



## Experiencias de maltrato y hostigamiento en médicos residentes

### RESUMEN

**Antecedentes:** el hostigamiento y el maltrato son conductas intimidantes persistentes que se ejercen contra una persona; en la práctica médica, son aceptadas y justificadas en todos los niveles de la formación y propias de la cultura hospitalaria.

**Objetivo:** conocer la frecuencia del acoso y algunos factores relacionados en médicos residentes de la Ciudad de México.

**Material y métodos:** estudio longitudinal en el que participaron 260 residentes de las especialidades médicas de cirugía, medicina interna, ginecología y obstetricia y pediatría de tres hospitales generales de la Ciudad de México. Se realizaron dos evaluaciones con seis meses de diferencia utilizando el Leymann Inventory of Psychological-Terrorization (LIPT-60).

**Resultados:** la comparación entre la primera y la segunda aplicación no mostró cambios en ninguna de las medidas de acoso. Del total de residentes, 256 (98.5%) manifestaron haber sufrido por lo menos una conducta de acoso durante los últimos seis meses, con una intensidad promedio de 1.4 (DE  $\pm$  0.5), sin diferencias entre hombres y mujeres. Las mujeres calificaron más alto en la escala de *bloqueo de la comunicación* que los hombres. Las conductas de acoso con promedios más altos fueron la *intimidación manifiesta* y el *desprestigio laboral*. La especialidad de ginecología y obstetricia tuvo los puntajes más elevados en todas las medidas de acoso. El hospital influyó sobre los reportes de esta conducta.

**Conclusiones:** las formas de acoso con los puntajes mayores fueron: el demérito del trabajo, amenazas verbales, gritos o ridiculización. La alta frecuencia de acoso dentro de la formación de los médicos residentes amerita atención.

**Palabras clave:** hostigamiento, maltrato, médicos residentes, especialidades médicas.

Silvia Ortiz-León<sup>1</sup>  
Aurora Leonila Jaimes-Medrano<sup>1</sup>  
Silvia Aracely Tafoya-Ramos<sup>1</sup>  
María Luisa Mujica-Amaya<sup>2</sup>  
Víctor Hugo Olmedo-Canchola<sup>3</sup>  
José Antonio Carrasco-Rojas<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Departamento de Psiquiatría y Salud Mental

<sup>2</sup> Coordinación en Desarrollo Educativo. División de Estudios de Posgrado

<sup>3</sup> Subcomités Académicos de la División de Estudios de Posgrado

<sup>4</sup> División de Posgrado

Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México

## Experiences of bullying in medical residents

### ABSTRACT

**Background:** Harassment and abuse are forms of persistent intimidating behavior against a person and in medical practice those are accepted and justified at all levels of education and are considered specific to the hospital culture.

**Objective:** To identify the frequency of harassment and some factors related to its existence on residents of medical specialties in Mexico City.

Recibido: 27 de marzo 2014

Aceptado: 20 de mayo 2014

### Correspondencia

Silvia Ortiz León  
Departamento de Psiquiatría y Salud Mental  
Circuito Exterior, Facultad de Medicina-UNAM  
Edificio "F", Ciudad Universitaria  
04510 México, DF  
Tel.: (55) 4196-0112  
dra\_silviaortiz@yahoo.com.mx



**Method:** A linear study was carried out in which a total of 260 interns pertaining to the following medical specialties: surgery, internal medicine, gynecology and obstetrics, and pediatrics participated. The study took place in three general hospitals in Mexico City. Two evaluations with Leymann Inventory of Psychological-Terrorization (LIPT-60) with 6 months between assessments were performed.

**Results:** Comparison between the first and second evaluations did not show differences in any of the harassment measurements obtained. Of all residents, 265 (98.5%) claimed to have experienced some type of harassing behavior against them at least once during the previous 6 months, with a 1.4 ( $\pm 0.5$ ) average intensity, showing no difference between men and women. Women received a higher grade than men on the *communication block* scale. Harassing behaviors that obtained the highest average values were *evident intimidation* and *occupational discredit*. Among all harassment measurements, the specialty of gynecology and obstetrics showed the highest grade. The hospital influenced the reported harassment.

**Conclusions:** The most common harassing behaviors were occupational discredit, verbal threats, shouting, and mockery. The high frequency of harassment that medical residents experience during their hospital training deserves our attention.

**Key words:** Bullying, harassment, medical residency, medical specialties.

## ANTECEDENTES

El acoso laboral, entendido como la conducta intimidante, degradante, ofensiva o maliciosa que se ejerce de manera persistente contra un individuo,<sup>1</sup> suele ser tolerado y justificado en todos los niveles de la práctica médica, considerándose como una conducta inherente a la formación. Se vincula con la aparición de síntomas como pérdida de confianza, fatiga, sentimientos depresivos y ausentismo laboral,<sup>2</sup> que afectan negativamente la productividad y el aprendizaje profesional en el ámbito académico.<sup>3</sup>

En la carrera de medicina parece ser especialmente predominante el acoso, pues en ella ocurre con mayor frecuencia respecto a otras carreras,<sup>4</sup> ya que se ha reportado que de 47 a 91.5% de los estudiantes han sufrido por lo

menos una experiencia de este tipo.<sup>2,3,5-9</sup> Entre los factores relacionados con el acoso se encuentran el sexo,<sup>7,8,10</sup> el origen étnico y ser extranjeros.<sup>7</sup>

La Asociación Médica Británica comunicó que el acoso es frecuente por parte de los pares, los adscritos del grupo médico y los directivos, y la mayoría de los médicos indicaron que fueron testigos del sometimiento y acoso hacia sus compañeros. Señalaron que las formas más comunes de intimidación o acoso consistieron en denigrar y vulnerar el trabajo, retener información necesaria, ignorar o excluir, así como interferir indebidamente en el desarrollo laboral (desvalorizando los esfuerzos y desmoralizándolos).<sup>1</sup> En 2010, Ogunsemi mencionó que las formas de intimidación más reportadas son los comentarios inapropiados, el retiro de privilegios

u oportunidades, la imposición de castigos con más trabajo y la recriminación por informar acerca de estos incidentes.<sup>3</sup>

Los datos en América Latina sobre la percepción de maltrato durante la capacitación de médicos residentes son escasos. Un estudio realizado con 421 residentes de tres hospitales de Buenos Aires reveló que 90% indicaron haber recibido algún tipo de maltrato.<sup>8</sup> En Chile, 71% de los encuestados refirieron haber experimentado alguna conducta de acoso durante el último año y casi 9% sufrieron acoso de manera frecuente. Las conductas más usuales incluyeron los “intentos por menospreciar y menoscabar su trabajo” y las “críticas injustificadas al supervisar su actividad”.<sup>9</sup> En México, los estudios sobre acoso y hostigamiento en el ambiente escolar (*bullying*) se han enfocado principalmente en poblaciones de niños y adolescentes. En la vida laboral, estas conductas se denominan *mobbing*. La bibliografía médica sobre este constructo es escasa y de divulgación, por lo que se concluye que en México se debe prestar atención a esta conducta en el área laboral.

El propósito de este estudio se centra en la detección del acoso laboral en residentes de las especialidades troncales de tres hospitales de la Ciudad de México, así como en la identificación de las características vinculadas.

## MATERIAL Y MÉTODOS

### Participantes

De un total de 417 médicos residentes de tres hospitales generales de la Ciudad de México, de las especialidades de cirugía general, medicina interna, ginecología y obstetricia y pediatría, 260 aceptaron participar en el estudio; sin embargo, debido al sistema de rotación no se logró incluir a todos. Dado que las especialidades de cirugía, medicina interna y ginecología y obstetricia se cursan en cuatro años y la de pediatría en tres, la

proporción de residentes por año y especialidad fue diferente.

### Procedimiento

Estudio longitudinal, aprobado por las comisiones de investigación y ética locales, que se desprende de la investigación “Acoso laboral y desgaste profesional en relación con el temperamento y carácter de los residentes de las especialidades troncales”. Los residentes participaron voluntariamente y firmaron el consentimiento informado; se salvaguardó el anonimato.

Se hicieron dos aplicaciones, en forma grupal, con seis meses de diferencia, de acuerdo con la definición operacional de acoso.

### Instrumento

Se utilizó el Leymann Inventory of Psychological-Terrorization (LIPT-60), modificado y adaptado al español por González de Rivera y Rodríguez Abuin en 2003.<sup>11</sup> Este inventario proporciona información de la frecuencia e intensidad de las conductas de acoso percibidas, en un rango que va desde 0 (la conducta no ha tenido lugar) hasta 4 (conducta experimentada con mayor intensidad), a través de seis subescalas:

- Desprestigio laboral. Conformado por las estrategias de acoso en el trabajo en las que se produce un descrédito o desprestigio, o mediante la distorsión en la comunicación (como rumores o calumnias) o de medidas restrictivas y de agravio, minimizando u ocultando sus logros ( $\alpha$  Cronbach = 0.94).
- Entorpecimiento del progreso. Se refiere a un bloqueo sistemático de la actividad laboral, degradando al residente con tareas inapropiadas en forma o contenido, de acuerdo con sus competencias ( $\alpha$  Cronbach = 0.88).



- Bloqueo de la comunicación. Constituido por conductas que promueven la incomunicación dentro del área laboral, como ignorar su presencia, no responder a sus preguntas, no dejarlo hablar, etcétera ( $\alpha$  Cronbach= 0.92).
- Intimidación encubierta. Se refiere a amenazas y daños ocultos que predominantemente no dejan "huella" o se realizan de manera "limpia", sin que se puedan determinar responsables específicos ( $\alpha$  Cronbach= 0.83).
- Intimidación manifiesta. Consiste en amenazas o restricciones impuestas de forma directa, no disimulada, incluso en público, tales como amenazas verbales, gritos o ridiculización ( $\alpha$  Cronbach= 0.84).
- Desprestigio personal. Referente al descrédito o desprestigio de la vida personal y privada (no la laboral) de la persona, mediante la crítica, la burla y el denuesto de su forma de ser, vivir y pensar ( $\alpha$  Cronbach= 0.84).

Además, ofrece información a través de tres índices: número total de conductas de acoso psicológico, índice medio de intensidad de las conductas de acoso psicológico e índice global de acoso psicológico.

En este estudio, la consistencia interna de la escala total tuvo un  $\alpha$  Cronbach de 0.96 y los siguientes valores  $\alpha$  Cronbach para cada una de sus subescalas: desprestigio laboral, 0.93; entorpecimiento del progreso, 0.81; bloqueo de la comunicación, 0.80; intimidación encubierta, 0.73; intimidación manifiesta, 0.85; y desprestigio personal, 0.70.

#### **Análisis estadístico**

Se describieron las subescalas e índices del LIPT-60 mediante promedios y desviaciones

estándar. La distribución de los residentes por sexo, estado civil, nacionalidad, universidad de procedencia y año académico de acuerdo con la especialidad se comparó con la prueba de Kruskal-Wallis, y con ANOVA, en el caso de la edad. Las variables que resultaron diferentes en estos análisis se consideraron como covariables en las comparaciones de los diferentes puntajes de acoso.

Se compararon los puntajes de las subescalas e índices de acoso por sexo, estado civil, nacionalidad y universidad de procedencia con la prueba *t* de Student, mientras que por especialidad y año de residencia se realizó mediante ANOVA de una vía. Para el análisis principal se llevó a cabo un ANCOVA por especialidad con corrección de Bonferroni, considerando como covariables aquellas que fueron diferentes entre los grupos (edad, sexo y año de residencia).

#### **RESULTADOS**

En la primera aplicación participaron 269 (64%) y en la segunda 260 (62%) residentes del total de inscritos en las especialidades troncales ( $n= 417$ ). No se observaron diferencias significativas en ninguna de las subescalas ni en los índices del LIPT-60 entre la primera y segunda aplicación, por lo que se incluyeron únicamente los datos de esta última (Cuadro 1).

La edad promedio de los residentes fue de 27.3 ( $\pm 3.4$ ) años; la mayoría eran mujeres (55.4%), solteros (86.5%), estudiantes del país (93.5%) y estudiantes de universidades públicas (83.0%). Participaron 77 (31.3%) residentes de primer año, 70 (28.5%) de segundo, 68 (27.6%) de tercero y 31 (12.6%) de cuarto. No hubo diferencias por año en ninguna de las variables sociodemográficas ni en las escalas de acoso, a excepción de la proporción de estudiantes en cada una de las residencias médicas, de acuerdo con lo descrito en el método.

**Cuadro 1.** Comparación de las subescalas e índices de acoso en la primera y segunda aplicación

Subescalas e índices de acoso	Aplicación M (± DE)		P
	Primera n = 269	Segunda n = 260	
Desprestigio laboral	0.70	0.67	0.69
Entorpecimiento del progreso	0.32	0.31	0.84
Bloqueo de la comunicación	0.23	0.23	0.99
Intimidación encubierta	0.17	0.21	0.06
Intimidación manifiesta	0.92	0.94	0.76
Desprestigio laboral	0.21	0.26	0.09
Índice medio de intensidad de las conductas de acoso psicológico (IMAP)	1.43	1.38	0.30
Índice global de acoso psicológico (IGAP)	0.40	0.41	0.72
Número total de conductas de acoso psicológico (NEAP)	14.94	15.92	0.32

Las diferentes especialidades difirieron respecto a la edad ( $p=0.04$ ), la proporción de hombres y mujeres ( $p=0.0001$ ) y la distribución de estudiantes por año ( $p=0.001$ ) (Cuadro 2).

Se encontró que 256 (98.5%) residentes manifestaron haber sufrido por lo menos una conducta de acoso. La intensidad promedio de las conductas de acoso fue de 1.4 (DE  $\pm 0.5$ ), lo que corresponde al rango de un poco a moderadamente. Las subescalas de *intimidación manifiesta* y *desprestigio laboral* fueron las más experimentadas en la muestra estudiada. Las conductas con promedios más altos fueron: "critican su trabajo", "le gritan" y "los superiores no lo dejan expresarse" (Figuras 1 y 2).

No se encontraron diferencias por sexo en la mayor parte de las medidas de acoso, a excepción de *bloqueo de la comunicación*, que fue más alto en las mujeres ( $p=0.004$ ). El estado civil no influyó sobre la experiencia de acoso. La universidad y la nacionalidad repercutieron en el *entorpecimiento del progreso* y el *desprestigio personal*, pero la nacionalidad tuvo un impacto sobre el número total de conductas de acoso psicológico. Los diferentes hospitales y la especialidad incidieron en la mayor parte de los índices de acoso. De acuerdo con el análisis

de Bonferroni, los residentes de la especialidad de ginecología y obstetricia reportaron mayores puntajes en todas las subescalas e índices de acoso. Asimismo, los residentes del hospital C tuvieron puntajes altos en todos los índices y subescalas de acoso, a excepción de la subescala *entorpecimiento del progreso* (Cuadro 3).

Finalmente, la comparación de las diferentes especialidades, considerando el sexo, la edad, la nacionalidad, la universidad de procedencia y el hospital como covariables, mostró que los residentes de ginecología y obstetricia tuvieron valores más altos en los índices referentes a número total de conductas de acoso psicológico ( $p=0.002$ ); índice medio de intensidad de las conductas de acoso psicológico ( $p=0.003$ ); e índice global de acoso psicológico ( $p=0.001$ ).

## DISCUSIÓN

El objetivo de este trabajo fue describir la experiencia de acoso de los médicos residentes y observar los factores vinculados, cuidando el anonimato de las personas que participaron en la encuesta. Se encontró que un alto porcentaje (98.5%) de los residentes de las especialidades troncales manifestaron haber experimentado por lo menos una conducta de acoso con un nivel

**Cuadro 2.** Distribución de las características de la población, de acuerdo con la especialidad cursada

	Especialidad n (%)				p	Total n = 260
	Cirugía n = 58	Medicina interna n = 72	Ginecología y obstetricia n = 78	Pediatría n = 52		
<b>Edad*</b>	28.0 (2.2)	26.2 (5.6)	28.1 (1.7)	27.0 (1.6)	0.04	27.3 (3.4)
<b>Sexo</b>						
Hombre	42 (72.4)	34 (47.9)	28 (35.9)	11 (21.6)		115 (44.6)
Mujer	16 (27.6)	37 (52.1)	50 (64.1)	40 (78.4)	0.0001	143 (55.4)
<b>Estado civil</b>						218 (86.5)
Soltero	50 (89.3)	61 (87.1)	61 (81.3)	46 (90.2)		34 (13.5)
Casado	6 (10.7)	9 (12.9)	14 (18.7)	5 (9.8)	0.44	
<b>Nacionalidad</b>						
Mexicana	53 (94.3)	66 (94.3)	73 (97.3)	51 (100)		243 (93.5)
Extranjera	3 (5.4)	4 (5.7)	2 (2.7)	0	0.16	9 (3.6)
<b>Universidad de procedencia</b>						
Pública	42 (76.4)	61 (88.4)	62 (84.9)	40 (80.0)		205 (83.0)
Privada	13 (23.6)	8 (11.6)	11 (15.1)	10 (20.0)	0.30	42 (17.0)
<b>Hospital</b>						
A	14 (24.1)	21 (29.2)	20 (25.6)	17 (32.7)		72 (27.7)
B	30 (51.7)	46 (63.9)	23 (29.5)	17 (32.7)		116 (44.6)
C	14 (24.1)	5 (6.9)	35 (44.9)	18 (34.6)	0.0001	72 (27.7)
<b>Año de residencia:</b>						
Primero	20 (38.5)	27 (39.7)	17 (22.1)	13 (26.5)		77 (31.3)
Segundo	11 (21.2)	20 (29.4)	20 (26.0)	19 (38.8)		70 (28.5)
Tercero	12 (23.1)	15 (22.1)	24 (31.2)	17 (34.7)		68 (27.6)
Cuarto	9 (17.3)	6 (8.8)	16 (20.8)	0	0.001	31 (12.6)

\* Promedio y desviación estándar.

de intensidad general ubicado entre “poco a moderado” (índice medio de intensidad de las conductas de acoso psicológico = 1.4). Las manifestaciones de acoso más frecuentes fueron la *intimidación manifiesta* y el *desprestigio laboral*. En México, son pocos los estudios que se han enfocado en estudiar la experiencia de acoso en los médicos en formación y las variables relacionadas con estas conductas, que afectan negativamente la productividad y el aprendizaje profesional.

Los resultados obtenidos en este trabajo coinciden con las investigaciones realizadas en todo el mundo, las cuales reportan altos porcentajes de acoso a médicos residentes.<sup>2,3,5,8</sup> La variabilidad reportada en estos estudios puede asociarse

con la sensibilidad de los instrumentos utilizados para evaluar el fenómeno.

En este estudio se encontró que las subescalas con más alta puntuación fueron el *desprestigio laboral* y la *intimidación manifiesta*. Los ítems con promedios más elevados en la primera subescala fueron: “critican su trabajo”, “exageran sus fallas y errores” y “cuando solicita un permiso o actividad a la que tiene derecho se lo niegan”; mientras que en la segunda subescala los ítems con promedios mayores fueron: “le gritan o le regañan en voz alta”, “le interrumpen cuando habla” y “sus superiores no le dejan expresarse”.

Al respecto, la bibliografía revela que son frecuentes estas manifestaciones de maltrato

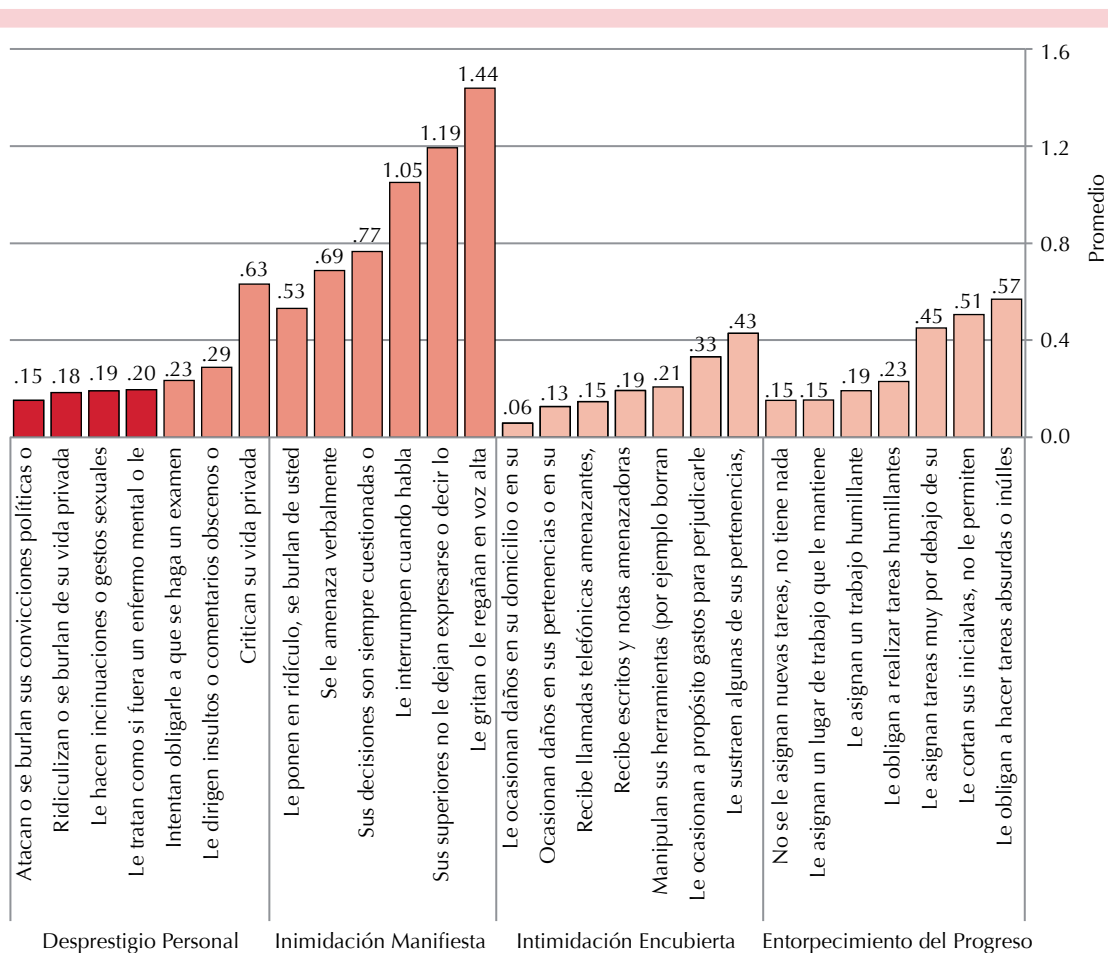


Figura 1. Puntajes promedio de los reactivos del LIPT-60 en el total de residentes (parte 1).

en los médicos residentes. En un estudio de 148 residentes de especialidades quirúrgicas y clínicas se encontró que 65% habían recibido gritos, 57% fueron humillados en público por sus errores y 51% sufrieron faltas de respeto al trabajo realizado; los autores señalan que la residencia tiene una función primordialmente docente y es deber de los médicos con mayor experiencia marcar los errores para que el residente obtenga provecho de los mismos y preservar así la salud de los pacientes, pero estas correcciones se deben realizar dentro del marco de respeto mutuo que se crea entre el docente y el alumno. Cuando no se siguen estos

lineamientos las críticas no sólo avergüenzan al residente, sino que dañan su imagen frente a sus pares, las enfermeras y los pacientes a su cargo.<sup>8</sup> Esto coincide también con un estudio que reportó como conducta frecuente de acoso los comentarios inapropiados (67.4%), el retiro de privilegios u oportunidades (15.2%) y otras conductas como castigos con más trabajo o recriminación por reportar estas acciones a las autoridades (17.4%).<sup>3</sup> Un estudio multicéntrico llevado a cabo en Japón indica que el abuso verbal hacia los residentes en el ambiente hospitalario es común y se manifiesta de manera semejante a la de otros países y culturas.<sup>12</sup>

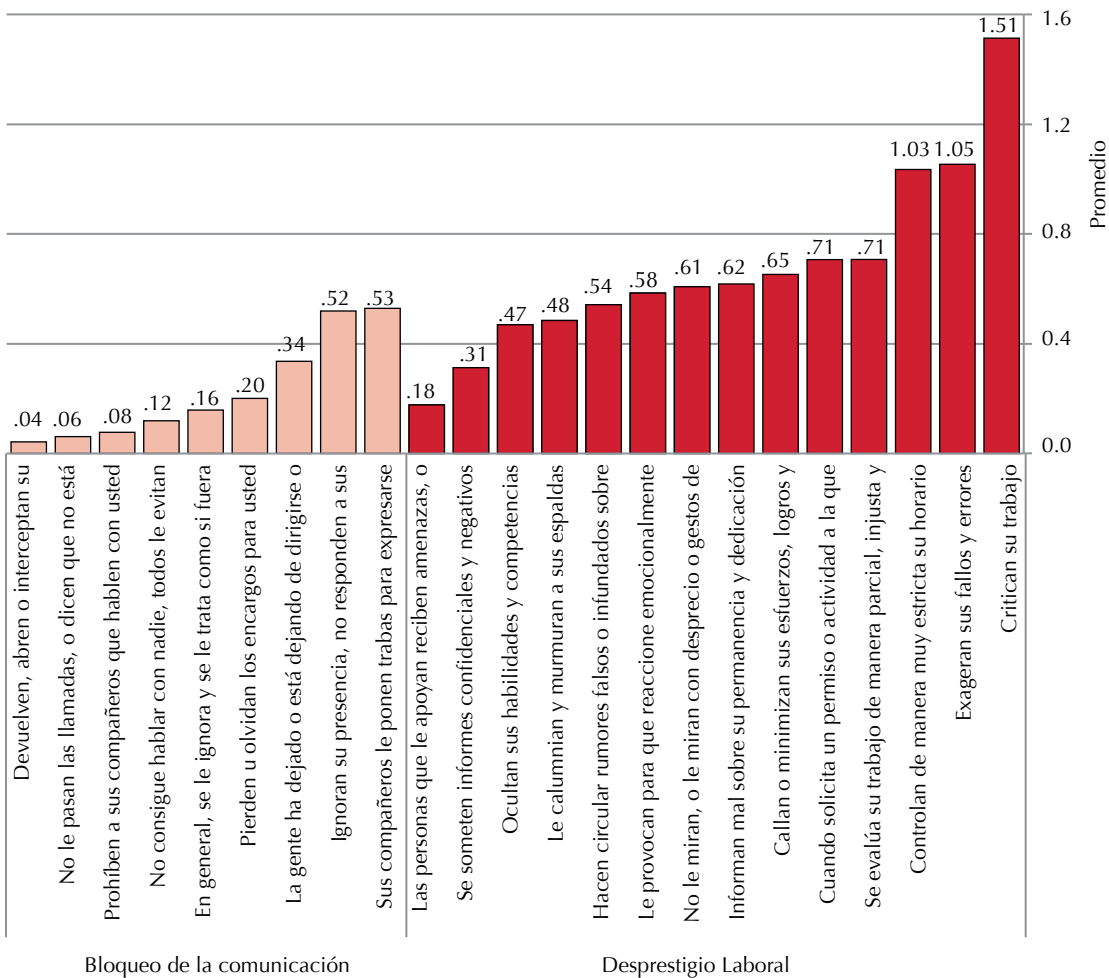


Figura 2. Puntajes promedio de los reactivos del LIPT-60 en el total de residentes (parte 2).

En la comparación de los diferentes tipos de acoso, de acuerdo con las variables sociodemográficas, los médicos residentes que provenían de una universidad pública y de nacionalidad mexicana reportaron puntajes más altos en las subescalas de *desprestigio personal* y *entorpecimiento del progreso*, en comparación con los residentes extranjeros y los que estudiaron en una universidad privada. Además, los residentes mexicanos mencionaron, por lo menos, una conducta de acoso en mayor medida que los extranjeros. Estos resultados pueden estar

relacionados con aspectos culturales de la sociedad mexicana, en la que los individuos tienen una tendencia a sentirse limitados, criticados y sometidos por los otros. No obstante, deben estudiarse a partir de marcos teóricos sociológicos, psicológicos y culturales, y confirmar si estas percepciones se manifiestan de manera semejante en otros campos profesionales,<sup>13</sup> en contraste con lo que se difunde en algunos estudios en los que no se han encontrado diferencias entre los médicos extranjeros y los nacionales respecto al acoso.<sup>14</sup>



**Cuadro 3.** Comparación del acoso laboral en relación con las características sociodemográficas. (Continúa en la siguiente página)

	Acoso laboral Promedio (± DE)																		
	DL	P	EP	P	BC	P	IE	P	IM	P	DP	P	NEAP	P	IMAP	P	IGAP	P	
<b>Sexo:</b>																			
Hombre	0.6 (0.7)		0.3 (0.5)		0.2 (0.3)		0.2 (0.4)		0.9 (0.7)		0.2 (0.4)		14.6 (12.1)		1.4 (0.5)		0.4 (0.4)		
Mujer	0.7 (0.7)	0.13	0.3 (0.5)	0.44	0.3 (0.4)	0.04	0.2 (0.4)	0.96	1.0 (0.8)	0.38	0.3 (0.4)	0.23	17.0 (11.8)	0.10	1.4 (0.5)	0.99	0.4 (0.4)	0.18	
<b>Estado civil</b>																			
Soltero	0.7 (0.7)		0.3 (0.4)		0.2 (0.3)		0.2 (0.4)		1.0 (0.7)		0.3 (0.4)		16.0 (12.1)		1.4 (0.5)		0.4 (0.4)		
Casado	0.7 (0.7)	0.84	0.4 (0.7)	0.22	0.3 (0.5)	0.20	0.2 (0.3)	0.90	0.8 (0.8)	0.30	0.2 (0.3)	0.52	15.4 (12.2)	0.79	1.4 (0.6)	0.77	0.4 (0.4)	0.79	
<b>Nacionalidad</b>																			
Mexicana	0.7 (0.7)		0.3 (0.5)		0.2 (0.4)		0.2 (0.4)		0.9 (0.7)		0.3 (0.4)		12.2 (12.2)		1.4 (0.5)		0.4 (0.4)		
Extranjera	0.5 (0.6)	0.36	0.0 (0.1)	0.0001	0.1 (0.1)	0.25	0.1 (0.1)	0.22	0.8 (0.6)	0.47	0.1 (0.1)	0.0001	9.8 (6.0)	0.01	1.2 (0.4)	0.24	0.2 (0.2)	0.18	
<b>Universidad de procedencia</b>																			
Pública	0.7 (0.7)		0.3 (0.5)		0.2 (0.4)		0.2 (0.4)		0.9 (0.7)		0.3 (0.4)		16.5 (12.4)		1.4 (0.5)		0.4 (0.4)		
Privada	0.6 (0.6)	0.82	0.2 (0.2)	0.004	0.2 (0.3)	0.54	0.1 (0.2)	0.09	0.9 (0.6)	0.54	0.1 (0.2)	0.0001	13.8 (10.0)	0.18	1.4 (0.4)	0.88	0.3 (0.3)	0.24	
<b>Hospital</b>																			
A	0.7 (0.7)		0.3 (0.4)		0.3 (0.4)		0.2 (0.3)		1.1 (0.8)		0.3 (0.4)		15.5 (10.2)		1.4 (0.6)		0.4 (0.4)		
B	0.5 (0.6)		0.3 (0.5)		0.1 (0.2)		0.1 (0.3)		0.7 (0.6)		0.2 (0.3)		13.1 (10.7)		1.3 (0.4)		0.3 (0.3)		
C	0.9 (0.8)	0.005	0.4 (0.5)	0.06	0.3 (0.5)	0.001	0.4 (0.5)	0.0001	1.1 (0.8)	0.001	0.4 (0.4)	0.001	20.9 (14.1)	0.0001	1.5 (0.6)	0.02	0.6 (0.5)	0.0001	



**Cuadro 3.** Comparación del acoso laboral en relación con las características sociodemográficas. (Continuación)

	Acoso laboral Promedio (± DE)																		
	DL	P	EP	P	BC	P	IE	P	IM	P	DP	P	NEAP	P	IMAP	P	IGAP	P	
<b>Especialidad</b>																			
Cirugía	0.5 (0.6)		0.2 (0.3)		0.2 (0.3)		0.1 (0.3)		0.9 (0.7)		0.2 (0.3)		13.2 (10.2)		1.3 (0.4)		0.3 (0.3)		0.0001
Medicina interna	0.5 (0.6)		0.4 (0.5)		0.2 (0.3)		0.2 (0.3)		0.8 (0.7)		0.2 (0.4)		14.5 (12.1)		1.3 (0.5)		0.3 (0.4)		0.0001
Ginecología y Obstetricia	1.0 (0.8)	0.0001	0.4 (0.6)	0.04	0.3 (0.4)	0.007	0.3 (0.4)	0.003	1.3 (0.8)	0.4 (0.4)	0.4 (0.4)	20.9 (12.4)	1.6 (0.5)	0.0001	1.6 (0.5)	0.6 (0.4)	0.0001	0.0001	
Pediatría	0.6 (0.7)		0.3 (0.5)		0.2 (0.4)		0.2 (0.4)		0.8 (0.7)		0.2 (0.4)		13.5 (11.3)		1.4 (0.5)		0.4 (0.4)		0.0001
<b>Año de residencia</b>																			
Primero	0.7 (0.7)		0.3 (0.5)		0.2 (0.3)		0.2 (0.3)		1.0 (0.8)		0.2 (0.3)		15.7 (11.7)		1.4 (0.6)		0.4 (0.4)		0.0001
Segundo	0.8 (0.8)		0.3 (0.5)		0.3 (0.4)		0.2 (0.4)		1.1 (0.8)		0.3 (0.4)		16.7 (11.7)		1.5 (0.5)		0.5 (0.4)		0.0001
Tercero	0.6 (0.7)		0.3 (0.5)		0.2 (0.4)		0.3 (0.5)		0.8 (0.7)		0.3 (0.4)		15.5 (12.5)		1.4 (0.5)		0.4 (0.4)		0.0001
Cuarto	0.6 (0.7)	0.60	0.3 (0.4)	0.94	0.2 (0.4)	0.75	0.2 (0.3)	0.52	0.9 (0.7)	0.3 (0.4)	0.3 (0.4)	13.5 (12.9)	1.3 (0.4)	0.87	1.3 (0.4)	0.4 (0.4)	0.4 (0.4)	0.82	

DL: desprestigio laboral; EP: entorpecimiento del progreso; BC: bloqueo de la comunicación; IE: intimidación encubierta; IM: intimidación manifiesta; DP: desprestigio personal; NEAP: número total de conductas de acoso psicológico; IMAP: índice medio de intensidad de las conductas de acoso psicológico; IGAP: índice global de acoso psicológico.

Las mujeres obtuvieron mayores puntajes en la subescala de *bloqueo de la comunicación*, relacionado con conductas como: ignorarlas, no responder a sus preguntas o no dejarlas hablar. La mayor parte de los estudios han identificado que las diferencias entre hombres y mujeres son respecto al tipo de acoso, siendo el sexual el más frecuente en ellas.<sup>1,10</sup> Otros estudios reportan diferencias significativas en la percepción de intimidación, hostigamiento y discriminación entre hombres y mujeres, ya que los primeros refieren más experiencias de castigos en el trabajo (38.6%) que las mujeres (20%).<sup>15</sup>

Los residentes de ginecología y obstetricia reportaron una mayor experiencia de acoso en el *índice global de acoso psicológico* y subescalas de acoso en comparación con las otras especialidades estudiadas. En la bibliografía se han encontrado pocos estudios que asocian la experiencia de acoso entre las especialidades médicas; uno de ellos indicó que el maltrato verbal fue el más frecuente, sobre todo en la rotación de medicina general, seguida de pediatría y cirugía.<sup>14</sup> En este trabajo se observó que los residentes de ginecología y obstetricia tenían mayores puntajes de acoso, quizá porque en esta especialidad predominan las urgencias, la atención obstétrica se convierte en una rutina y hay gran sobrecarga de trabajo.

El hospital influyó sobre el *índice global de acoso*, así como en la mayor parte de los tipos de acoso, con excepción de la subescala *entorpecimiento del progreso*, la que resultó con un puntaje similar en los tres hospitales. Estas diferencias llaman la atención, debido a que dichos hospitales tienen características similares: pertenecen a la misma institución de salud, tienen el mismo nivel de atención y cuentan con los mismos servicios médicos, por lo que se podría suponer que tales diferencias se asocian a otros factores propios de la organización hospitalaria.

Entre las fortalezas del estudio está el tipo de población analizada. Los residentes médicos

realizan gran parte del trabajo asistencial hospitalario, y su doble papel (estudiantes y trabajadores) los convierte en un grupo susceptible al acoso. Se estudiaron especialidades troncales, por lo que los resultados obtenidos son representativos de las especialidades médicas del país, sumado a que los hospitales elegidos están entre los principales centros de formación médica en México. Se buscaron casos en los que la situación de acoso se hubiera prolongado durante seis meses (criterio temporal); se realizaron dos aplicaciones, lo que permitió identificar la frecuencia de acoso laboral en las diferentes residencias médicas, la residencia médica cuya experiencia de este fenómeno fue más elevada y algunos factores relacionados con el acoso. Respecto al instrumento utilizado para evaluar el acoso, éste permitió la identificación de sus diversos parámetros de expresión; sin embargo, no identificó a los acosadores dentro del sistema organizacional o de jerarquías. Entre las limitaciones del estudio está la tasa de respuesta, que fue de 62%, debido al sistema de rotación de los residentes; pese a ello, la muestra fue grande, aunque resultó imposible conocer las características personales y la experiencia de acoso de quienes no participaron.

## CONCLUSIONES

Esta investigación llama a reflexionar acerca del acoso a los residentes médicos, el cual, a pesar de ser un fenómeno relativamente común, no debe ser tolerado. Se espera que la identificación de la frecuencia de acoso y sus factores vinculados permita desarrollar estrategias de intervención y manejo de este fenómeno en el caso de los especialistas en formación.

## Agradecimientos

Los autores desean reconocer la participación de los doctores Carmen Cedillo Pérez, Rita Valenzuela Romero, Carlos Viveros Contreras y Jorge Alberto del Castillo Medina en el desarrollo



logístico de esta investigación, y de las pasantes Cecilia Hernández Fernández, Viridiana Aceves y Arianna Uribe por su apoyo en la captura y revisión de los datos.

Asimismo, se declara que en este trabajo no hay conflicto de intereses.

## REFERENCIAS

1. BMA Health, Policy & Economic Research Unit. *Bullying and harassment of doctors in the workplace*. London: BMA; House, Tavistock Square, London, 2006, pp. 1-30 (consultado 2014 Mar 23). Disponible en <http://www.bma.org.uk/ap.nsf/Content/bullying2006>
2. Pranjić N, Maleš-Bilić L, Beganlić A, Mustajbegović J. Mobbing, Stress, and Work Ability Index among physicians in Bosnia and Herzegovina: Survey study. *Croat Med J* 2006;47:750-758.
3. Ogunsemi OO, Alebiosu OC, Shorunmu OT. A survey of perceived stress, intimidation, harassment and well-being of resident doctors in a Nigerian Teaching Hospital. *Niger J Clin Pract* 2010;13:183-186.
4. Rautio A, Sunnari V, Nuutinen M, Laitala M. Mistreatment of university students most common during medical studies. *BMC Medical Education* 2005;5:36 (consultado 2014 Mar 23). Disponible en <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6920-5-36.pdf>
5. Quine L. Workplace bullying in junior doctors: questionnaire survey. *BMJ* 2002;324:878-879. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.324.7342.878>
6. Ahmer S, Yousafzai AW, Siddiqi M, Faruqui R, Khan R, Zuberi S. Bullying of trainee psychiatrists in Pakistan: A cross-sectional questionnaire survey. *Acad Psychiatry* 2009;33:335-339. doi: 10.1176/appi.ap.33.4.335.
7. Hoosen AI, Callaghan R. A survey of workplace bullying of psychiatric trainees in the West Midlands. *Psych Bull* 2004;28:225-227 (consultado 2014 Mar 23). Disponible en <http://pb.rcpsych.org/content/28/6/225.full.pdf+html>
8. Mejía R, Diego A, Alemán M, Maliandi MR, Lasala F. Percepción de maltrato durante la capacitación de médicos residentes. *Medicina (B Aires)* 2005;65:366-368 (consultado 2014 Mar 23). Disponible en [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0025-76802005000400002&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802005000400002&lng=es&nrm=iso). ISSN 1669-9106.
9. Bastías N, Fasce E, Ortiz L, Pérez C, Schaufele P. *Bullying y acoso en la formación médica de posgrado*. *Rev Educ Cienc Salud* 2011;8:45-51 (consultado 2014 Mar 23). Disponible en [http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id\\_revista=227&id\\_seccion=3720&id\\_ejemplar=7685&id\\_articulo=77410](http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_revista=227&id_seccion=3720&id_ejemplar=7685&id_articulo=77410)
10. González de Rivera JL, Rodríguez-Abuín M. Cuestionario de estrategias de acoso psicológico: el LIPT-60 (Leymann Inventory of Psychological Terrorization) en versión española. *Psiquis* 2003;24:59-69 (consultado 2010 Ago 13). Disponible en [http://www.gonzalezderivera.com/art/pdf/03\\_A169\\_01.pdf](http://www.gonzalezderivera.com/art/pdf/03_A169_01.pdf)
11. Maida SAM, Herskovic MV, Pereira SA, Salinas-Fernández L, Esquivel CC. Percepción de conductas abusivas en estudiantes de medicina. *Rev Méd Chile* 2006;134:1516-1523 (consultado 2014 Mar 23). Disponible en <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v134n12/art04.pdf>
12. Nagata-Kobayashi S, Maeno T, Yoshizu M, Shimbo T. Universal problems during residency: abuse and harassment. *Med Educ* 2009;43:628-636. doi: 10.1111/j.1365-2923.2009.03388.x.
13. Díaz-Loving R, Rogelio Díaz-Guerrero. Un legado de creación e investigación psicológica. *Rev Mex Psicología* 2006;23:11-18 (consultado 2014 Mar 23). Disponible en <http://www.redalyc.org/pdf/2430/243020646002.pdf>
14. Al-Shafae M, Al-Kaabi Y, Al-Farsi Y, White G, et al. Pilot study on the prevalence of abuse and mistreatment during clinical internship: a cross-sectional study among first year residents in Oman. *BMJ Open* 2013;3:e002076 (consultado 2014 Mar 23). Disponible en <http://bmjopen.bmj.com/content/3/2/e002076.full.pdf+html>
15. Crutcher RA, Szafran O, Woloschuk W, Chatur F, Hansen C. Family medicine graduates' perceptions of intimidation, harassment, and discrimination during residency training. *BMC Med Educ* 2011;11:88 (consultado 2014 Mar 23). Disponible en <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6920-11-88.pdf>