹⁴ Asimismo, la enseñanza mediante intimidación/humillación tan arraigada en la docencia médica como una metodología útil para motivar a los estudiantes, permiten que la intimidación se ejerza en forma inconsciente bajo el alero de la asimetría de poder.¹⁷

Dichas relaciones con mal ejercicio del poder, con frecuencia forman parte del currículo oculto descrito por Hafferty.¹⁸⁻¹⁹ Este incluye lecciones que se transmiten implícitamente a los estudiantes a través de los valores, comportamientos y actitudes de la comunidad que los rodea. En la opinión de Coulehan, el currículo oculto pone a la jerarquía académica, no al paciente, en el centro de la educación médica.²⁰ Por lo mismo, a menudo se ha descrito que el currículo oculto conduce al maltrato de los estudiantes.²¹⁻²² La cultura médica tiene creencias arraigadas y desarrolladas históricamente no inclinadas a reconocer y reformar su propio comportamiento deficiente y alejado del profesionalismo.²³

El modelo Bioecológico de Bronfenbrenner es un buen modelo para comprender cómo la cultura médica jerárquica va transformando a los estudiantes de medicina y perpetuando algunas conductas de maltrato. Según Bronfenbrenner, “el ambiente se concibe como un

conjunto de estructuras seriadas, cada una de las cuales cabe dentro de la siguiente. En el nivel más interno está el entorno inmediato que contiene a la persona en desarrollo. El paso siguiente conduce fuera de lo conocido y considera no sólo los espacios individualmente, sino las relaciones existentes entre ellos. El tercer nivel del ambiente ecológico lleva aún más lejos, y evoca la hipótesis de que el desarrollo de la persona se ve afectado profundamente por hechos que ocurren en entornos en los que la persona ni siquiera está presente". De tal modo que, la capacidad de un entorno para funcionar de manera eficaz como contexto para el desarrollo, depende de la existencia y naturaleza de las interconexiones sociales entre los entornos, lo que incluye la participación conjunta, la comunicación y la existencia de información de cada entorno con respecto al otro.²⁴ El estudiante de medicina mantiene su núcleo cercano (familia, amigos) y desde su centro se relaciona con entornos cada vez más externos como el aula, los espacios universitarios y los campos clínicos, entre otros. El estudiante interactúa con cada cultura que, sin lugar a dudas, lo va cambiando como una respuesta de adaptación a un medio más o menos hostil. La cultura médica, particularmente la existente en los hospitales, es un entorno fuertemente jerarquizado, influyente, en el cual el poder es un atributo valioso, muchas veces utilizado negativamente como herramienta pedagógica.²⁵ El estudiante puede ser víctima de maltrato al contactar con este entorno y posteriormente puede ser victimario, según avance en sus estudios y el tipo de cambio que se genere en él. De este modo, se va perpetuando la cultura de maltrato con el paso de los años.(Fig 1) Por último, en esta teoría es muy importante cómo el individuo percibe, desea, teme, piensa o adquiere

conocimiento, y el modo en que la naturaleza del contenido psicológico cambia según la exposición del individuo al ambiente y su interacción con él.²⁶

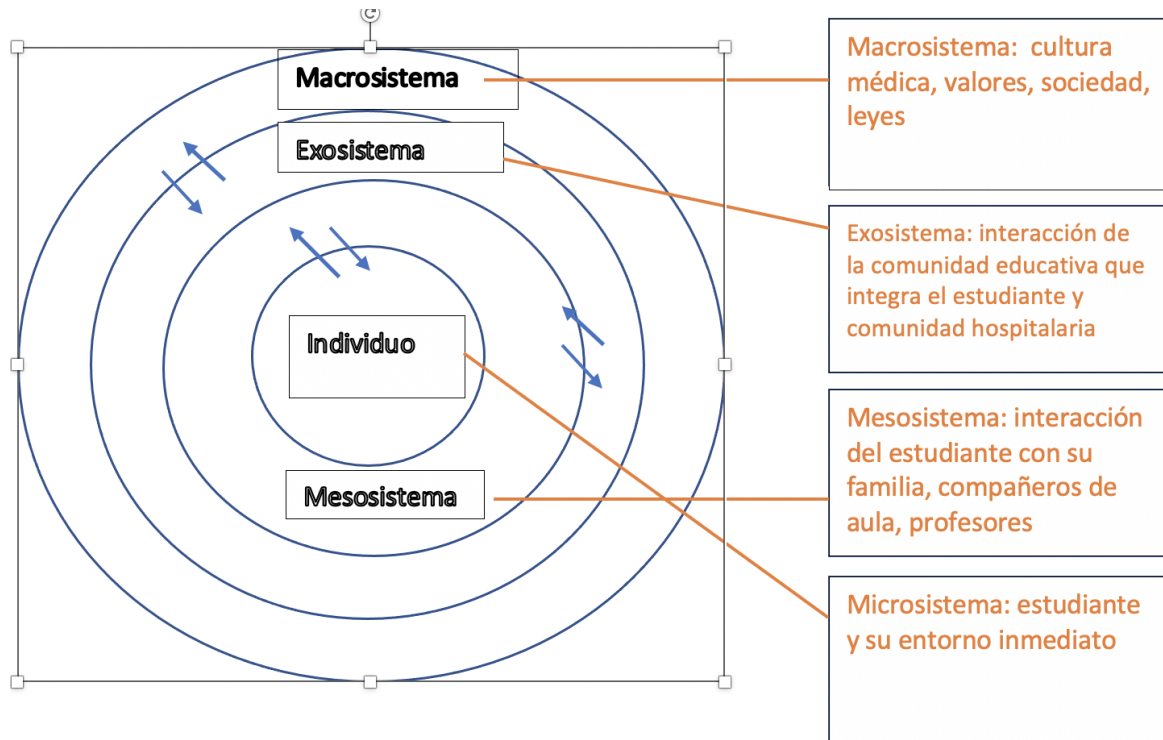


Figura 1.1. Esquema de Modelo Ecológico de Bronfenbrenner aplicado al maltrato

La teoría del aprendizaje social de Bandura igualmente ayuda a comprender la perpetuación de la conducta de maltrato, esta teoría considera que el individuo es capaz de extraer enseñanzas a partir de la observación e imitación de lo que hacen otros. En la cultura médica hospitalaria, donde se vivencian relaciones de poder jerárquico y un trato con desdén hacia los que están en la jerarquía inferior, se genera un aprendizaje a partir de la observación y posterior imitación de esas conductas normalizadas en ese entorno. Dicha teoría sugiere que: “aquellos en el poder, que modelan un comportamiento inaceptable, influyen en aquellos que son los destinatarios de este comportamiento, lo que implica que el sistema se autoperpetúe” generando un legado transgeneracional de maltrato en medicina.²⁷⁻²⁸

Otra condición que contribuye al maltrato es el ambiente altamente competitivo de la medicina que prevalece no sólo entre los estudiantes y graduados, sino también con respecto a otras profesiones como enfermeras(os) y matronas(os). La competencia se desarrolla con otros profesionales de la salud que degradan a los estudiantes de medicina, reforzando así las estructuras de poder y los niveles jerárquicos.²⁹ Otras condiciones mencionada por Lind y cols. son: las barreras generacionales (“*millennials*”), presiones de productividad clínica y situaciones clínicas de alto estrés, falta de retroalimentación confidencial y no punitiva a los miembros del cuerpo docente después de lapsos de profesionalismo menores y la creencia equivocada de que los comentarios despectivos en las rondas refuerzan el aprendizaje, y la falta de apoyo al bienestar y la salud mental de profesores, residentes y otros.³⁰

1.2.1 Prevalencia del maltrato en medicina

El maltrato es más frecuente en los estudiantes de medicina. En el estudio de Bormuth y cols, el 69% de los estudiantes de medicina afirmó haber sufrido de trato inadecuado, más del doble del porcentaje de estudiantes de otros dos programas, Ingeniería Civil y Pedagogía.³¹ Existen varias publicaciones que dan cuenta de la prevalencia del maltrato en la Escuela de Medicina. Hasta el año 2003 existían estudios de Los Estados Unidos, Canadá, Israel, Finlandia, Suecia y Australia. La frecuencia reportada varió entre el 19,6³²y 98%³³ de los estudiantes encuestados. Otro estudio realizado en Finlandia concluyó que el 50% de los encuestados sufrió algún tipo de maltrato.⁴ Asimismo, Frank y cols. en su trabajo que involucró a 16 universidades de Los Estados Unidos, comunicaron que el 85% de los estudiantes manifestaron haberse sentido menospreciados y el 40% abusado, durante los años de formación en la escuela de medicina.³⁴ El meta-análisis realizado por Fnais y cols, incluyó 51 estudios de Los Estados Unidos, Canadá, Pakistán, Gran Bretaña, Israel y Japón, mostró una frecuencia de acoso y abuso del 59,4% en el total de los estudiantes. La frecuencia en estudiantes de pregrado fue de 59,5% y en los residentes fue de 63,4%.¹ En el año 2019 el resultado de la encuesta de fin de carrera en universidades de Los Estados Unidos, reveló que el 40.4% de los encuestados sufrió de maltrato al menos 1 vez durante la carrera.³⁵ Hill y cols. publicaron en la revista JAMA, año 2020, un estudio que incluyó 2 años de resultados de la encuesta de fin de carrera de los Estados Unidos (2016-2017). Los resultados muestran que el 35.4% de los egresados fue víctima de maltrato.⁶

Estudios en América Latina muestran resultados variados. Mejía y cols, realizaron un estudio que incluyó a siete países latinoamericanos: Panamá, Chile, Colombia, Ecuador, Argentina, Bolivia y Perú. El estudio concluye que un 9,7% de la población encuestada había sufrido algún tipo de maltrato durante el estudio de pregrado.³⁶ En Chile, Maida y cols. han publicado dos estudios de una universidad chilena. La primera, del año 2003, mostró que el 91% de los estudiantes reportaron haber percibido al menos un episodio de abuso, la segunda, publicada en el año 2006 concluyó que el 86,1% de los estudiantes percibieron uno o más incidentes abusivos durante los primeros 5 años de estudio.³⁷⁻³⁸ La más reciente publicación de Bastías y cols. realizada en otra universidad chilena, mostró que el 98,11% de los estudiantes de primero a sexto año, fue víctima de algún tipo de maltrato en el último semestre.³⁹

Respecto a los tipos de maltrato, lo más frecuente en estudios internacionales es la humillación pública y el menosprecio^{1,6, 29, 34}. En el estudio de Abate le sigue el acoso y agresión sexual.⁴⁰ El maltrato físico existe, pero tiene baja frecuencia. Los estudios de Maida en Chile muestran el abuso verbal y psicológico como las situaciones más frecuentes.³⁷⁻³⁸ y en de Bastías y cols., las desmoralización y sus expresiones fueron lo más frecuente.³⁹ Respecto a la etapa de formación, la frecuencia de maltrato tiende a aumentar en la práctica clínica y residencias.²⁹

1.3 Características del Maltrato en Medicina

1.3.1 Agresor

En el estudio de Abate, el agresor con mayor frecuencia de los estudiantes, fueron los residentes, seguido por los profesores. Las estudiantes fueron acosadas sexualmente por los profesores y pacientes masculinos. En los campos clínicos aparecen las enfermeras y familiares como otros grupos de agresores(as).⁴⁰ Los(as) pacientes o sus familias (21,9 %) fueron citados como la segunda fuente más común de abuso después de los consultores (34,4 %) en el estudio de Fnais y col.¹ Un estudio realizado en 2015 en una sola institución en los Estados Unidos informó una prevalencia del 15 % en las experiencias de maltrato entre los pediatras en formación, y el 67 % de los casos fueron por parte de las familias de los(las) pacientes.⁴¹ Los(as) maltratadores(as) en actividades de aula fueron los mismos estudiantes y en las actividades clínicas los profesores fueron los que desempeñaron más conductas de abuso por asimetría de poder.⁴⁰

1.3.2 Víctima

En varios estudios los indicadores sociodemográficos como sexo, edad, raza y ser o no del grupo LGTB han mostrado una variación significativa en la frecuencia y tipo de maltrato.⁶ En el estudio de Hill y cols., los asiáticos, minorías subrepresentadas (indio americano, nativo de Alaska, negro, afroamericano, hispano, latino, español, nativo de Hawái o isleño del Pacífico), multirraciales y LGTB, sufren más maltrato. Estos informes de discriminación racial/étnica incluyeron la negación de oportunidades de capacitación o recompensas en

función de la raza/etnicidad, ser objeto de comentarios o nombres ofensivos desde el punto de vista racial/étnico, y recibir evaluaciones o calificaciones más bajas únicamente por motivos de raza/etnicidad. Además, los estudiantes asiáticos, minorías subrepresentadas y multirraciales informaron una mayor prevalencia de sufrir dos o más tipos de maltrato en comparación con los estudiantes blancos. Igualmente, el 16,4 % de los estudiantes LGTB informaron dos o más tipos de maltrato en comparación con el 3,6 % de los estudiantes heterosexuales.⁶

En el estudio de Siller y cols., los autores concluyeron que “el maltrato de los estudiantes de medicina debe enfocarse con una perspectiva de género”, porque los tipos de maltrato pueden diferir según este indicador.²⁹ Las estudiantes mujeres son la mayoría de las víctimas de acoso sexual en varios estudios y las que con más frecuencia sufren de más de un episodio.⁶⁻⁴⁰ Los estudiantes hombres sufren más el maltrato físico.⁶

La raza resulta ser un factor de riesgo de maltrato cuando no es blanca, pues los estudiantes afrodescendientes, asiáticos y latinos sufren discriminación racial.⁶ Los y las estudiantes declarados LGTB también son víctimas de maltrato con mayor frecuencia.⁶

Relacionado a la confluencia de más de una condición en un estudiante, algunos investigadores consideraron la intersectorialidad como una variable interesante de indagar. Esta corresponde a la situación en la que múltiples factores sociales y/o culturales interactúan de manera armónica, de modo que un aspecto de la identidad puede intensificar las desigualdades que se enfrentan debido a otro aspecto de la identidad, por lo que su interacción contribuye a la desigualdad.⁴² Teshome y cols, realizaron un estudio

en el cual confirmaron la existencia de maltrato recurrente y múltiple en la medida que sumaron indicadores sociodemográficos. Sus resultados muestran que el grupo de hombres, blancos y heterosexuales tuvo la mayor proporción de estudiantes sin experiencias reportadas de discriminación. Por el contrario, aquellos con las tres identidades marginadas (femenino, no blanco, LGTB) tenían la mayor proporción de estudiantes sometidos a experiencias recurrentes de múltiples tipos de discriminación. Asimismo, este grupo fue el que reportó mayores índices de agotamiento.⁴³ Por otro lado, Potter y cols. no encontraron diferencias significativas de la intersectorialidad al compararlas con indicadores individuales.⁴²

1.3.3 Barreras para denunciar

Muchos “hacen la vista gorda”. Esto fue mencionado en el artículo d.⁴⁴ para referirse al bajo porcentaje de situaciones de acoso sexual denunciadas por los estudiantes. Entre las barreras para denunciar el acoso menciona el miedo a las represalias, la desesperanza y la falta de cumplimiento institucional de las políticas contra el acoso. En su estudio observó que los estudiantes acosados, describieron sentir vergüenza, culpa, confusión, humillación, falta de respeto, miedo o dudas sobre sí mismos que les impedía denunciar. Sin embargo, cuando al mismo grupo se les preguntó qué le dirían a un compañero que había sido acosado sexualmente, enfatizaron explícitamente que las víctimas son inocentes, alentaron a denunciar y resaltaron la naturaleza sistémica del problema.⁴⁴ Otra situación tras la baja

denuncia de los estudiantes, es que lo consideraron poco importante dado el contexto en el cual ocurrieron las situaciones o que el agresor fue alguien cercano.⁴

La encuesta de Paice, señaló que solo un tercio de los estudiantes (32 %) informó el incidente. Quienes optaron por no denunciar consideraron el asunto poco grave (31%) o temieron las consecuencias (25%).⁴⁵

1.4 Consecuencias del maltrato

Estar expuesto al maltrato puede tener implicaciones graves para la salud mental y física, dentro de los cuales se menciona la depresión, impotencia, ansiedad y desesperación, ideación suicida, quejas psicosomáticas y musculoesqueléticas y el riesgo de enfermedad cardiovascular.¹⁷⁻⁴⁶ Frank y cols. observaron que los estudiantes que habían sufrido malos tratos, tenían más problemas de salud emocional, problemas de vida familiar y alteraciones en conductas de responsabilidad social en comparación con los que no lo habían sufrido. Del mismo modo, descubrieron que los médicos en formación que experimentaron humillación público frecuente, tenían menos probabilidades de completar sus tareas o brindar una atención óptima al paciente.³⁴ Los estudiante de medicina de Nigeria informaron que el estrés, el miedo al maestro y la reducción de la confianza en sí mismos eran los principales efectos de sufrir abuso verbal.⁴⁷ En otro estudio, más de un tercio de los estudiantes de la facultad de medicina que sufrieron de maltrato consideraron abandonar los estudios y una cuarta parte informó que habrían elegido una profesión diferente, si hubieran sabido de antemano el alcance del maltrato que experimentarían en

las facultades de medicina estadounidenses.⁴⁸ Otros estudiantes se volvieron retraídos, descartaron la especialidad en la que sufrieron y en un 4% postergaron sus estudios.⁴

En relación a lo académico, es sabido que los entornos psicológicamente seguros tienen mejores resultados en el aprendizaje.⁴⁹ El maltrato inhibe el aprendizaje clínico. Estudios basados en simulación muestran una disminución estadísticamente significativa en el desempeño cuando ocurren situaciones de falta de cortesía.⁵⁰ Dentro de las causas se plantea: quiebre de relación docente-estudiante que genera problemas de concentración, desconfianza y daño en la autoestima y el estrés como factor que selecciona el contenido a recordar e impide la integración de la memoria de corto y largo plazo. Los estudiantes de medicina tienen niveles de estrés superiores al promedio y el encuentro con el tutor clínico es una de las situaciones descritas como la más estresante durante su práctica. Las vías de señalización del estrés afectan la función de la corteza prefrontal, lo que reduce la capacidad de aprender nuevos conceptos y desarrollar nuevos aprendizajes en torno a conceptos previamente encontrados e integrados. Además, se ha demostrado que la exposición recurrente a situaciones estresantes produce cambios en la longitud dendrítica, la ramificación y pérdida de la corteza prefrontal, afectando directamente a la memoria de largo plazo.⁴⁹ Las consecuencias del acoso a menudo se expresan en conductas evasivas, silenciosas y comportamiento poco profesional; p. ej., tener un comportamiento agresivo y evitar las rotaciones clínicas.⁴⁶ Las consecuencias en el aprendizaje y actitudes, ponen en peligro el desempeño clínico y la seguridad del paciente, pues se vincula repetidamente a eventos adversos iatrogénicos como errores médicos y mortalidad.¹¹ En otro estudio, los

estudiantes de medicina que participaron informaron “sentirse mal” o encontrar “difícil concentrarse” como consecuencia de su exposición a la intimidación y el acoso.¹⁸ Frente a la exposición repetida al maltrato por parte de los pacientes, los estudiantes informaron sentirse adormecidos.⁵¹

Otra experiencia negativa preocupante reportada por los estudiantes fue la pérdida de oportunidades o calificaciones más bajas debido a la discriminación. Las investigaciones han demostrado que las pequeñas desventajas pueden acumularse con el tiempo e impedir el avance profesional.⁵²⁻⁵³ Esta conducta de discriminación podría ser una explicación del hallazgo que las mujeres y las minorías raciales/étnicas tienen menos probabilidades que sus contrapartes de ser promovidas y recibir premios y honores académicos.⁵⁴

Los altos índices de angustia psicológica, fatiga por compasión, agotamiento, burnout, depresión, adicciones y suicidio que presentan en su vida profesional aquellos estudiantes expuestos a maltrato, puede provocar un problema de salud pública debido a los altos niveles de ausentismo y licencias médicas.²¹⁻⁵⁵⁻⁵⁶ Las declaraciones fanáticas, especialmente cuando las pronuncian los profesores de medicina y los residentes supervisores, representan una forma de modelo de rol negativo, que se ha demostrado que está asociado con prejuicios raciales/étnicos, anti-LGTB en estudiantes de medicina. Esta asociación es importante porque las minorías raciales/étnicas y las minorías sexuales experimentan disparidades sustanciales en los resultados de salud y atención médica, el sesgo médico ha sido identificado como un contribuyente clave a estas disparidades.⁶ Estos efectos que comprometen directamente la seguridad del paciente y la salud emocional y

física del personal sanitario, instalan al maltrato como una problemática que debiera enfrentarse con urgencia.¹⁵

Dado la evidencia existente del impacto del maltrato académico en los estudiantes de medicina, se han realizado esfuerzos para conocer la magnitud del problema en Chile. Sin embargo, los estudios conocidos hasta ahora muestran el problema en instituciones aisladas. Este estudio pretende detectar la magnitud de la percepción del maltrato por los estudiantes de medicina en varias universidades chilenas y en un mismo lapso.

II. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

Objetivo general

Analizar la relación entre percepción del maltrato y las características sociodemográficas y académicas de estudiantes de medicina de universidades chilenas, durante el primer semestre del año 2022.

Objetivos específicos

1. Identificar la percepción de maltrato hacia estudiantes de medicina en universidades chilenas.
2. Relacionar la percepción de maltrato hacia estudiantes de medicina en universidades chilenas con sus características sociodemográficas
3. Comparar la percepción de maltrato hacia estudiantes de medicina según el nivel curricular que cursen.
4. Comparar la percepción de maltrato hacia estudiantes de medicina entre las distintas universidades chilenas.

Hipótesis

1. Existe alta percepción de maltrato a estudiantes de medicina en universidades chilenas.
2. Existe relación entre la percepción de maltrato y las características sociodemográficas de los estudiantes de medicina en universidades chilenas.
3. La percepción de maltrato es mayor en estudiantes de medicina de sexo femenino.
4. Hay mayor percepción de maltrato entre los estudiantes de medicina que cursan un mayor nivel curricular.
5. Existe diferencia en la percepción de maltrato de los estudiantes entre las universidades chilenas

III. MÉTODO

Se realizó una investigación cuantitativa, para identificar la presencia y frecuencia de la percepción de maltrato de los estudiantes de medicina. A partir de los resultados de una muestra de estudio, se pretende generalizar a la población. Fue un estudio analítico-relacional que buscó determinar si existe alguna relación de las características demográficas y el nivel curricular de los estudiantes, con la percepción de maltrato. Se utilizó un diseño no experimental para realizar una observación de lo que ocurre sin realizar alguna intervención y transversal para medir las variables al mismo tiempo, con lo cual fue posible identificar si existe relación entre las variables sin establecer relación causal.⁵⁷⁻⁵⁸

3.1. Participantes

Los participantes fueron estudiantes de medicina de seis universidades chilenas. El criterio de inclusión fue ser alumno regular de la carrera de medicina de alguna de las universidades participantes. El criterio de exclusión fue haberse ausentado por más de dos meses durante el semestre evaluado. Se realizó un muestro no probabilístico por conveniencia.

Se calculó un tamaño mínimo muestral de 216 participantes, considerando un intervalo de confianza del 95% y una potencia del 80% con tamaño del efecto medio ($f=0,25$) para realizar una comparación entre las seis universidades estudiadas. Finalmente, se obtuvo una muestra de 456 estudiantes de Medicina.

3.2. Definición de variables

Maltrato a estudiantes de medicina: trato dañino, ofensivo o injurioso, cometido de una persona a otra.⁴ Definición operacional: trato dañino, ofensivo o injurioso cometido hacia estudiantes de medicina. Las expresiones de maltrato se clasificaron de acuerdo con los siguientes factores: desmoralización, exigencias desreguladas, violencia física, negación de satisfacción de necesidades básicas, restricción de oportunidades de aprendizaje y acoso sexual.

Características demográficas. Definición conceptual: es la forma de clasificar una población según edad, género, raza, estado civil, ingresos, profesión y nivel socioeconómico entre otros. Definición operacional: indicadores aplicados a los estudiantes de medicina.

Nivel curricular. Definición conceptual: etapas de un programa de estudio. Definición operacional: curso al que pertenece el estudiante de medicina al momento de participar en el estudio.

Satisfacción. Definición conceptual: cumplir, llenar ciertos requisitos o exigencias.⁴ Definición operacional: grado de cumplimiento de las expectativas con los estudios, salud, vida y equilibrio entre los estudios y la vida.

3.3. Instrumentos de recolección de datos

Se utilizó la Escala de Maltrato Académico (EMA), versión revisada de la Encuesta de Maltrato empleada por primera vez por Quine⁵⁹, que luego ha sido usada en distintas

versiones en Reino Unido, Colombia y Chile.³⁸ El estudio de Bastías y cols, presentó evidencia de validez de la escala de Quine para estudiantes chilenos considerando tres factores: desmoralización, exigencias desreguladas y agresión física.³⁸ Posteriormente, según juicio de expertos en el contexto de Fondecyt N°1221913, se desarrolló una nueva versión a partir de la escala de Quine: la Escala de Maltrato Académico (EMA). En la EMA, la agresión física fue cambiado por violencia física y se agregaron otros tres factores: negación de satisfacción de necesidades básicas, restricción de oportunidades de aprendizaje y acoso sexual. El instrumento que incluye los seis factores cuenta con evidencia de validez para medir maltrato en estudiantes chilenos.⁶⁰ Los seis factores fueron desarrollados en 31 ítems que afirman conductas de maltrato. Cada ítem se mide por frecuencia con una escala de Likert de 5 alternativas (1. Nunca, 2. Casi nunca, 3. A veces, 4. Casi siempre, 5. Siempre). Los estudiantes eligieron una de las frecuencias según sus percepciones de maltrato durante el último semestre.

Adicionalmente, los estudiantes respondieron un cuestionario sociodemográfico, donde informaron sus características demográficas y curriculares.

3.4. Procedimiento

Fueron contactados representantes de universidades chilenas para realizar un estudio colaborativo. Se obtuvo la autorización de los Decanos de cada universidad como participantes del FONDECYT regular 1221913. Cada representante de las universidades difundió la encuesta vía correo electrónico oficial y el proceso de encuestaje se promocionó

entre los estudiantes mediante redes sociales como WhatsApp e Instagram. La encuesta se realizó en línea con previa firma del consentimiento informado. Todas las encuestas se recibieron en una única casilla de correo electrónico y fueron anonimizadas para el análisis. El proyecto contó con la aprobación del Comité de Ética, Bioética y Bioseguridad de la Universidad de Concepción (CEBB 1192-2022), el Comité Ético Científico de la Universidad Finis Terrae (22-064) y el Comité Ético Científico de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica del Norte (CECFAMED-UCN REV. N° 52/2022). Las demás universidades aprobaron la realización del estudio con estas certificaciones.

3.5. Análisis de los datos

Los factores del instrumento, desmoralización, exigencias desreguladas, violencia física, restricción de aprendizaje, negación de satisfacción de necesidades básicas y acoso sexual, fueron sometidos a análisis de fiabilidad utilizando ω de McDonald. Para caracterizar la muestra se aplicó estudio de frecuencia de cada variable. Luego se compararon las variables utilizando contraste dos para muestras independientes (U Mann-Whitney) y contraste de Kruskal-Wallis para variables con más de una opción. Para buscar la correlación de maltrato y variables numéricas se aplicó Rho de Spearman. Se realizó correlación lineal controlando las variables sociodemográficas para comprobar significancia estadística para cada factor de maltrato. Lo mismo se hizo con variables académicas.

Los datos fueron analizados utilizando software Jasp 0.17.3 (Apple Silicon), proyecto con código abierto auspiciado por la Universidad de Amsterdam.⁶¹ Se consideró la significancia estadística con $p < 0.05$.

3.6. Consideraciones éticas

El estudio se guio por las Regulaciones Nacionales de Chile asociadas a la investigación científica con personas: Ley N° 19.628 y Ley N° 20120.

La recolección se realizó después de la autorización institucional de cada universidad. El consentimiento informado explicitó un máximo de detalles de los objetivos y usos posteriores del estudio, el tipo de participación solicitada, los riesgos asociados y las garantías de libertad y voluntariedad, confidencialidad de la participación, así como el poder retirarse cuando lo desearan. (Anexo 2) Los consentimientos informados se formalizaron con la firma del formulario respectivo. Las encuestas fueron anonimizadas.

Los datos están almacenados en un computador con clave y sólo han sido analizados por la Investigadora Responsable y el Tutor.

IV. RESULTADOS

4.1 Descripción de participantes

Se obtuvo una muestra de 456 estudiantes de Medicina, con edades entre los 18 y 52 años (Md=23; M=23,3; RIC= 4,0; DE=3,4), siendo en su mayoría mujeres (n=281; 61,62%). Tabla

4.1.

Tabla 4.1 Características sociodemográficas de los estudiantes de medicina

| Variable | Valores | n | % |
|--------------------|------------------------|-----|------|
| Sexo | Hombre | 171 | 37,5 |
| | Mujer | 281 | 61,6 |
| | Otro | 4 | 0,9 |
| Estado Civil | Soltero/a | 427 | 93,6 |
| | Casado/a | 9 | 2,0 |
| | Divorciado/a | 2 | 0,4 |
| | Conviviente civil | 2 | 0,4 |
| | Conviviente informal | 16 | 3,5 |
| Hijos | No | 446 | 97,8 |
| | Si | 10 | 2,2 |
| Pueblo Originario | No | 438 | 96,1 |
| | Si | 16 | 3,5 |
| | No responde | 2 | 0,4 |
| Raza | Rubio | 37 | 8,1 |
| | Moreno | 73 | 16,0 |
| | Blanco de pelo oscuro | 197 | 43,2 |
| | Pelirrojo | 6 | 1,3 |
| | Latino | 132 | 29,0 |
| | Indígena | 2 | 0,4 |
| | Afrodescendiente | 1 | 0,2 |
| | Otro | 8 | 1,8 |
| PACE | Si | 19 | 4,2 |
| Discapacidad | Si | 28 | 6,2 |
| Cuida a | Preescolar | 8 | 1,8 |
| | Escolar | 7 | 1,5 |
| | Adulto mayor | 22 | 4,8 |
| | Enfermo | 14 | 3,1 |
| | Discapacitado | 8 | 1,8 |
| Orientación sexual | Heterosexual | 193 | 42,3 |
| | Homosexual | 153 | 33,6 |
| | Bisexual | 94 | 20,6 |
| | Asexual | 12 | 2,6 |
| | Otro | 4 | 0,9 |
| Trabaja | Jornada completa | 6 | 1,3 |
| | Media Jornada (22Hrs) | 2 | 0,4 |
| | Menos de media jornada | 12 | 2,6 |
| | Trabajos esporádicos | 73 | 15,8 |

La tabla 4.2 muestra los grados de satisfacción de los estudiantes con los estudios, la salud, la vida y el equilibrio entre los estudios y la vida. Respecto a la satisfacción con los estudios lo más frecuentes fue sentirse ni satisfecho ni insatisfecho, seleccionado por el 33,4% de los participantes. En cuanto a la satisfacción con la salud, con la vida y con el equilibrio entre los estudios y la vida, lo más frecuente fue sentirse satisfecho, en el 31%, 35,6% y 30,1% respectivamente. El mayor porcentaje de insatisfecho fue en el equilibrio entre los estudios y la vida que alcanzó un 6,2% de los encuestados.

Tabla 4.2 Grado de Satisfacción de los estudiantes

| Variable | Valores | n | % |
|-------------------------------------------------------------|--------------------------------|-----|------|
| Satisfacción con los estudios | Totalmente insatisfecho | 8 | 1,8 |
| | Muy Insatisfecho | 9 | 2,0 |
| | Insatisfecho | 44 | 9,7 |
| | Ni insatisfecho, ni satisfecho | 151 | 33,4 |
| | Satisfecho | 140 | 31,0 |
| | Muy satisfecho | 56 | 12,4 |
| | Totalmente satisfecho | 22 | 4,9 |
| Satisfacción con la salud | Ausente | 22 | 4,9 |
| | Totalmente insatisfecho | 6 | 1,3 |
| | Muy Insatisfecho | 23 | 5,1 |
| | Insatisfecho | 89 | 19,7 |
| | Ni insatisfecho, ni satisfecho | 52 | 11,5 |
| | Satisfecho | 140 | 31,0 |
| | Muy satisfecho | 92 | 20,4 |
| Satisfacción con la vida | Totalmente satisfecho | 50 | 11,1 |
| | Totalmente insatisfecho | 9 | 2,0 |
| | Muy Insatisfecho | 17 | 3,8 |
| | Insatisfecho | 47 | 10,4 |
| | Ni insatisfecho, ni satisfecho | 65 | 14,4 |
| | Satisfecho | 161 | 35,6 |
| | Muy satisfecho | 119 | 26,3 |
| Satisfacción con el equilibrio entre los estudios y la vida | Totalmente satisfecho | 34 | 7,5 |
| | Totalmente insatisfecho | 28 | 6,2 |
| | Muy Insatisfecho | 58 | 12,8 |
| | Insatisfecho | 110 | 24,3 |
| | Ni insatisfecho, ni satisfecho | 68 | 15,0 |
| | Satisfecho | 136 | 30,1 |
| | Muy satisfecho | 41 | 9,1 |
| Totalmente satisfecho | 11 | 2,4 | |

Fuente: elaboración propia

4.2 Contexto académico de los estudiantes

Participaron 6 universidades chilenas, con número de estudiantes entre 204 y 32 por cada universidad. Tabla 4.3

Tabla 4.3 Características académicas de los estudiantes

| Variable | Valores | n | % |
|---------------------------------------|---------------------------------------|-----|------|
| Universidad | U1 | 204 | 44,7 |
| | U2 | 68 | 14,9 |
| | U3 | 32 | 7,0 |
| | U4 | 39 | 8,6 |
| | U5 | 58 | 12,7 |
| | U6 | 55 | 12,1 |
| Nivel | Primero | 54 | 11,8 |
| | Segundo | 40 | 8,8 |
| | Tercero | 53 | 11,6 |
| | Cuarto | 62 | 13,6 |
| | Quinto | 72 | 15,8 |
| | Sexto | 81 | 17,8 |
| | Séptimo | 94 | 20,6 |
| Asignación de actividades prácticas | Teóricas | 14 | 3,1 |
| | Principalmente teóricas | 143 | 31,6 |
| | Igualmente teóricas y prácticas | 120 | 26,6 |
| | Principalmente prácticas | 115 | 24,4 |
| | Prácticas | 60 | 13,3 |
| Asignación de actividades sincrónicas | Sincrónicas | 180 | 39,8 |
| | Principalmente sincrónicas | 185 | 40,9 |
| | Igualmente sincrónicas y asincrónicas | 58 | 12,8 |
| | Principalmente asincrónicas | 21 | 4,7 |
| | Asincrónicas | 8 | 1,8 |
| Asignación de estudiantes | Menos de 9 | 44 | 9,7 |
| | 9-19 | 120 | 26,6 |
| | 20-29 | 96 | 21,2 |
| | 30-39 | 42 | 9,2 |
| | 49-49 | 28 | 6,2 |
| | Más de 50 | 192 | 27,0 |
| Carrera previa | No | 405 | 88,8 |
| | Si | 51 | 11,2 |

Fuente: elaboración propia

4.3 Descripción del Maltrato

En el análisis de confiabilidad todos los factores de maltrato mostraron ser confiables. La tabla 4.4 muestra los valores ω de McDonald y α de Cronbach para cada factor. La escala de frecuencia va de 1 a 5. El factor con mayor frecuencia fue exigencias desreguladas con una mediana de 2.4 (M=2.48; RIC=1.20; DE=0.84) y el de menor frecuencia fue acoso sexual con una mediana de 1 (M=1.19; RIC=0.33; DE=0.32). Tabla 4.4

Tabla 4.4 Confiabilidad y frecuencia de los factores de maltrato

| | Desmoralización | Exigencias desreguladas | Violencia física | Restricciones de aprendizaje | Negación de necesidades básicas | Acoso sexual |
|------------------------------|------------------------|-------------------------|--------------------|------------------------------|---------------------------------|--------------------|
| α de Cronbach | 0.923 (0.912-0.933) | 0.829 (0.802-0.852) | 0.645(0.603-0.684) | 0.762(0.726-0.795) | 0.711(0.668-0.749) | 0.709(0.680-0.737) |
| ω de McDonald | 0.924 (0.913-0.934) | 0.832 (0.807-0.856) | 0.709(0.662-0.756) | 0.771(0.738-0.805) | 0.746(0.703-0.778) | 0.788(0.758-0.823) |
| Mediana | 1.714 | 2.400 | 1.000 | 1.200 | 1.667 | 1.000 |
| Media | 1.908 | 2.484 | 1.222 | 1.396 | 1.854 | 1.190 |
| Desviación Típica | 0.770 | 0.841 | 0.343 | 0.528 | 0.805 | 0.315 |
| RIC(IQR) | 1.000 | 1.200 | 0.400 | 0.600 | 1.333 | 0.333 |
| Asimetría | 1.100 | 0.371 | 2.470 | 1.962 | 0.913 | 2.306 |
| Error Típico de la Asimetría | 0.114 | 0.114 | 0.114 | 0.114 | 0.114 | 0.114 |
| Curtosis | 1.228 | -0.190 | 8.524 | 4.993 | 0.320 | 5.718 |
| Error Típico de la Curtosis | 0.228 | 0.228 | 0.228 | 0.228 | 0.228 | 0.228 |
| Shapiro-Wilk | 0.909 | 0.979 | 0.682 | 0.758 | 0.892 | 0.656 |
| Valor de p de Shapiro-Wilk | < .001 | < .001 | < .001 | < .001 | < .001 | < .001 |
| Mínimo | 1.000 | 1.000 | 1.000 | 1.000 | 1.000 | 1.000 |
| Máximo | 5.000 | 5.000 | 3.400 | 4.600 | 5.000 | 2.667 |

Fuente: elaboración propia

El 97,6% de los estudiantes de medicina refirió haber percibido al menos una situación de maltrato durante el último semestre. Al contabilizar por factor cuántos estudiantes había

percibido situación de maltrato, el 88,4% percibió desmoralización, el 95,8% exigencias desreguladas, el 46,9% violencia física, el 59,5% restricción de aprendizaje, el 73,7% dificultad para satisfacer las necesidades básicas y el 43,2% acoso sexual. Tabla 4.5.

Tabla 4.5 Frecuencia de maltrato (%)

| Variable | Valores | n | % |
|---------------------------------|---------|-----|-------|
| Maltrato global | Sí | 438 | 97,6% |
| | No. | 11 | 2,4% |
| Desmoralización | Sí | 397 | 88,4% |
| | No. | 52 | 11,6% |
| Exigencias desreguladas | Sí | 430 | 95,7% |
| | No | 19 | 4,3% |
| Violencia física | Sí | 211 | 47% |
| | No | 238 | 53% |
| Restricción de aprendizaje | Sí | 267 | 59,5% |
| | No | 182 | 40,5% |
| Negación de necesidades básicas | Sí | 331 | 73,7% |
| | No | 118 | 26,3% |
| Acoso sexual | Sí | 194 | 43,2% |
| | No | 255 | 56,8% |

Fuente: elaboración propia

4.4 Relación del maltrato con características sociodemográficas

La frecuencia de maltrato mostró distribución asimétrica por lo que para estudio de muestras pareadas se utilizó Mann-Whitney y para las variables con más de dos opciones se utilizó Kruskal-Wallis.

Al analizar la variable sexo, el maltrato fue percibido con mayor frecuencia por estudiantes de sexo femenino con significancia estadística en los factores desmoralización, exigencias desreguladas, dificultad para satisfacer necesidades básicas y acoso sexual, $p < 0.05$. Tabla 4.6 y Figura 4.1.

Tabla 4.6. Sexo y frecuencia de maltrato

| Factor | Sexo | Mediana | Mann-Whitney p |
|-----------------------------------------|--------|---------|----------------|
| Desmoralización | Hombre | 1,760 | 0,003 |
| | Mujer | 1,998 | |
| Exigencias desreguladas | Hombre | 2,354 | 0,004 |
| | Mujer | 2,560 | |
| Violencia física | Hombre | 1,223 | 0,627 |
| | Mujer | 1,225 | |
| Restricciones de aprendizaje | Hombre | 1,376 | 0,076 |
| | Mujer | 1,409 | |
| Negación de satisfacción de necesidades | Hombre | 1,759 | 0,031 |
| | Mujer | 1,912 | |
| Acoso sexual | Hombre | 1,105 | < 0,01 |
| | Mujer | 1,243 | |

Fuente: elaboración propia

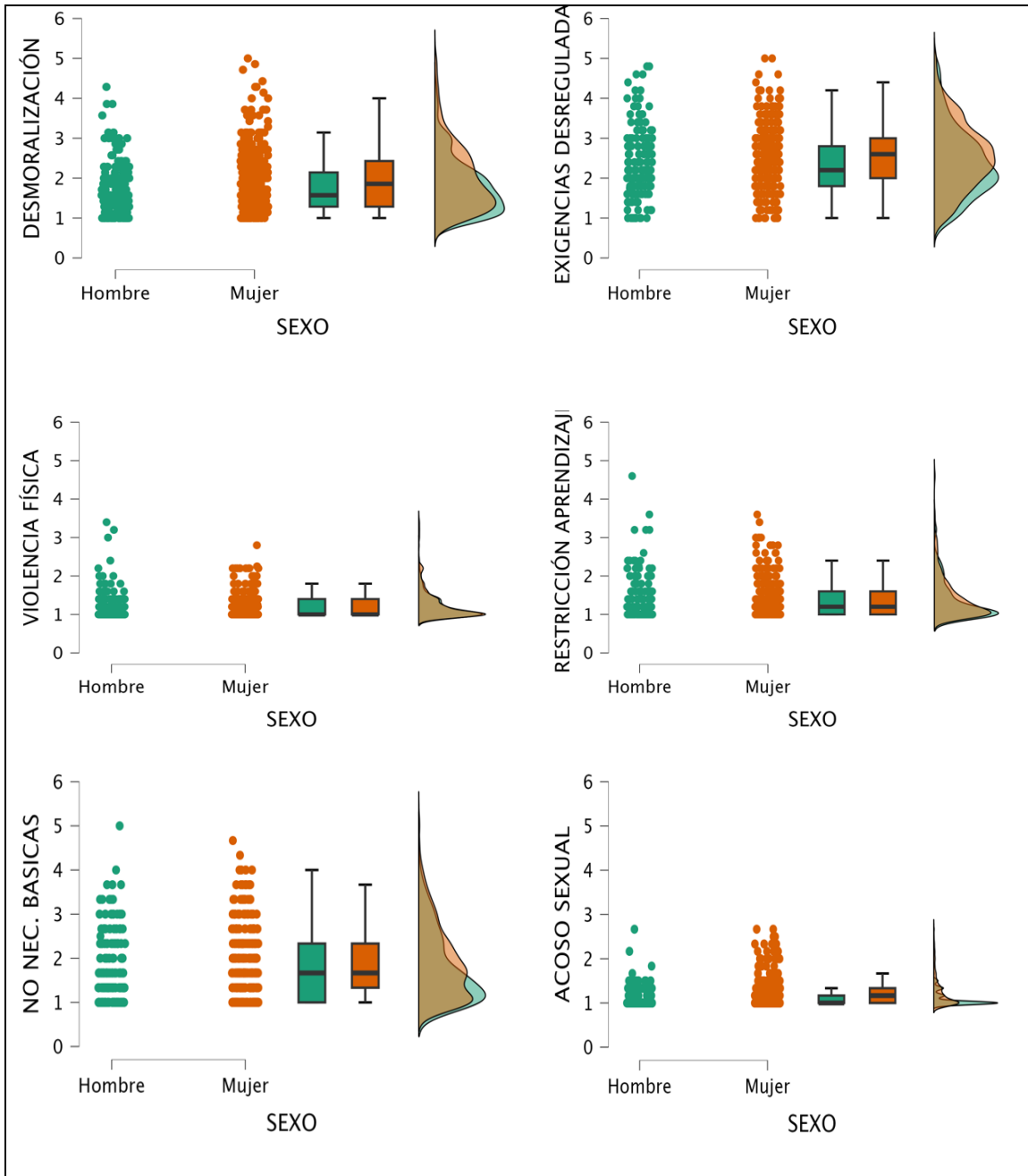


Figura 4.1 Relación entre el sexo y factores de maltrato

Fuente: elaboración propia

Al aplicar contraste de Kruskal-Wallis, a cada una de las variables demográficas, la frecuencia de maltrato presentó una variación significativa con el estado civil en los 6 factores. El estado de convivencia civil es el que presentó mayor frecuencia de todos los factores de maltrato. Figura 4.2.

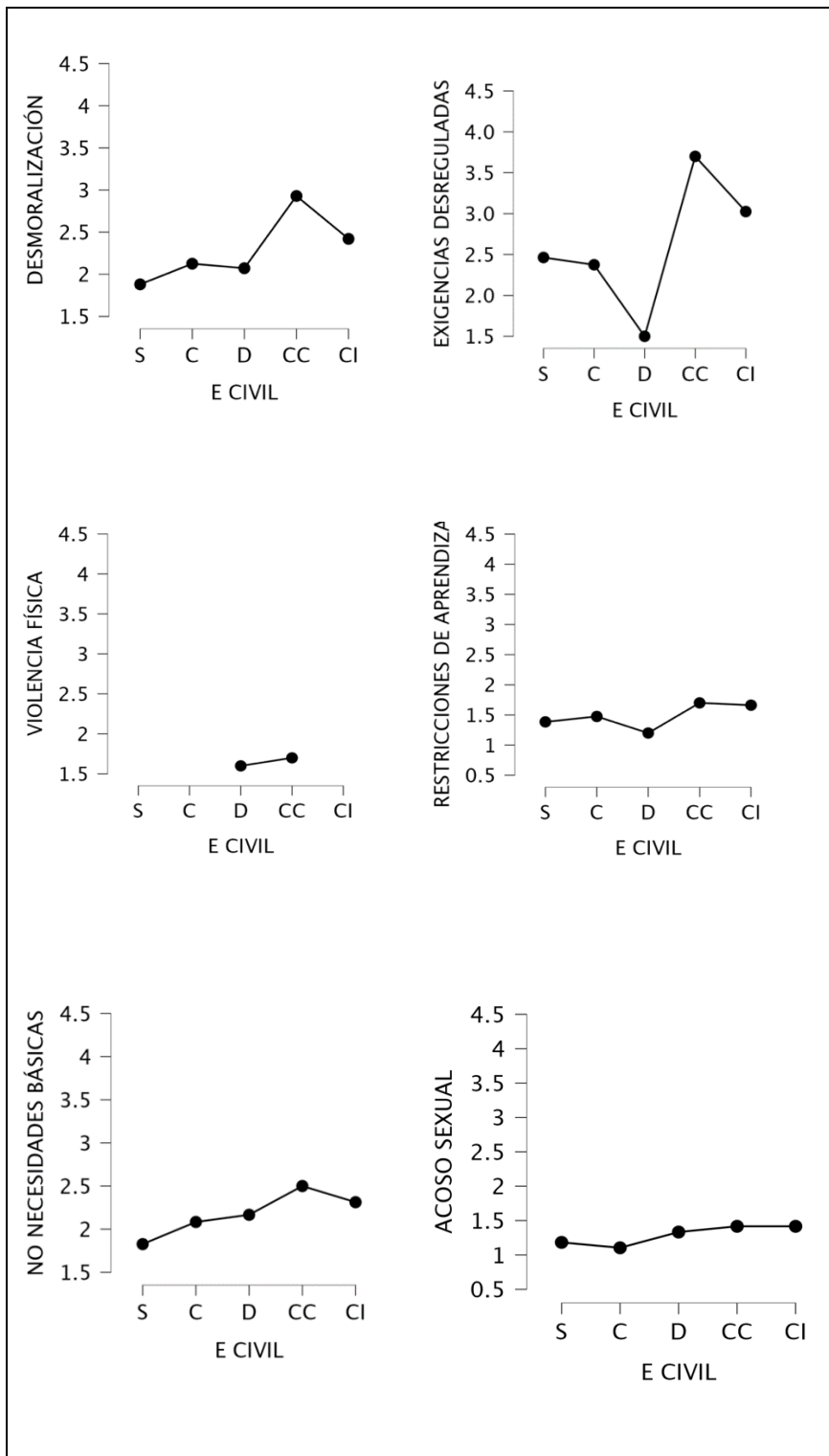


Figura 4.2 Relación entre estado civil y factores de maltrato. (S=soltero; C=casado; D=divorciado; CC=convivencia civil; CI=convivencia informal)

Fuente: elaboración propia

Otras variables sociodemográficas que se relacionaron de manera significativa con restricción de oportunidades de aprendizaje fueron: tener hijos, el tipo de preferencia sexual, trabajar además de estudiar, tener alguna discapacidad, ser cuidador de enfermo y cuidador de adulto mayor. La variable relacionada con negación de satisfacción de necesidades básicas fue ser cuidador de adulto mayor; con violencia física fue el tener hijos y con acoso sexual se relacionó el tipo de preferencia sexual $p < 0,05$.

Al correlacionar el ingreso mensual con los factores de maltrato, se vio correlación negativa con desmoralización, exigencias desreguladas y restricción de aprendizaje.

Al relacionar la satisfacción de los estudiantes con los estudios y la salud, todos los factores de maltrato mostraron una relación estadísticamente significativa. La satisfacción con la vida y con el equilibrio entre los estudios y la vida, no se relacionaron con el factor acoso sexual. Para el resto de los factores si hubo una relación estadísticamente significativa.

La edad mostró correlación positiva con los seis factores de maltrato al aplicar correlación Rho de Spearman, $p < 0.001$. Tabla 4.7

Tabla 4.7 Correlación de la edad con los factores de maltrato

| Variable | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|----------------------------------------------------|-----------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|---|
| 1. Desmoralización | Rho de Spearman | — | | | | | | |
| | Valor p | — | | | | | | |
| 2. Exigencias desreguladas | Rho de Spearman | 0.615 | — | | | | | |
| | Valor p | < .001 | — | | | | | |
| 3Violencia física | Rho de Spearman | 0.644 | 0.411 | — | | | | |
| | Valor p | < .001 | < .001 | — | | | | |
| 4. Restricción de aprendizaje | Rho de Spearman | 0.581 | 0.531 | 0.424 | — | | | |
| | Valor p | < .001 | < .001 | < .001 | — | | | |
| 5. Negación de satisfacción de necesidades básicas | Rho de Spearman | 0.597 | 0.566 | 0.446 | 0.542 | — | | |
| | Valor p | < .001 | < .001 | < .001 | < .001 | — | | |
| 6. Acosos sexual | Rho de Spearman | 0.506 | 0.401 | 0.482 | 0.356 | 0.474 | — | |
| | Valor p | < .001 | < .001 | < .001 | < .001 | < .001 | — | |
| 7.Edad | Rho de Spearman | 0.311 | 0.167 | 0.274 | 0.256 | 0.347 | 0.324 | — |
| | Valor p | < .001 | 0.036 | < .001 | < .001 | < .001 | < .001 | — |

Fuente: elaboración propia

Se realizó un análisis de regresión lineal controlando las variables sociodemográficas. Tabla 4.8. Para el factor desmoralización, se mantuvo significancia estadística con la variable edad, sexo, estado civil, el ingreso mensual y discapacidad. Siendo las condiciones de mayor edad, ser mujer, tener una convivencia informal y menores ingresos los asociados con desmoralización. No presentar una discapacidad se relaciona en forma negativa. Tabla 4.9.

Tabla 4.8. Modelo de regresión lineal para variables sociodemográficas

| ANOVA | | | | | | |
|----------------|-----------|-------------------|-----|----------------|-------|--------|
| Modelo | | Suma de Cuadrados | gl | Cuadrado Medio | F | p |
| H ₁ | Regresión | 39.634 | 28 | 1.416 | 2.667 | < .001 |
| | Error | 211.749 | 399 | 0.531 | | |
| | Total | 251.383 | 427 | | | |

Fuente: elaboración propia

Tabla 4.9. Regresión lineal variables socioeconómicas y desmoralización

| Coefficients | | | | | | |
|----------------|--------------------------------|---------------|--------------|-------------------------|--------|--------|
| Modelo | | No tipificado | Error Típico | Tipificado ^a | t | p |
| H ₀ | (Intercept) | 1.923 | 0.037 | | 51.860 | < .001 |
| H ₁ | (Intercept) | 145.208 | 53.882 | | 2.695 | 0.007 |
| | EDAD | 0.049 | 0.012 | 0.215 | 4.021 | < .001 |
| | INGRESOMENSUAL | -0.014 | 0.005 | -0.127 | -2.680 | 0.008 |
| | ECIVIL (C) | -0.151 | 0.347 | | -0.434 | 0.664 |
| | ECIVIL (D) | 0.038 | 0.523 | | 0.072 | 0.943 |
| | ECIVIL (CC) | 0.807 | 0.528 | | 1.530 | 0.127 |
| | ECIVIL (CI) | 0.414 | 0.196 | | 2.115 | 0.035 |
| | SEXO (Mujer) | 0.341 | 0.128 | | 2.673 | 0.008 |
| | ATR_SEXUAL (HM) | 0.197 | 0.140 | | 1.413 | 0.159 |
| | ATR_SEXUAL (BI) | 0.122 | 0.105 | | 1.162 | 0.246 |
| | ATR_SEXUAL (A) | 0.237 | 0.245 | | 0.967 | 0.334 |
| | HIJOS (Sí) | 0.889 | 0.564 | | 1.576 | 0.116 |
| | CUIDA_PREESCOLAR (Sí) | -1.024 | 0.641 | | -1.597 | 0.111 |
| | CUIDA_ESCOLAR (Sí) | 0.015 | 0.333 | | 0.046 | 0.964 |
| | CUIDA_ENFERMO (Sí) | -0.072 | 0.237 | | -0.303 | 0.762 |
| | CUIDA_AMAYOR (Sí) | 0.232 | 0.196 | | 1.183 | 0.237 |
| | CUIDA_DISCAPACITADO (Sí) | -0.033 | 0.296 | | -0.112 | 0.910 |
| | TRABAJA (JC) | -0.296 | 0.369 | | -0.803 | 0.422 |
| | TRABAJA (MJ) | -0.738 | 0.523 | | -1.412 | 0.159 |
| | TRABAJA (< MJ) | 0.279 | 0.231 | | 1.209 | 0.228 |
| | TRABAJA (Esp) | 0.151 | 0.098 | | 1.539 | 0.125 |
| | RACIAL (Moreno) | -0.003 | 0.153 | | -0.017 | 0.986 |
| | RACIAL (Blanco de pelo oscuro) | -0.086 | 0.136 | | -0.629 | 0.530 |
| | RACIAL (Pelirrojo) | -0.466 | 0.333 | | -1.400 | 0.162 |
| | RACIAL (Latino) | 0.075 | 0.143 | | 0.524 | 0.601 |
| | RACIAL (Indígena) | -0.720 | 0.541 | | -1.330 | 0.184 |
| | RACIAL (Afrodescendiente) | -0.708 | 0.741 | | -0.956 | 0.340 |
| | RACIAL (Otro Indique cuál) | -0.385 | 0.300 | | -1.284 | 0.200 |
| | NO_DISCAPACIDAD (Checked) | -0.326 | 0.147 | | -2.212 | 0.028 |

Fuente: elaboración propia

Para el factor exigencias desreguladas se mantuvo con significancia estadística la edad, el ingreso mensual y el estado civil. El ingreso mensual y estar divorciado mostraron valores negativos. Tabla 4.10.

Tabla 4.10. Regresión lineal entre variables socioeconómicas y exigencias desreguladas

| Coefficients | | | | | | |
|----------------|--------------------------------|---------------|--------------|-------------------------|--------|--------|
| Modelo | | No tipificado | Error Típico | Tipificado ^a | t | p |
| H ₀ | (Intercept) | 2.498 | 0.040 | | 61.731 | < .001 |
| H ₁ | (Intercept) | 186.307 | 59.776 | | 3.117 | 0.002 |
| | EDAD | 0.031 | 0.013 | 0.127 | 2.338 | 0.020 |
| | INGRESOMENSUAL | -0.018 | 0.006 | -0.149 | -3.083 | 0.002 |
| | SEXO (Mujer) | 0.104 | 0.141 | | 0.736 | 0.462 |
| | ECIVIL (C) | 0.044 | 0.385 | | 0.115 | 0.908 |
| | ECIVIL (D) | -1.179 | 0.581 | | -2.031 | 0.043 |
| | ECIVIL (CC) | 1.150 | 0.585 | | 1.964 | 0.050 |
| | ECIVIL (CI) | 0.321 | 0.217 | | 1.480 | 0.140 |
| | HIJOS (Sí) | -0.504 | 0.625 | | -0.806 | 0.421 |
| | CUIDA_PREESCOLAR (Sí) | -0.192 | 0.711 | | -0.270 | 0.787 |
| | CUIDA_ESCOLAR (Sí) | 0.487 | 0.369 | | 1.320 | 0.188 |
| | CUIDA_AMAYOR (Sí) | 0.148 | 0.217 | | 0.682 | 0.495 |
| | CUIDA_ENFERMO (Sí) | 0.036 | 0.263 | | 0.137 | 0.891 |
| | CUIDA_DISCAPACITADO (Sí) | 0.232 | 0.329 | | 0.706 | 0.480 |
| | TRABAJA (JC) | -0.422 | 0.409 | | -1.031 | 0.303 |
| | TRABAJA (MJ) | -0.932 | 0.580 | | -1.607 | 0.109 |
| | TRABAJA (< MJ) | -0.278 | 0.256 | | -1.086 | 0.278 |
| | TRABAJA (Esp) | 0.041 | 0.109 | | 0.374 | 0.709 |
| | ATR_SEXUAL (HM) | -0.129 | 0.155 | | -0.834 | 0.405 |
| | ATR_SEXUAL (BI) | 0.019 | 0.116 | | 0.166 | 0.868 |
| | ATR_SEXUAL (A) | -0.076 | 0.272 | | -0.278 | 0.781 |
| | RACIAL (Moreno) | -0.063 | 0.169 | | -0.373 | 0.709 |
| | RACIAL (Blanco de pelo oscuro) | -0.090 | 0.151 | | -0.594 | 0.553 |
| | RACIAL (Pelirrojo) | -0.541 | 0.369 | | -1.465 | 0.144 |
| | RACIAL (Latino) | 0.126 | 0.158 | | 0.795 | 0.427 |
| | RACIAL (Indígena) | 0.564 | 0.600 | | 0.939 | 0.348 |
| | RACIAL (Afrodescendiente) | -1.004 | 0.822 | | -1.221 | 0.223 |
| | RACIAL (Otro Indique cuál) | -0.420 | 0.333 | | -1.264 | 0.207 |
| | NO_DISCAPACIDAD (Checked) | -0.253 | 0.163 | | -1.547 | 0.123 |

Fuente: elaboración propia

Para el factor de violencia física, hubo relación significativa con la edad, el estado civil, el tener hijos, cuidado de preescolar y discapacidad. Del estado civil, se relaciona con la

convivencia informal. El no tener discapacidad y el cuidado de preescolar muestran relación negativa. Tabla 4.11.

Tabla 4.11. Regresión lineal entre variables socioeconómicas y violencia física

| Coefficients | | | | | |
|----------------|--------------------------------|---------------|--------------|-------------------------|---------------|
| Modelo | | No tipificado | Error Típico | Tipificado ^a | t p |
| H ₀ | (Intercept) | 1.230 | 0.017 | | 72.894 < .001 |
| H ₁ | (Intercept) | 20.427 | 24.342 | | 0.839 0.402 |
| | EDAD | 0.022 | 0.005 | 0.217 | 4.093 < .001 |
| | INGRESOMENSUAL | -0.002 | 0.002 | -0.038 | -0.806 0.421 |
| | SEXO (Mujer) | 0.043 | 0.058 | | 0.740 0.460 |
| | ECIVIL (C) | -0.221 | 0.157 | | -1.412 0.159 |
| | ECIVIL (D) | 0.376 | 0.236 | | 1.591 0.112 |
| | ECIVIL (CC) | 0.317 | 0.238 | | 1.329 0.185 |
| | ECIVIL (CI) | 0.203 | 0.088 | | 2.292 0.022 |
| | HIJOS (Sí) | 0.783 | 0.255 | | 3.073 0.002 |
| | CUIDA_PREESCOLAR (Sí) | -0.732 | 0.290 | | -2.527 0.012 |
| | CUIDA_ESCOLAR (Sí) | -0.190 | 0.150 | | -1.265 0.207 |
| | TRABAJA (JC) | -0.304 | 0.167 | | -1.821 0.069 |
| | TRABAJA (MJ) | -0.204 | 0.236 | | -0.865 0.387 |
| | TRABAJA (< MJ) | 0.145 | 0.104 | | 1.394 0.164 |
| | TRABAJA (Esp) | 0.028 | 0.044 | | 0.633 0.527 |
| | ATR_SEXUAL (HM) | 0.092 | 0.063 | | 1.456 0.146 |
| | ATR_SEXUAL (BI) | 0.045 | 0.047 | | 0.956 0.340 |
| | ATR_SEXUAL (A) | 0.204 | 0.111 | | 1.841 0.066 |
| | CUIDA_AMAYOR (Sí) | 0.172 | 0.088 | | 1.945 0.052 |
| | CUIDA_ENFERMO (Sí) | 0.141 | 0.107 | | 1.320 0.188 |
| | CUIDA_DISCAPACITADO (Sí) | -0.015 | 0.134 | | -0.112 0.911 |
| | RACIAL (Moreno) | 0.033 | 0.069 | | 0.474 0.636 |
| | RACIAL (Blanco de pelo oscuro) | -0.066 | 0.062 | | -1.066 0.287 |
| | RACIAL (Pelirrojo) | 0.115 | 0.150 | | 0.766 0.444 |
| | RACIAL (Latino) | -0.031 | 0.064 | | -0.485 0.628 |
| | RACIAL (Indígena) | -0.206 | 0.244 | | -0.845 0.399 |
| | RACIAL (Afrodescendiente) | -0.253 | 0.335 | | -0.757 0.450 |
| | RACIAL (Otro Indique cuál) | -0.246 | 0.135 | | -1.816 0.070 |
| | NO_DISCAPACIDAD (Checked) | -0.165 | 0.067 | | -2.483 0.013 |

Fuente: elaboración propia

Para el factor de restricción de oportunidades de aprendizaje se mantuvo la edad, el ingreso mensual, la condición de trabajar, la discapacidad y la raza. Como en los factores anteriores, el ingreso muestra relación negativa, lo mismo no tener discapacidad. El trabajo esporádico

es la condición laboral relacionada en forma significativa. En cuanto a la raza, ser blanco de pelo oscuro o pelirrojo se relacionó en forma negativa. Tabla 4.12.

Tabla 4.12. Regresión lineal entre variables socioeconómicas y restricción de oportunidades de aprendizaje.

| Coefficients | | No tipificado | Error Típico | Tipificado ^a | t | p |
|----------------|--------------------------------|---------------|--------------|-------------------------|--------|--------|
| Modelo | | | | | | |
| H ₀ | (Intercept) | 1.408 | 0.026 | | 54.307 | < .001 |
| H ₁ | (Intercept) | 107.723 | 37.344 | | 2.885 | 0.004 |
| | EDAD | 0.028 | 0.008 | 0.173 | 3.274 | 0.001 |
| | INGRESOMENSUAL | -0.011 | 0.004 | -0.134 | -2.852 | 0.005 |
| | SEXO (Mujer) | 0.057 | 0.088 | | 0.644 | 0.520 |
| | ECIVIL (C) | -0.048 | 0.241 | | -0.201 | 0.841 |
| | ECIVIL (D) | -0.322 | 0.363 | | -0.888 | 0.375 |
| | ECIVIL (CC) | 0.208 | 0.366 | | 0.570 | 0.569 |
| | ECIVIL (CI) | 0.190 | 0.136 | | 1.402 | 0.162 |
| | HIJOS (Sí) | 0.122 | 0.391 | | 0.311 | 0.756 |
| | CUIDA_AMAYOR (Sí) | 0.254 | 0.136 | | 1.873 | 0.062 |
| | CUIDA_ENFERMO (Sí) | 0.281 | 0.164 | | 1.712 | 0.088 |
| | CUIDA_DISCAPACITADO (Sí) | 0.062 | 0.205 | | 0.301 | 0.764 |
| | TRABAJA (JC) | -0.042 | 0.256 | | -0.166 | 0.868 |
| | TRABAJA (MJ) | -0.387 | 0.362 | | -1.068 | 0.286 |
| | TRABAJA (< MJ) | -0.026 | 0.160 | | -0.164 | 0.870 |
| | TRABAJA (Esp) | 0.173 | 0.068 | | 2.541 | 0.011 |
| | ATR_SEXUAL (HM) | 0.035 | 0.097 | | 0.362 | 0.717 |
| | ATR_SEXUAL (BI) | -0.104 | 0.072 | | -1.438 | 0.151 |
| | ATR_SEXUAL (A) | -0.114 | 0.170 | | -0.670 | 0.503 |
| | CUIDA_PREESCOLAR (Sí) | -0.186 | 0.444 | | -0.419 | 0.675 |
| | CUIDA_ESCOLAR (Sí) | 0.004 | 0.231 | | 0.019 | 0.985 |
| | NO_DISCAPACIDAD (Checked) | -0.357 | 0.102 | | -3.500 | < .001 |
| | RACIAL (Moreno) | -0.193 | 0.106 | | -1.821 | 0.069 |
| | RACIAL (Blanco de pelo oscuro) | -0.233 | 0.094 | | -2.472 | 0.014 |
| | RACIAL (Pelirrojo) | -0.467 | 0.231 | | -2.027 | 0.043 |
| | RACIAL (Latino) | -0.083 | 0.099 | | -0.838 | 0.403 |
| | RACIAL (Indígena) | -0.162 | 0.375 | | -0.433 | 0.665 |
| | RACIAL (Afrodescendiente) | -0.574 | 0.514 | | -1.117 | 0.265 |
| | RACIAL (Otro Indique cuál) | -0.406 | 0.208 | | -1.952 | 0.052 |

Fuente: elaboración propia

En el factor de negación de satisfacción de necesidades básicas se mantuvo la edad y el trabajo, en este último, se relacionó con el trabajo de jornada completa. Tabla 4.13.

Tabla 4.13. Regresión lineal entre variables socioeconómicas y negación de satisfacción de necesidades básicas.

| Coefficients | | No tipificado | Error Típico | Tipificado ^a | t | p |
|----------------|--------------------------------|---------------|--------------|-------------------------|--------|--------|
| Modelo | | | | | | |
| H ₀ | (Intercept) | 1.868 | 0.039 | | 47.577 | < .001 |
| H ₁ | (Intercept) | 104.505 | 57.344 | | 1.822 | 0.069 |
| | EDAD | 0.070 | 0.013 | 0.293 | 5.456 | < .001 |
| | INGRESOMENSUAL | -0.010 | 0.006 | -0.087 | -1.813 | 0.071 |
| | SEXO (Mujer) | 0.172 | 0.136 | | 1.268 | 0.205 |
| | ECIVIL (C) | 0.095 | 0.369 | | 0.256 | 0.798 |
| | ECIVIL (D) | 0.059 | 0.557 | | 0.106 | 0.916 |
| | ECIVIL (CC) | 0.234 | 0.562 | | 0.417 | 0.677 |
| | ECIVIL (CI) | 0.234 | 0.208 | | 1.124 | 0.262 |
| | HIJOS (Sí) | -0.570 | 0.600 | | -0.949 | 0.343 |
| | CUIDA_ PREESCOLAR (Sí) | -0.058 | 0.682 | | -0.085 | 0.932 |
| | CUIDA_ ESCOLAR (Sí) | -0.083 | 0.354 | | -0.236 | 0.814 |
| | CUIDA_ AMAYOR (Sí) | 0.390 | 0.208 | | 1.870 | 0.062 |
| | CUIDA_ ENFERMO (Sí) | 0.337 | 0.252 | | 1.336 | 0.182 |
| | CUIDA_ DISCAPACITADO (Sí) | -0.039 | 0.315 | | -0.125 | 0.901 |
| | TRABAJA (JC) | -1.011 | 0.393 | | -2.574 | 0.010 |
| | TRABAJA (MJ) | -0.437 | 0.556 | | -0.786 | 0.432 |
| | TRABAJA (< MJ) | -0.208 | 0.245 | | -0.848 | 0.397 |
| | TRABAJA (Esp) | 0.026 | 0.104 | | 0.252 | 0.801 |
| | ATR_ SEXUAL (HM) | 0.061 | 0.149 | | 0.411 | 0.682 |
| | ATR_ SEXUAL (BI) | 0.137 | 0.111 | | 1.234 | 0.218 |
| | ATR_ SEXUAL (A) | 0.176 | 0.261 | | 0.674 | 0.501 |
| | NO_ DISCAPACIDAD (Checked) | -0.299 | 0.157 | | -1.909 | 0.057 |
| | RACIAL (Moreno) | -0.240 | 0.162 | | -1.477 | 0.141 |
| | RACIAL (Blanco de pelo oscuro) | -0.201 | 0.145 | | -1.385 | 0.167 |
| | RACIAL (Pelirrojo) | -0.397 | 0.354 | | -1.122 | 0.262 |
| | RACIAL (Latino) | -0.083 | 0.152 | | -0.547 | 0.585 |
| | RACIAL (Indígena) | 0.020 | 0.576 | | 0.035 | 0.972 |
| | RACIAL (Afrodescendiente) | -0.166 | 0.789 | | -0.211 | 0.833 |
| | RACIAL (Otro Indique cuál) | -0.617 | 0.319 | | -1.933 | 0.054 |

Fuente: elaboración propia

Para el acoso sexual la variable edad, sexo, el trabajo, estado civil y la raza mostraron relación significativa. El ser mujer, de mayor edad, trabajar jornada completa y mantener convivencia informal se relacionaron en forma positiva. Ser de raza distinta a las mencionadas (moreno, blanco pelo oscuro, latino, pelirrojo, indígena, afrodescendiente) se relacionó en forma negativa. Tabla 4.14.

Tabla 4.14. Regresión lineal entre variables socioeconómicas y acoso sexual.

| Coefficients | | No tipificado | Error Típico | Tipificado ^a | t | p |
|----------------|--------------------------------|---------------|--------------|-------------------------|--------|--------|
| Modelo | | | | | | |
| H ₀ | (Intercept) | 1.197 | 0.016 | | 76.997 | < .001 |
| H ₁ | (Intercept) | 16.981 | 22.587 | | 0.752 | 0.453 |
| | EDAD | 0.025 | 0.005 | 0.260 | 4.859 | < .001 |
| | INGRESOMENSUAL | -0.002 | 0.002 | -0.034 | -0.721 | 0.471 |
| | SEXO (Mujer) | 0.144 | 0.053 | | 2.696 | 0.007 |
| | ECIVIL (C) | -0.099 | 0.145 | | -0.684 | 0.495 |
| | ECIVIL (D) | 0.001 | 0.219 | | 0.006 | 0.995 |
| | ECIVIL (CC) | 0.069 | 0.221 | | 0.312 | 0.755 |
| | ECIVIL (CI) | 0.172 | 0.082 | | 2.096 | 0.037 |
| | HIJOS (Sí) | -0.401 | 0.236 | | -1.697 | 0.090 |
| | CUIDA_PREESCOLAR (Sí) | 0.150 | 0.269 | | 0.558 | 0.577 |
| | CUIDA_ESCOLAR (Sí) | 0.068 | 0.139 | | 0.486 | 0.627 |
| | CUIDA_AMAYOR (Sí) | 0.116 | 0.082 | | 1.418 | 0.157 |
| | CUIDA_ENFERMO (Sí) | 0.123 | 0.099 | | 1.241 | 0.215 |
| | CUIDA_DISCAPACITADO (Sí) | -0.138 | 0.124 | | -1.113 | 0.267 |
| | TRABAJA (JC) | -0.332 | 0.155 | | -2.145 | 0.033 |
| | TRABAJA (MJ) | -0.184 | 0.219 | | -0.841 | 0.401 |
| | TRABAJA (< MJ) | -0.099 | 0.097 | | -1.023 | 0.307 |
| | TRABAJA (Esp) | -0.019 | 0.041 | | -0.471 | 0.638 |
| | ATR_SEXUAL (HM) | 0.012 | 0.059 | | 0.212 | 0.832 |
| | ATR_SEXUAL (BI) | 0.032 | 0.044 | | 0.725 | 0.469 |
| | ATR_SEXUAL (A) | 0.026 | 0.103 | | 0.257 | 0.797 |
| | NO_DISCAPACIDAD (Checked) | -0.107 | 0.062 | | -1.741 | 0.083 |
| | RACIAL (Moreno) | -0.085 | 0.064 | | -1.327 | 0.185 |
| | RACIAL (Blanco de pelo oscuro) | -0.069 | 0.057 | | -1.206 | 0.229 |
| | RACIAL (Pelirrojo) | -0.133 | 0.139 | | -0.950 | 0.343 |
| | RACIAL (Latino) | -0.065 | 0.060 | | -1.089 | 0.277 |
| | RACIAL (Indígena) | -0.222 | 0.227 | | -0.978 | 0.329 |
| | RACIAL (Afrodescendiente) | -0.033 | 0.311 | | -0.108 | 0.914 |
| | RACIAL (Otro Indique cuál) | -0.309 | 0.126 | | -2.460 | 0.014 |

Fuente: elaboración propia

4.5 Relación del maltrato con características académicas.

Al evaluar la correlación entre las variables académicas y los factores de maltrato, se encontró correlación positiva con el nivel de avance de la carrera y el predominio de actividades prácticas. La correlación fue negativa con el año de ingreso y con el tamaño de los grupos de estudiantes. Todas con $p < 0.001$. Tabla 4.15

Tabla 4.15 Correlación de maltrato con características académicas

| Variable | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
|----------------------------------------------------|-----------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|-------|----|
| 1. Desmoralización | Rho de Spearman | — | | | | | | | | | | |
| | Valor p | — | | | | | | | | | | |
| 2. Exigencias desreguladas | Rho de Spearman | 0.615 | — | | | | | | | | | |
| | Valor p | < .001 | — | | | | | | | | | |
| 3. Violencia física | Rho de Spearman | 0.644 | 0.411 | — | | | | | | | | |
| | Valor p | < .001 | < .001 | — | | | | | | | | |
| 4. Restricción aprendizaje | Rho de Spearman | 0.581 | 0.531 | 0.424 | — | | | | | | | |
| | Valor p | < .001 | < .001 | < .001 | — | | | | | | | |
| 5. Negación de satisfacción de necesidades básicas | Rho de Spearman | 0.597 | 0.566 | 0.446 | 0.542 | — | | | | | | |
| | Valor p | < .001 | < .001 | < .001 | < .001 | — | | | | | | |
| 6. Acosos sexual | Rho de Spearman | 0.506 | 0.401 | 0.482 | 0.356 | 0.474 | — | | | | | |
| | Valor p | < .001 | < .001 | < .001 | < .001 | < .001 | — | | | | | |
| 7. Actividades prácticas | Rho de Spearman | 0.286 | 0.201 | 0.238 | 0.232 | 0.359 | 0.394 | — | | | | |
| | Valor p | < .001 | < .001 | < .001 | < .001 | < .001 | < .001 | — | | | | |
| 8. N estudiantes | Rho de Spearman | -0.132 | -0.080 | -0.121 | -0.154 | -0.147 | -0.156 | -0.447 | — | | | |
| | Valor p | 0.005 | 0.090 | 0.010 | 0.001 | 0.002 | < .001 | < .001 | — | | | |
| 9. Año de ingreso | Rho de Spearman | -0.365 | -0.252 | -0.313 | -0.285 | -0.406 | -0.387 | -0.731 | 0.355 | — | | |
| | Valor p | < .001 | < .001 | < .001 | < .001 | < .001 | < .001 | < .001 | < .001 | — | | |
| 10. Nivel | Rho de Spearman | 0.368 | 0.256 | 0.314 | 0.277 | 0.415 | 0.425 | 0.803 | -0.386 | -0.929 | — | |
| | Valor p | < .001 | < .001 | < .001 | < .001 | < .001 | < .001 | < .001 | < .001 | < .001 | — | |
| 11. Asignación asincrónica | Rho de Spearman | 0.069 | 0.065 | -0.005 | 0.035 | 0.024 | 0.031 | -0.043 | -0.076 | -0.068 | 0.050 | — |
| | Valor p | 0.143 | 0.171 | 0.922 | 0.466 | 0.618 | 0.511 | 0.363 | 0.107 | 0.149 | 0.287 | — |

Fuente: elaboración propia

4.6 Comparación de la frecuencia de maltrato entre las universidades

Al comparar la frecuencia de los factores de maltrato en las distintas universidades con contraste de Kruskal-Wallis, se encontró diferencia significativa en desmoralización, exigencias desreguladas, violencia física, negación para satisfacer necesidades básicas y acoso sexual. Figura 4.3.

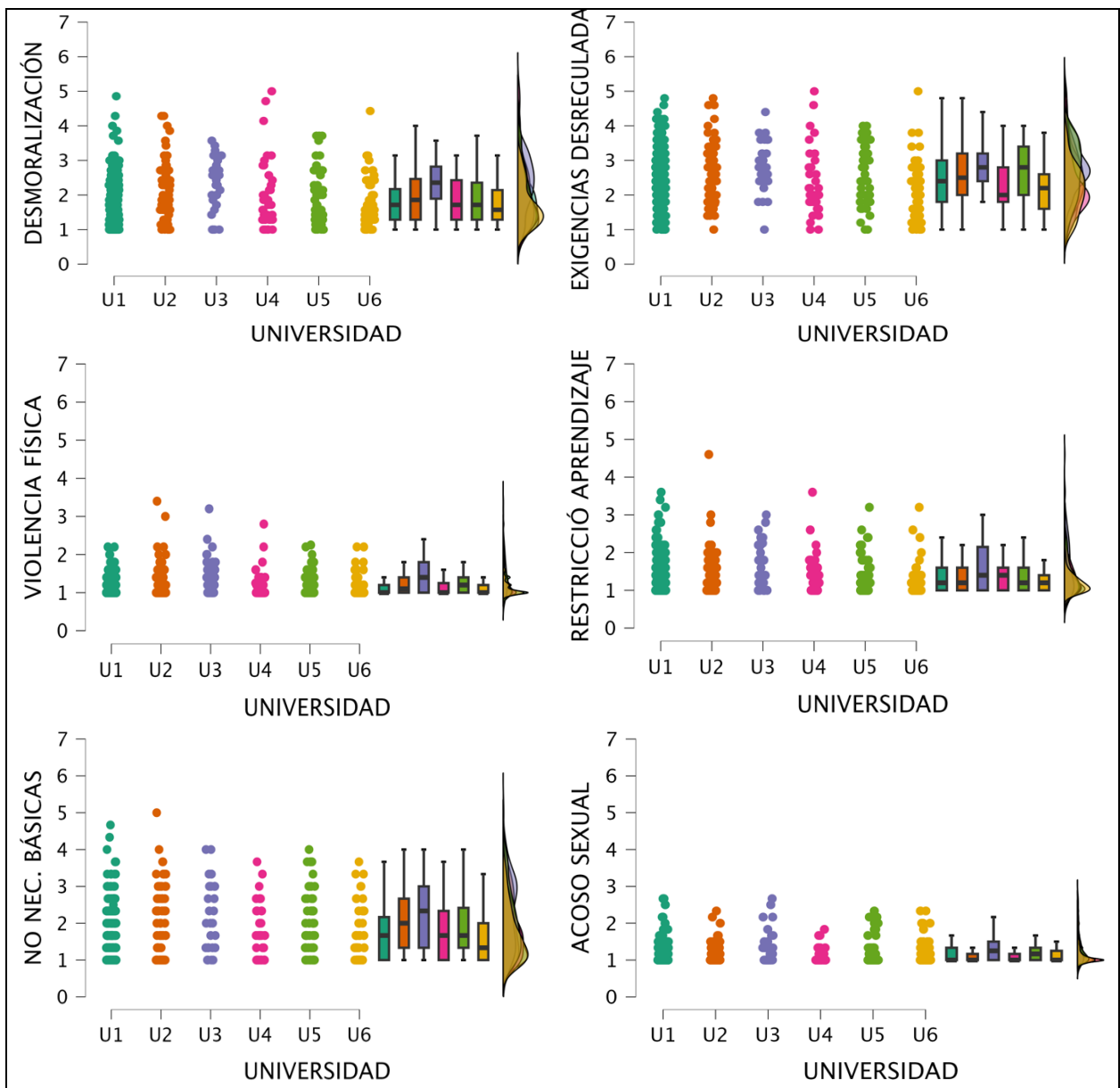


Figura 4.3 Frecuencia de maltrato en las distintas universidades.

Fuente: elaboración propia

Finalmente, se realizó un análisis de regresión lineal controlando las variables académicas.

Tabla 4.16. Para la desmoralización no hubo resultados con significancia estadística en alguna de las variables. Tabla 4.17.

Tabla 4.16 Modelo de regresión lineal para variables académicas

| ANOVA | | | | | | |
|----------------|-----------|-------------------|-----|----------------|-------|--------|
| Modelo | | Suma de Cuadrados | gl | Cuadrado Medio | F | p |
| H ₁ | Regresión | 33.401 | 17 | 1.965 | 2.992 | < .001 |
| | Error | 283.034 | 431 | 0.657 | | |
| | Total | 316.436 | 448 | | | |

Fuente: elaboración propia

Tabla 4.17. Regresión lineal entre variables académicas y factor desmoralización

| Coeficientes | | | | | | |
|------------------|-------------------------------------------------|---------------|--------------|-------------------------|--------|--------|
| Modelo | | No tipificado | Error Típico | Tipificado ^a | t | p |
| H ₀ | (Intercept) | 1.909 | 0.036 | | 52.405 | < .001 |
| H ₁ | (Intercept) | -28.818 | 251.930 | | -0.114 | 0.909 |
| | INGRESO | -0.049 | 0.041 | -0.144 | -1.199 | 0.231 |
| | ASIG_NALUMNOS | 0.013 | 0.024 | 0.029 | 0.533 | 0.594 |
| | ASIG_PRACTICA (Principalmente teóricas) | -0.102 | 0.213 | | -0.479 | 0.632 |
| | ASIG_PRACTICA (Igualmente teóricas y prácticas) | -0.216 | 0.228 | | -0.947 | 0.344 |
| | ASIG_PRACTICA (Principalmente prácticas) | -0.242 | 0.274 | | -0.883 | 0.378 |
| | ASIG_PRACTICA (Totalmente prácticas) | -0.273 | 0.291 | | -0.939 | 0.348 |
| | NIVEL (2º) | 0.088 | 0.162 | | 0.544 | 0.587 |
| | NIVEL (3º) | 0.039 | 0.169 | | 0.229 | 0.819 |
| | NIVEL (4º) | 0.258 | 0.197 | | 1.307 | 0.192 |
| | NIVEL (5º) | 0.096 | 0.224 | | 0.428 | 0.669 |
| | NIVEL (6º) | 0.402 | 0.291 | | 1.379 | 0.169 |
| | NIVEL (7º) | 0.549 | 0.326 | | 1.683 | 0.093 |
| | UNIVERSIDAD (U2) | 0.182 | 0.106 | | 1.712 | 0.088 |
| | UNIVERSIDAD (U3) | 0.265 | 0.153 | | 1.736 | 0.083 |
| | UNIVERSIDAD (U4) | 0.272 | 0.140 | | 1.943 | 0.053 |
| UNIVERSIDAD (U5) | 0.131 | 0.118 | | 1.117 | 0.265 | |
| UNIVERSIDAD (U6) | -0.027 | 0.115 | | -0.237 | 0.813 | |

Fuente: elaboración propia

Para las exigencias desreguladas hubo resultados significativos según la Universidad, siendo estadísticamente significativo el cursar en la U5. Tabla 4.18.

Tabla 4.18. Regresión lineal entre variables académicas y factor exigencias desreguladas

| Coefficients | | | | | | |
|----------------|-------------------------------------------------|---------------|--------------|-------------------------|--------|--------|
| Modelo | | No tipificado | Error Típico | Tipificado ^a | t | p |
| H ₀ | (Intercept) | 2.483 | 0.040 | | 62.608 | < .001 |
| H ₁ | (Intercept) | -33.272 | 277.647 | | -0.120 | 0.905 |
| | INGRESO | -0.011 | 0.045 | -0.029 | -0.239 | 0.811 |
| | ASIG_NALUMNOS | 0.006 | 0.026 | 0.012 | 0.214 | 0.831 |
| | ASIG_PRACTICA (Principalmente teóricas) | -0.021 | 0.235 | | -0.089 | 0.929 |
| | ASIG_PRACTICA (Igualmente teóricas y prácticas) | -0.091 | 0.251 | | -0.363 | 0.717 |
| | ASIG_PRACTICA (Principalmente prácticas) | -0.041 | 0.302 | | -0.136 | 0.892 |
| | ASIG_PRACTICA (Totalmente prácticas) | -0.069 | 0.320 | | -0.217 | 0.829 |
| | NIVEL (2º) | 0.163 | 0.179 | | 0.910 | 0.363 |
| | NIVEL (3º) | 0.296 | 0.186 | | 1.592 | 0.112 |
| | NIVEL (4º) | 0.302 | 0.217 | | 1.390 | 0.165 |
| | NIVEL (5º) | 0.202 | 0.247 | | 0.819 | 0.413 |
| | NIVEL (6º) | 0.464 | 0.321 | | 1.446 | 0.149 |
| | NIVEL (7º) | 0.654 | 0.360 | | 1.818 | 0.070 |
| | UNIVERSIDAD (U2) | 0.199 | 0.117 | | 1.698 | 0.090 |
| | UNIVERSIDAD (U3) | 0.190 | 0.168 | | 1.127 | 0.260 |
| | UNIVERSIDAD (U4) | -0.064 | 0.154 | | -0.412 | 0.681 |
| | UNIVERSIDAD (U5) | 0.268 | 0.130 | | 2.068 | 0.039 |
| | UNIVERSIDAD (U6) | -0.195 | 0.127 | | -1.537 | 0.125 |

Fuente: elaboración propia

El factor violencia física mostró resultados significativos según la universidad, tipo de actividades y nivel de avances. Siendo este factor significativo en la U2, U3 y U5, en actividades 100% prácticas y cursar séptimo actividades completamente prácticas y cursar séptimo año. Tabla 4.19.

Tabla 4.19. Regresión lineal entre variables académicas y violencia física.

| Coefficients | | | | | | |
|---------------------|-------------------------------------------------|----------------------|---------------------|-------------------------------|----------|----------|
| Modelo | | No tipificado | Error Típico | Tipificado^a | t | p |
| H ₀ | (Intercept) | 1.224 | 0.016 | | 75.218 | < .001 |
| H ₁ | (Intercept) | 96.644 | 109.234 | | 0.885 | 0.377 |
| | INGRESO | -0.030 | 0.018 | -0.198 | -1.691 | 0.092 |
| | ASIG_NALUMNOS | -0.003 | 0.010 | -0.018 | -0.336 | 0.737 |
| | ASIG_PRACTICA (Principalmente teóricas) | 0.022 | 0.092 | | 0.239 | 0.812 |
| | ASIG_PRACTICA (Igualmente teóricas y prácticas) | 0.056 | 0.099 | | 0.564 | 0.573 |
| | ASIG_PRACTICA (Principalmente prácticas) | -0.117 | 0.119 | | -0.982 | 0.327 |
| | ASIG_PRACTICA (Totalmente prácticas) | -0.261 | 0.126 | | -2.074 | 0.039 |
| | NIVEL (2º) | 0.036 | 0.070 | | 0.515 | 0.607 |
| | NIVEL (3º) | 0.021 | 0.073 | | 0.280 | 0.779 |
| | NIVEL (4º) | 0.007 | 0.085 | | 0.076 | 0.939 |
| | NIVEL (5º) | -0.075 | 0.097 | | -0.772 | 0.440 |
| | NIVEL (6º) | 0.168 | 0.126 | | 1.332 | 0.184 |
| | NIVEL (7º) | 0.288 | 0.142 | | 2.037 | 0.042 |
| | UNIVERSIDAD (U2) | 0.114 | 0.046 | | 2.464 | 0.014 |
| | UNIVERSIDAD (U3) | 0.280 | 0.066 | | 4.226 | < .001 |
| | UNIVERSIDAD (U4) | 0.113 | 0.061 | | 1.864 | 0.063 |
| | UNIVERSIDAD (U5) | 0.110 | 0.051 | | 2.162 | 0.031 |
| | UNIVERSIDAD (U6) | 0.025 | 0.050 | | 0.510 | 0.610 |

Fuente: elaboración propia

Para la restricción de oportunidades de aprendizaje, ningún resultado mantuvo significancia estadística. Tabla 4.20.

Tabla 4.20. Regresión lineal entre variables académicas y restricción de oportunidades de aprendizaje.

| Coefficients | | | | | | |
|----------------|--------------------------------------------------|---------------|--------------|-------------------------|--------|--------|
| Modelo | | No tipificado | Error Típico | Tipificado ^a | t | p |
| H ₀ | (Intercept) | 1.397 | 0.025 | | 55.888 | < .001 |
| H ₁ | (Intercept) | 244.897 | 176.806 | | 1.385 | 0.167 |
| | INGRESO | -0.039 | 0.029 | -0.170 | -1.379 | 0.169 |
| | ASIG_NALUMNOS | -0.016 | 0.017 | -0.054 | -0.965 | 0.335 |
| | ASIG_PRACTICA (Principalmente teóricas) | -0.066 | 0.149 | | -0.443 | 0.658 |
| | ASIG_PRACTICA (Iguualmente teóricas y prácticas) | -0.135 | 0.160 | | -0.844 | 0.399 |
| | ASIG_PRACTICA (Principalmente prácticas) | -0.292 | 0.192 | | -1.518 | 0.130 |
| | ASIG_PRACTICA (Totalmente prácticas) | -0.344 | 0.204 | | -1.689 | 0.092 |
| | NIVEL (2º) | -0.051 | 0.114 | | -0.451 | 0.652 |
| | NIVEL (3º) | 0.066 | 0.118 | | 0.555 | 0.579 |
| | NIVEL (4º) | 0.147 | 0.138 | | 1.063 | 0.288 |
| | NIVEL (5º) | 0.007 | 0.157 | | 0.043 | 0.965 |
| | NIVEL (6º) | 0.269 | 0.204 | | 1.317 | 0.189 |
| | NIVEL (7º) | 0.307 | 0.229 | | 1.340 | 0.181 |
| | UNIVERSIDAD (U2) | 0.036 | 0.075 | | 0.484 | 0.629 |
| | UNIVERSIDAD (U3) | 0.151 | 0.107 | | 1.407 | 0.160 |
| | UNIVERSIDAD (U4) | 0.102 | 0.098 | | 1.040 | 0.299 |
| | UNIVERSIDAD (U5) | 0.078 | 0.082 | | 0.950 | 0.343 |
| | UNIVERSIDAD (U6) | -0.080 | 0.081 | | -0.994 | 0.321 |

Fuente: elaboración propia

Para la negación de la satisfacción de necesidades básicas las universidades mantuvieron significancia estadística. Tabla 4.21.

Tabla 4.21. Regresión lineal entre variables académicas y negación de satisfacción de necesidades básicas

| Coefficients | | | | | | |
|----------------|--------------------------------------------------|-------------------------|--------------|-------------------------|--------|--------|
| Modelo | | No tipificado | Error Típico | Tipificado ^a | t | p |
| H ₀ | (Intercept) | 1.853 | 0.038 | | 48.475 | < .001 |
| H ₁ | (Intercept) | 137.076 | 248.000 | | 0.553 | 0.581 |
| | INGRESO | -0.063 | 0.040 | -0.177 | -1.565 | 0.118 |
| | ASIG_NALUMNOS | -8.775×10 ⁻⁴ | 0.024 | -0.002 | -0.037 | 0.970 |
| | ASIG_PRACTICA (Principalmente teóricas) | -0.013 | 0.210 | | -0.061 | 0.951 |
| | ASIG_PRACTICA (Igualemente teóricas y prácticas) | -0.033 | 0.224 | | -0.145 | 0.885 |
| | ASIG_PRACTICA (Principalmente prácticas) | -0.030 | 0.270 | | -0.110 | 0.912 |
| | ASIG_PRACTICA (Totalmente prácticas) | -0.140 | 0.286 | | -0.490 | 0.624 |
| | NIVEL (2º) | -0.159 | 0.160 | | -0.992 | 0.322 |
| | NIVEL (3º) | 0.022 | 0.166 | | 0.130 | 0.896 |
| | NIVEL (4º) | -0.101 | 0.194 | | -0.518 | 0.604 |
| | NIVEL (5º) | -0.104 | 0.220 | | -0.470 | 0.639 |
| | NIVEL (6º) | 0.345 | 0.287 | | 1.204 | 0.229 |
| | NIVEL (7º) | 0.543 | 0.321 | | 1.688 | 0.092 |
| | UNIVERSIDAD (U2) | 0.320 | 0.105 | | 3.061 | 0.002 |
| | UNIVERSIDAD (U3) | 0.222 | 0.150 | | 1.476 | 0.141 |
| | UNIVERSIDAD (U4) | 0.125 | 0.138 | | 0.907 | 0.365 |
| | UNIVERSIDAD (U5) | 0.299 | 0.116 | | 2.589 | 0.010 |
| | UNIVERSIDAD (U6) | -0.002 | 0.113 | | -0.021 | 0.983 |

Fuente: elaboración propia

Para el acoso sexual se mantuvo significancia estadística con la universidad y el nivel de la carrera y específicamente, U5 y cursar el séptimo nivel. Tabla 4.22.

Tabla 4.22. Regresión lineal entre variables académicas y acoso sexual

| Coefficients | | | | | | |
|----------------|-------------------------------------------------|---------------|--------------|-------------------------|--------|--------|
| Modelo | | No tipificado | Error Típico | Tipificado ^a | t | p |
| H ₀ | (Intercept) | 1.192 | 0.015 | | 79.591 | < .001 |
| H ₁ | (Intercept) | 50.703 | 100.976 | | 0.502 | 0.616 |
| | INGRESO | -0.008 | 0.016 | -0.058 | -0.495 | 0.621 |
| | ASIG_PRACTICA (Principalmente teóricas) | -0.023 | 0.085 | | -0.268 | 0.789 |
| | ASIG_PRACTICA (Igualmente teóricas y prácticas) | 0.025 | 0.091 | | 0.275 | 0.784 |
| | ASIG_PRACTICA (Principalmente prácticas) | -0.092 | 0.110 | | -0.836 | 0.404 |
| | ASIG_PRACTICA (Totalmente prácticas) | -0.030 | 0.116 | | -0.255 | 0.799 |
| | ASIG_NALUMNOS | -0.003 | 0.010 | -0.018 | -0.343 | 0.732 |
| | NIVEL (2º) | -0.048 | 0.065 | | -0.736 | 0.462 |
| | NIVEL (3º) | -0.028 | 0.068 | | -0.410 | 0.682 |
| | NIVEL (4º) | 0.045 | 0.079 | | 0.569 | 0.569 |
| | NIVEL (5º) | 0.034 | 0.090 | | 0.380 | 0.704 |
| | NIVEL (6º) | 0.177 | 0.117 | | 1.516 | 0.130 |
| | NIVEL (7º) | 0.306 | 0.131 | | 2.339 | 0.020 |
| | UNIVERSIDAD (U2) | -0.019 | 0.043 | | -0.455 | 0.650 |
| | UNIVERSIDAD (U3) | 0.066 | 0.061 | | 1.074 | 0.283 |
| | UNIVERSIDAD (U4) | -0.044 | 0.056 | | -0.793 | 0.428 |
| | UNIVERSIDAD (U5) | 0.083 | 0.047 | | 1.771 | 0.077 |
| | UNIVERSIDAD (U6) | 0.048 | 0.046 | | 1.039 | 0.299 |

Fuente: elaboración propia

V. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Discusión

En este estudio la percepción de maltrato por los estudiantes de medicina de seis universidades chilenas fue muy alta. Similar a los resultados obtenidos en los estudios en universidades chilenas de Bastías³⁸ y Maida,³⁷ y mayor a lo observado en el metaanálisis de Fnaís¹ que incluyó estudios internacionales. Las situaciones más frecuentes fueron las exigencias desreguladas seguidas de la desmoralización. La violencia física y el acoso sexual son las situaciones menos frecuentes en Chile. Sin embargo, ambas situaciones han sido percibidas por el 46,9% y el 43,2% de los estudiantes, respectivamente. Son valores muy altos si se considera que la sola existencia de algún caso es un evento grave. En estudios internacionales el acoso sexual es una de las formas de maltrato más frecuentes.¹

La percepción de maltrato fue significativamente mayor en las estudiantes de sexo femenino al igual que varios estudios internacionales.¹⁻⁶⁻⁹ En el estudio de Hennings⁶² se menciona que las mujeres son las mayores víctimas de acoso sexual, lo que coincide con lo observado en este estudio. Además, al realizar el análisis de regresión lineal de variables demográficas, el sexo se mantuvo como una variable con significancia estadística en los factores de desmoralización y acoso sexual. A esto se agrega que las mujeres, son las que menos denuncian el acoso sexual probablemente por la estructura de poder dominante y el miedo al bloqueo de su desarrollo profesional futuro.²⁹ En este sentido es imperativo que cualquier estrategia institucional para el manejo del acoso sexual en la educación médica

sea con enfoque de género y considerar, prioritariamente, garantizar el resguardo de las denunciantes.

Otra variable que se mantuvo con significancia estadística luego de la regresión lineal fue la edad, se correlacionó en forma positiva con todos los factores analizados. Estudios previos no se refieren específicamente a la edad, sino más bien a la edad en relación con avance curricular.

Otro resultado destacable fue cómo se relacionó el maltrato con el estado civil. La convivencia informal se relaciona con la violencia física y el acoso sexual. Este es un tema no analizado en profundidad en la bibliografía revisada y abre un nicho interesante para investigar.

El ingreso mensual se correlacionó en forma negativa con la desmoralización, las exigencias desreguladas y las restricciones para el aprendizaje. Lo que significa que, a un mayor nivel de ingresos, menos maltrato en medicina. Esto permite plantear que la cultura médica no tan solo es jerárquica y centrada en el poder, como se planteó en el Capítulo I, sino además clasista, pues pone barreras al progreso de estudiantes de menores recursos sometiéndolos a maltrato. La bibliografía revisada se centra mayormente en la variable de raza, sexo y población LGTB para referirse a las minorías y no específicamente a los recursos económicos. Con las variables sociodemográficas expuestas y su relación con los distintos factores de maltrato se evidencia que el problema tiene una dimensión sociocultural arraigada que explicaría en parte por qué tras 40 años de estudios aún persiste y sigue siendo importante.

En cuanto a las variables académicas estudiadas, luego de análisis de regresión lineal, el cursar séptimo año fue una variable de significación estadística para la violencia física y acosos sexual. Lo mismo se comunicó previamente en estudios realizados en universidades chilenas.³⁹⁻⁴⁰ Otros estudios internacionales revisados se refieren poco a las actividades previas al internado. Sus comparaciones parten mayoritariamente con internado y residencias. No obstante, en el estudio de Kulaylat y col., los estudiantes fueron comparados con los internos y ellos percibieron más abuso verbal que los internos, pero los internos realizaron más labores no educativas o sufrieron más restricción de aprendizaje.⁵⁵ En el presente estudio fue significativo el tipo de actividades de predominio prácticas con la violencia física.

Los resultados muestran que la percepción de maltrato es diferente entre las universidades chilenas. Fue estadísticamente significativa para la violencia física, la negación de satisfacción de necesidades básicas y el acoso sexual, por lo que se plantea que la cultura organizacional de cada universidad cumple un rol fundamental en el maltrato en medicina. Por lo mismo, todo tipo de intervención que se plantee para disminuir el maltrato en la educación médica en Chile debiera incluir a todos los integrantes de la comunidad universitaria, basado en la importancia del aprendizaje social y cómo se gestan acciones a partir de la interacción de las personas. En el mismo sentido, Fleit planteó la analogía de una cascada bioquímica para explicar la cultura de maltrato y su permanencia generacional. Según esta, una acción generada corriente arriba es amplificada en los agentes subsiguientes. De tal modo que, el comportamiento inapropiado del profesional se

amplifica pues afecta a los residentes, personal clínico y luego a los estudiantes, lo que en última instancia crea riesgos reales a la atención segura del paciente.⁵⁶ Visto así, intervenciones orientadas a modificar la cultura de maltrato tienen un valor ético y son requeridas con premura para cambiar la experiencia educativa. Los beneficiados por estos cambios serían incalculables, partiendo del estudiante de medicina y continuando con sus colegas, aprendices y pacientes que atenderá en el transcurso de su vida profesional.

En este estudio se midió satisfacción de los estudiantes con el trabajo, la salud, la vida y el equilibrio alcanzado. Se encontró evidencia significativa con la baja satisfacción y la percepción de maltrato. Si bien una encuesta de satisfacción es subjetiva, existen algunos estudios centrados en la calidad de vida de los estudiantes de medicina y los médicos. Henning y cols. plantean que el maltrato como estresor permanente podrían generar agotamiento emocional en los estudiantes que afecte su calidad de vida, pero no encontraron evidencia suficiente de causalidad en su estudio de acoso y calidad de vida.⁶² Otros autores afirman que el comportamiento malicioso es perturbador y tiene efectos importantes en el bienestar psicológico.¹² En médicos en ejercicio, el maltrato afecta el avance y la satisfacción profesional.⁴⁰ Sin duda la satisfacción es una condición importante asociada al maltrato, mencionada por los estudiantes encuestados, que nos da una razón más para continuar investigando.

La principal limitación de este estudio que sólo incluyó a seis de las 22 Escuelas de Medicina de Chile.

Conclusiones

De los resultados obtenidos se concluye que el maltrato fue percibido por un muy alto porcentaje de estudiantes durante el primer semestre 2022.

La edad es una variable sociodemográfica fuertemente relacionada con los 6 factores estudiados. Las mujeres son las más afectadas de desmoralización y acoso sexual. El mantener convivencia informal se relacionó con la violencia física y el acoso sexual. Poseer un mayor ingreso mensual en un factor protector para la desmoralización, exigencias desreguladas y restricciones de aprendizaje.

Las universidades presentan una diferencia significativa en los factores de violencia física, negación de satisfacción de necesidades básicas y acoso sexual. El nivel de avance de la carrera es una variable significativa para la violencia física y acoso sexual, ambas situaciones graves de maltrato.

Estos resultados nos imponen una obligación ética para trabajar en la búsqueda de posibles soluciones al maltrato de los estudiantes de medicina en Chile.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fnais N, Soobiah C, Chen MH, Lillie E, Perrier L, et al. Harassment and discrimination in medical training: a systematic review and meta-analysis. *Acad Med*. 2014 May;89(5):817-27. doi: 10.1097/ACM.0000000000000200. PMID: 24667512. [Consultado el 25 de marzo de 2023].
2. Silver HK. Medical students and medical school. *JAMA* 1982; 247 (3): 309-10.
3. REAL ACADEMIA ESPAÑOLA: Diccionario de la lengua española, 23.^a ed., [versión 23.6 en línea]. <<https://dle.rae.es>> [Consultado el 17 de julio 2023].
4. Wilkinson TJ, Gill DJ, Fitzjohn J, Palmer CL, Mulder RT. The impact on students of adverse experiences during medical school. *Med Teach*. 2006 Mar;28(2):129-35. doi: 10.1080/01421590600607195. PMID: 16707293. [Consultado el 24 de marzo de 2023].
5. 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.
6. Hill KA, Samuels EA, Gross CP, Desai MM, Sitkin Zelin N et al. Assessment of the Prevalence of Medical Student Mistreatment by Sex, Race/Ethnicity, and Sexual Orientation. *JAMA Intern Med*. 2020 May 1;180(5):653-665. doi: 10.1001/jamainternmed.2020.0030. PMID: 32091540; PMCID: PMC7042809. [Consultado el 25 de marzo de 2023].
7. Bastías N, Fasce E, Ortiz L, Pérez C, Schaufele P. Bullying y acoso en la formación médica de posgrado. *Rev Educ Cienc Salud* 2011; 8(1):45-51.
8. Menesini, E., & Salmivalli, C. (2017). Bullying in schools: the state of knowledge and effective interventions. *Psychology, health & medicine*, 22(sup1), 240-253
9. Averbuch T, Eliya Y, Van Spall HGC. Systematic review of academic bullying in medical settings: dynamics and consequences. *BMJ Open*. 2021 Jul 12;11(7):e043256. doi: 10.1136/bmjopen-2020-043256. PMID: 34253657; PMCID: PMC8311313. [Consultado el 28 de marzo de 2023].
10. Andersson LM, Pearson CM. Tit for tat? The spiraling effect of incivility in the workplace. *Acad Manag Rev*. 1999;24(3):452–71.

11. Griffin L, Baverstock A. Medical student perceptions and experiences of incivility: a qualitative study. *BMC Med Educ.* 2023 Jun 5;23(1):404. doi: 10.1186/s12909-023-04354-6. PMID: 37271823; PMCID: PMC10240742. [Consultado el 2 de junio de 2023].
12. Wood DF. Bullying and harassment in medical schools. *BMJ.* 2006 Sep 30;333(7570):664-5. doi: 10.1136/bmj.38954.568148.BE. PMID: 17008645; PMCID: PMC1584336. [Consultado el 8 de noviembre de 2022].
13. MacDonald O. Disruptive physician behavior. 2011 Waltham, Mass QuantiaMD http://www.quantiamd.com/q-qcp/QuantiaMD_Whitepaper_ACPE_15May2011.pdf [Consultado el 2 de junio de 2023].
14. Angoff NR, Duncan L, Roxas N, Hansen H. Power Day: Addressing the Use and Abuse of Power in Medical Training. *J Bioeth Inq.* 2016 Jun;13(2):203-13. doi: 10.1007/s11673-016-9714-4. Epub 2016 Mar 15. PMID: 26979827; PMCID: PMC5539994 [Consultado el 23 de junio de 2023].
15. Leape LL, Shore MF, Dienstag JL, Mayer RJ, Edgman-Levitan S. et al. Perspective: a culture of respect, part 2: creating a culture of respect. *Acad Med.* 2012 Jul;87(7):853-8. doi: 10.1097/ACM.0b013e3182583536. PMID: 22622219. [Consultado el 30 de junio de 2023].
16. Rautio A, Sunnari V, Nuutinen M, Laitala M. Mistreatment of university students most common during medical studies. *BMC Med Educ.* 2005 Oct 18;5:36. doi: 10.1186/1472-6920-5-36. PMID: 16232310; PMCID: PMC1285362. [Consultado el 2 de mayo de 2023].
17. Singh TSS, Singh A. Abusive culture in medical education: Mentors must mend their ways. *J Anaesthesiol Clin Pharmacol.* 2018 Apr-Jun;34(2):145-147. doi: 10.4103/0970-9185.236659. PMID: 30104818; PMCID: PMC6066869. [Consultado el 4 de marzo de 2023].
18. Timm A. It would not be tolerated in any other profession except medicine: survey reporting on undergraduates' exposure to bullying and harassment in their first placement year. *BMJ Open.* 2014 Jul 9;4(7):e005140. doi: 10.1136/bmjopen-2014-005140. PMID: 25009133; PMCID: PMC4091461. [Consultado el 30 de mayo de 2023].

19. Hafferty FW. Beyond curriculum reform: confronting medicine's hidden curriculum. *Acad Med* 1998;73:403–7 [Consultado el 2 de mayo de 2023].
20. Coulehan J. Viewpoint: today's professionalism: engaging the mind but not the heart. *Acad Med*. 2005 Oct;80(10):892-8. doi: 10.1097/00001888-200510000-00004. PMID: 16186604. [Consultado el 25 de junio de 2023].
21. Fried JM, Vermillion M, Parker NH, et al. Eradicating medical student mistreatment: a longitudinal study of one institution's efforts. *Acad Med* 2012;87:1191–8. [Consultado el 2 de junio de 2023].
22. Olasoji HO. Broadening conceptions of medical student mistreatment during clinical teaching: message from a study of "toxic" phenomenon during bedside teaching. *Adv Med Educ Pract*. 2018 Jun 22;9:483-494. doi: 10.2147/AMEP.S154642. PMID: 29950919; PMCID: PMC6016591. [Consultado el 2 de mayo de 2023].
23. Brainard AH, Brislen HC. Viewpoint: learning professionalism: a view from the trenches. *Acad Med*. 2007 Nov;82(11):1010-4. doi: 10.1097/01.ACM.0000285343.95826.94. PMID: 17971682. [Consultado el 25 de junio de 2023].
24. Bronfenbrenner U. La ecología del desarrollo humano, capítulo 2. Paidós 1987:35-51.
25. Consejo C, Viesca-Treviño C. Ética y relaciones de poder en la formación de médicos residentes e internos: Algunas reflexiones a la luz de Foucault y Bourdieu. *Bol Mex His Fil Med* 2008;11(1):16-20.
26. Torrico E, Santín C, Andrés M, Menéndez S, López MJ. El modelo ecológico de Bronfenbrenner como marco teórico de la Psicooncología. *An de Psicol* 2002;18(1):45-59
27. Bandura A. Teoría del aprendizaje social: Englewood Cliffs. Nueva Jersey: Prentice Hall; 1977. [Disponible en Google Académico] [Consultado el 5 septiembre 2023]
28. Mistry M, Latoo J. Bullying: a growing workplace menace. *Br J Med Pract* 2009; 2: 23-26.
29. Siller H, Tauber G, Komlenac N, Hochleitner M. Gender differences and similarities in medical students' experiences of mistreatment by various groups of perpetrators. *BMC Med Educ*. 2017 Aug 14;17(1):134. doi: 10.1186/s12909-017-0974-4. PMID: 28806943; PMCID: PMC5557324. [Consultado el 2 de mayo de 2023].

30. Lind KT, Osborne CM, Badesch B, Blood A, Lowenstein SR. Ending student mistreatment: early successes and continuing challenges. *Med Educ Online* 2020; 25 (1): 1690846. doi:10.1080/10872981.2019.1690846. [Consultado el 15 de mayo de 2023].
31. Bormuth S, Ackermann H, Schulze J. Inadequate treatment in internships: a comparison between medical and other students. *GMS J Med Educ.* 2021 Feb 15;38(2):Doc45. doi: 10.3205/zma001441. PMID: 33763530; PMCID: PMC7958909. [Consultado el 12 de noviembre de 2022].
32. Margittai KJ, Moscarello R, Rossi MF. Forensic aspects of medical student abuse: a Canadian perspective. *Bull Am Acad Psychiatry Law.* 1996;24(3):377-85. PMID: 8889136. [Consultado el 18 de marzo de 2023].
33. Baldwin DCJ, Daugherty SR, Rowley BD. Residents' and medical students' reports of sexual harassment and discrimination. *Acad Med.* 1996;71(10):S25-7.
34. Frank E, Carrera JS, Stratton T, Bickel J, Nora LM. Experiences of belittle- ment and harassment and their correlates among medical students in the United States: longitudinal survey. *BMJ.* 2006;333(7570):682. Disponible en: 10.1136/bmj.38924.722037.7C [Consultado el 1 de junio de 2023].
35. Lind KT, Osborne CM, Badesch B, Blood A, Lowenstein SR. Ending student mistreatment: early successes and continuing challenges. *Med Educ Online.* 2020 Dec;25(1):1690846. doi: 10.1080/10872981.2019.1690846. PMID: 31787035; PMCID: PMC6896410. [Consultado el 2 de marzo de 2023].
36. Mejía C, Serrano F, Hidalgo S, Ávila Y. Factores asociados al maltrato universitario y hospitalario a estudiantes de Medicina de 7 países latinoamericanos. *Educ Med* 2022;23:100757 doi:10.1016/j.edumed.2022.100757 [Consultado el 2 de mayo de 2023].
37. Maida AM, Vásquez A, Herskovic V, Calderón JL, Jacard M, Pereira A et al. A report on student abuse during medical training. *Med Teach* 2003; 25: 497-501.
38. Maida AM, Herskovic V, Pereira A, Salinas-Fernández L, Esquivel C. Percepción de conductas abusivas en estudiantes de medicina. *Rev Méd Chile* 2006; 134: 1516-23
39. Bastías-Vega N, Pérez-Villalobos C, Alvarado-Figueroa D, Schilling-Norman, Espinoza-Riffo M y col. Maltrato en el pregrado de la carrera de Medicina: percepción de los estudiantes. *Rev. Méd. Chile.* 2021 ; 149(4): 617-625. Disponible

en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872021000400617&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872021000400617>. [Consultado el 18 de marzo de 2023].

40. Abate LE, Greenberg L. Incivility in medical education: a scoping review. *BMC Med Educ*. 2023 Jan 12;23(1):24. doi: 10.1186/s12909-022-03988-2. PMID: 36635675; PMCID: PMC9838055. [Consultado el 8 de agosto de 2023].
41. Whitgob EE, Blankenburg RL, Bogetz AL. The Discriminatory Patient and Family: Strategies to Address Discrimination Towards Trainees. *Acad Med*. 2016 Nov;91(11 Association of American Medical Colleges Learn Serve Lead: Proceedings of the 55th Annual Research in Medical Education Sessions):S64-S69. doi: 10.1097/ACM.0000000000001357. PMID: 27779512. [Consultado el 2 de mayo de 2023].
42. Potter L, Zawadzki MJ, Eccleston CP, Cook JE, Snipes SA et al. The Intersections of Race, Gender, Age, and Socioeconomic Status: Implications for Reporting Discrimination and Attributions to Discrimination. *Stigma Health*. 2019 Aug;4(3):264-281. doi: 10.1037/sah0000099. Epub 2018 May 17. PMID: 31517056; PMCID: PMC6741774. [Consultado el 10 de junio de 2023].
43. Teshome BG, Desai MM, Gross CP, Hill KA, Li F et al. Marginalized identities, mistreatment, discrimination, and burnout among US medical students: cross sectional survey and retrospective cohort study. *BMJ*. 2022 Mar 22;376:e065984. doi: 10.1136/bmj-2021-065984. PMID: 35318190; PMCID: PMC8938931. [Consultado el 10 de junio de 2023].
44. Phillips SP, Webber J, Imbeau S, Quaife T, Hagan D et al. Sexual Harassment of Canadian Medical Students: A National Survey. *EClinicalMedicine*. 2019 Feb 7;7:15-20. doi: 10.1016/j.eclinm.2019.01.008. PMID: 31193665; PMCID: PMC6537541. [Consultado el 15 de noviembre de 2022]
45. Paice E, Aitken M, Houghton A, Firth-Cozens J. Bullying among doctors in training: cross sectional questionnaire survey. *BMJ*. 2004 Sep 18;329(7467):658-9. doi: 10.1136/bmj.38133.502569.AE. Epub 2004 Jul 15. PMID: 15256417; PMCID: PMC517643. [Consultado el 8 de noviembre de 2022].
46. Henning MA, Stonyer J, Chen Y, Hove BA, Moir F, Coomber T, Webster CS. Medical Students' Quality of Life and Its Association with Harassment and Social Support. *Med Sci Educ*. 2021 Nov 12;32(1):165-174. doi: 10.1007/s40670-021-01463-z. PMID: 35154898; PMCID: PMC8814114. [Consultado el 20 de noviembre de 2022].

47. Olasoji HO. Broadening conceptions of medical student mistreatment during clinical teaching: message from a study of "toxic" phenomenon during bedside teaching. *Adv Med Educ Pract*. 2018 Jun 22;9:483-494. doi: 10.2147/AMEP.S154642. PMID: 29950919; PMCID: PMC6016591. [Consultado el 12 de noviembre de 2022].
48. Sheehan KH, Sheehan DV, White K, Leibowitz A, Baldwin DC Jr. A pilot study of medical student 'abuse'. Student perceptions of mistreatment and misconduct in medical school. *JAMA*. 1990 Jan 26;263(4):533-7. PMID: 2294325. [Consultado el 15 de noviembre de 2022].
49. Cheetham LJ, Turner C. Incivility and the clinical learner. *Future Healthc J*. 2020 Jun;7(2):109-111. doi: 10.7861/fhj.2020-0008. PMID: 32550276; PMCID: PMC7296586. [Consultado el 4 de marzo de 2023].
50. Katz D, Blasius K, Isaak R, et al Exposure to incivility hinders clinical performance in a simulated operative crisis *BMJ Quality & Safety* 2019;28:750-757. [Consultado el 4 de noviembre de 2023].
51. Zhu G, Tan TK. Medical student mistreatment by patients in the clinical environment: prevalence and management. *Singapore Med J*. 2019 Jul;60(7):353-358. doi: 10.11622/smedj.2019075. PMID: 31378822; PMCID: PMC6658645. [Consultado el 10 septiembre de 2023].
52. Institute of Medicine (US) Committee on Understanding and Eliminating Racial and Ethnic Disparities in Health Care. *Unequal Treatment: Confronting Racial and Ethnic Disparities in Health Care*. Smedley BD, Stith AY, Nelson AR, editors. Washington (DC): National Academies Press (US); 2003. PMID: 25032386. [Consultado el 10 septiembre de 2023].
53. Institute of Medicine (US) Committee on Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Health Issues and Research Gaps and Opportunities. *The Health of Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender People: Building a Foundation for Better Understanding*. Washington (DC): National Academies Press (US); 2011. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK64806/> doi: 10.17226/13128. [Consultado el 10 septiembre de 2023].
54. Wehner MR, Nead KT, Linos K, Linos E. Plenty of moustaches but not enough women: cross sectional study of medical leaders. *BMJ*. 2015 Dec 16;351:h6311. doi: 10.1136/bmj.h6311. PMID: 26673637; PMCID: PMC4681767. [Consultado el 11 noviembre de 2023].

55. Rowe SG, Stewart MT, Van Horne S, Pierre C, Wang H et al. Mistreatment Experiences, Protective Workplace Systems, and Occupational Distress in Physicians. *JAMA Netw Open*. 2022 May 2;5(5):e2210768. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2022.10768. PMID: 35522279; PMCID: PMC9077480. [Consultado el 18 octubre de 2022].
56. Hu YY, Ellis RJ, Hewitt DB, Yang AD, Cheung EO et al. Discrimination, Abuse, Harassment, and Burnout in Surgical Residency Training. *N Engl J Med*. 2019 Oct 31;381(18):1741-1752. doi: 10.1056/NEJMsa1903759. Epub 2019 Oct 28. PMID: 31657887; PMCID: PMC6907686. [Consultado el 18 de marzo de 2023].
57. Cataldo R, Arancibia M, Stojanova J, Papuzinski C. Conceptos generales en bioestadística y epidemiología clínica: estudios transversales con diseños transversal y ecológico. *Medwave* 2019. Disponible en: <http://doi.org/10.5867/medwave.2019.08.7698>. [Consultado el 20 noviembre de 2021].
58. Monje-Álvarez C. Metodología de la investigación cualitativa y cuantitativa: Guía didáctica. Capítulos 8 y 9. Universidad Surcolombiana 2011: 122-148. Disponible en: <https://biblioteca.usco.edu.co/cgi-bin/koha/opac-detail.pl?biblionumber=23967>. [Consultado el 20 noviembre de 2021].
59. Quine L. Workplace bullying in junior doctors: questionnaire survey. *BMJ* 2002; 324: 878-9.
60. FONDECYT Regular 1221913
61. Universidad de Ámsterdam, Jasp [Internet] Disponible en: <https://jasp-stats.org/> [Consultado el 14 de septiembre de 2023].
62. Henning M, Stonier J, Chen Y, Hove Alsop-ten B, Moir F et al. Medical Students' Experience of Harassment and Its Impact on Quality of Life: a Scoping Review. *Med Sci Educ* 2021;31(4):1487-1499.
63. Dyrbye LN, Shanafelt TD. Commentary: medical student distress: a call to action. *Acad Med*. 2011 Jul;86(7):801-3. doi: 10.1097/ACM.0b013e31821da481. PMID: 21715992 [Consultado el 20 noviembre de 2023].
64. Kulaylat AN, Qin D, Sun SX, Hollenbeak CS, Schubart JR et al. Perceptions of mistreatment among trainees vary at different stages of clinical training. *BMC Med*

Educ. 2017 Jan 14;17(1):14. doi: 10.1186/s12909-016-0853-4. PMID: 28088241; PMCID: PMC5237524.

65. Fleit HB, Iuli RJ, Fischel JE, Lu WH, Chandran L. A model of influences on the clinical learning environment: the case for change at one U.S. medical school. BMC Med Educ. 2017 Mar 23;17(1):63. doi: 10.1186/s12909-017-0900-9. PMID: 28335770; PMCID: PMC5364543.

